DESCRIPTION, IMPACT ET CONDITIONS D'EFFICACITÉ DES STRATÉGIES VISANT L'INTÉGRATION DE LA PRÉVENTION DANS LES PRATIQUES CLINIQUES

Revue de la littérature Mise à jour 2007-2014





De la collection L'intégration de pratiques cliniques préventives, le document Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques. Revue de la littérature, mise à jour 2007-2014, a été produit par le Service de la planification et du développement en santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec la Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

COORDINATION

Sylvie Morency, professionnelle responsable du dossier des pratiques cliniques préventives Julie Simard, chef du Service de la planification et du développement en santé publique Ministère de la Santé et des Services sociaux

Louise Moreault, Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

RÉDACTION

Marie-Hélène Provost, agente de planification, de programmation et de recherche Louise Moreault, médecin-conseil

Lise Cardinal, médecin-conseil, Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

RELECTURE EXTERNE

Anne-Marie Grenier, médecin-conseil, Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

RÉVISION LINGUISTIQUE

Millie Pouliot, Le juste mot

MISE EN PAGE

Alphatek

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE

PROVOST, M.-H., L. MOREAULT et L. CARDINAL. *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques. Revue de la littérature, mise à jour 2007-2014*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016, 93 p. (coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives).

ÉDITION

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

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section Publications

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN: 978-2-550-75699-6 (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 de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	1
INTRODUCTION	3
SECTION 1 – MÉTHODOLOGIE	5
SECTION 2 – PRÉSENTATION DU MATÉRIEL RECUEILLI	9
SECTION 3 – RÉSULTATS	15
Formation professionnelle	16
Approche du délégué médical	18
Audit et feedback	20
Systèmes de rappel visant les cliniciens	22
Dossier médical électronique	25
Équipes locales d'amélioration de la qualité des soins	27
Facilitation	30
Incitatifs d'ordre financier	32
Interventions visant le patient	34
Professionnel attitré à la prévention clinique	39
Interventions à multiples facettes	42
SECTION 4 – DISCUSSION	47
CONCLUSION	57
ANNEXES	59
Annexe A – Mots-clés utilisés lors de la recherche bibliographique	61
Annexe B – Format de la fiche de lecture	63
Annexe C – Études exclues	65
RÉFÉRENCES	67

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

	au 1 : es recensés en fonction du nombre de stratégies combinées es interventions à multiples facettes	43
•	nu 2 : ence d'utilisation de différentes stratégies dans les interventions iples facettes	43
Figure Proces	1 : ssus de sélection des études et matériel recueilli selon les stratégies	13
LISTI	ES DES SIGLES ET ACRONYMES	
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang	
PCP	Pratiques cliniques préventives	
PNSP	Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008	
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine	
VPH	Virus du papillome humain	

SOMMAIRE

Les professionnels de la santé occupent une position privilégiée en matière de prévention. Pour faciliter l'intégration de pratiques cliniques préventives reconnues efficaces dans leur pratique, ils peuvent notamment être soutenus par les acteurs de santé publique, qui utilisent pour ce faire différentes stratégies. Les écrits scientifiques qui portent sur ces stratégies abondent. Le présent document consiste en une mise à jour de la revue de la littérature Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature. Complémentaire à l'édition parue en 2007, qui recensait les écrits scientifiques publiés de 2000 à 2006, cette mise à jour vise à apprécier l'évolution des connaissances sur le sujet et s'adresse à tout acteur du réseau de la santé et des services sociaux préoccupé par l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques.

La recherche d'articles a été réalisée à partir de plusieurs mots-clés dans la banque de données bibliographiques *Pubmed* pour la période de publication allant de 2007 à 2014. L'application des critères d'inclusion des articles a mené à la sélection de 107 études, au sein desquelles 11 stratégies d'intervention ont été relevées :

- · la formation professionnelle;
- l'approche du délégué médical;
- l'audit et le feedback;
- les systèmes de rappel visant les cliniciens;
- le dossier médical électronique;
- les équipes locales d'amélioration de la qualité des soins;
- la facilitation;
- les incitatifs d'ordre financier;
- les interventions visant le patient;
- le professionnel attitré à la prévention clinique;
- les interventions à multiples facettes.

L'information relative à chacune de ces stratégies est présentée dans une fiche synthèse selon quatre aspects :

- la définition théorique de la stratégie;
- le rappel des principaux constats pour la période de publication de 2000 à 2006;
- les résultats pour la période de publication de 2007 à 2014, c'est-à-dire des informations de nature méthodologique, une description des interventions évaluées, l'efficacité de la stratégie pour l'intégration de la prévention clinique, de même que des éléments pertinents concernant l'efficacité de la stratégie selon les auteurs des études recensées;
- · les constats généraux.

Les résultats de la mise à jour de la revue de la littérature traitent d'un nombre plus élevé d'études portant sur des stratégies visant l'environnement de pratique des cliniciens, combinant plusieurs composantes et prônant un rôle élargi pour les infirmières en matière de prévention que pour la période de publication de 2000 à 2006. En outre, de nouvelles stratégies, telles que celle d'un

professionnel attitré à la prévention clinique, ressortent des écrits scientifiques. De l'ensemble des stratégies relevées, sept apparaissent comme étant généralement efficaces pour amener les professionnels de la santé à intégrer davantage de prévention dans leur pratique quotidienne; deux stratégies présentent une efficacité variable; et deux autres sont jugées peu efficaces lorsqu'utilisées seules. De façon globale, les résultats mettent en lumière un ensemble de conditions permettant de maximiser l'efficacité des interventions : le soutien continu, la présence de renforcement, l'intensité de l'intervention, l'adaptation de l'intervention, la motivation des milieux, la création d'un environnement facilitant la prestation de services préventifs ainsi que la combinaison de plusieurs stratégies.

INTRODUCTION

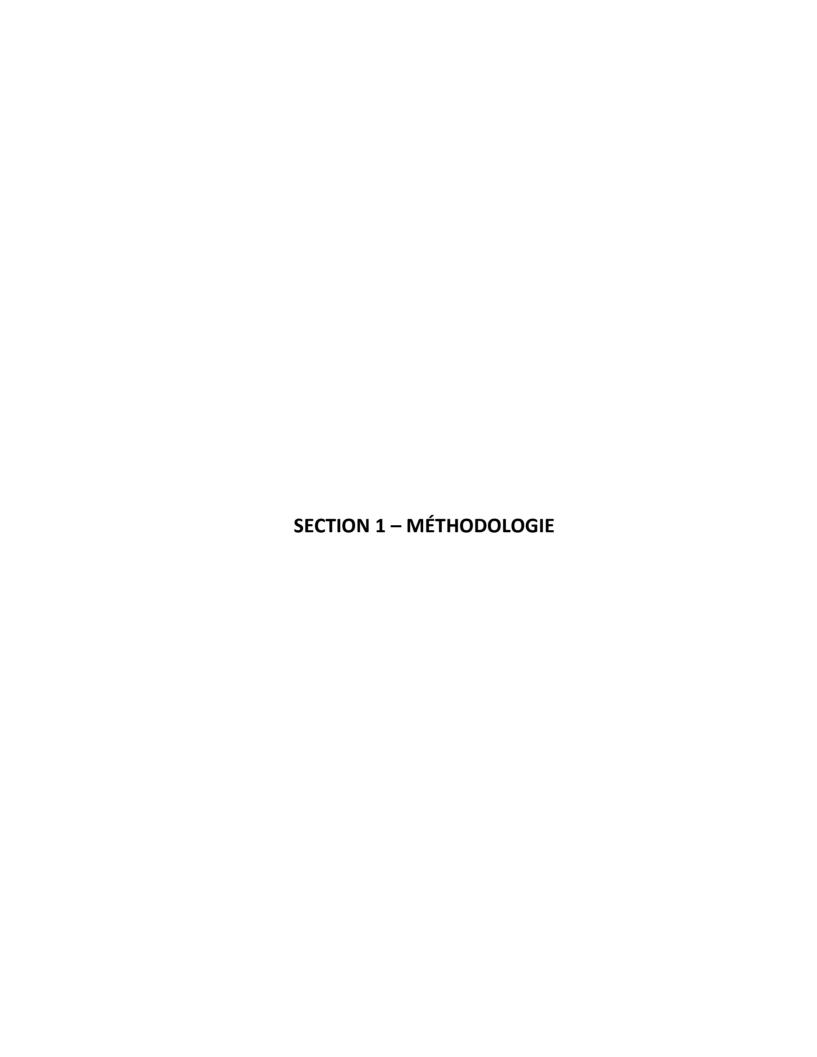
Les pratiques cliniques préventives (PCP) réfèrent à un ensemble d'interventions réalisées par un clinicien auprès d'un patient. Elles vont du counseling à la chimioprophylaxie, en passant par le dépistage et l'immunisation. Les PCP visent à promouvoir la santé et à prévenir les maladies, les blessures ainsi que les problèmes psychosociaux [1]. D'un point de vue populationnel, il est reconnu que plusieurs PCP peuvent avoir des effets importants sur l'amélioration de l'état de santé général [2]. Puisqu'ils représentent pour la population des interlocuteurs crédibles et que plus des deux tiers de celle-ci consultent un médecin annuellement [3], les professionnels de la santé (médecins, infirmières, etc.) sont dans une position privilégiée pour pratiquer la prévention. Ils peuvent être soutenus, notamment par les acteurs de santé publique, pour intégrer dans leur pratique les PCP reconnues comme étant efficaces [4].

Le présent document consiste en une mise à jour de la revue de la littérature *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature* publiée en 2007 [5]. Celle-ci recensait et analysait les stratégies visant l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens de première ligne à partir des écrits scientifiques publiés de 2000 à 2006. Regroupant les informations par stratégie, comparativement à un regroupement habituel par thématique (ex. : infections transmissibles sexuellement et par le sang [ITSS], tabagisme), elle mettait un accent particulier sur la description de chaque stratégie et sur les conditions permettant d'en accroître l'efficacité.

En raison de la croissance du nombre d'études publiées au cours des dernières années quant aux approches pour soutenir les cliniciens de première ligne dans l'intégration d'activités préventives à leur pratique, il apparaissait opportun de procéder à une mise à jour des connaissances sur le sujet pour pouvoir disposer des données récentes afin d'orienter le mieux possible les actions. Cette mise à jour de la littérature s'adresse à tout acteur du réseau de la santé et des services sociaux préoccupé par l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques. Elle se veut un document complémentaire à l'édition parue en 2007. En effet, le lecteur pourra trouver dans la publication précédente davantage de détails sur chacune des stratégies, notamment en ce qui a trait à leur définition et à des exemples de mise en application. Une attention particulière est par ailleurs portée dans le présent document à faire ressortir la distinction entre les résultats correspondant à la période de publication de 2000 à 2006 et ceux pour la période de 2007 à 2014.

En utilisant la revue de la littérature précédente comme base de comparaison, la présente recension des écrits a donc pour but d'apprécier l'évolution des connaissances sur les stratégies visant l'intégration de la prévention clinique. Plus précisément, elle détermine si ces stratégies apparaissent toujours du même niveau d'efficacité, elle relève, s'il y a lieu, de nouvelles stratégies, et elle évalue les conditions qui en augmentent l'efficacité pour parvenir à des changements effectifs et durables quant à l'intégration d'actes préventifs dans la pratique des cliniciens.

Le présent document comporte quatre sections. Les deux premières sont consacrées à la définition de la méthode utilisée pour recenser les études et à la présentation du matériel recueilli. La troisième section porte sur les résultats détaillés de chacune des stratégies relevées, et la quatrième consiste en une brève discussion sur les principaux constats tirés à la suite de l'analyse des résultats. Les limites et les forces de la revue de la littérature sont également discutées.



La recherche d'articles a été effectuée à partir de *Pubmed*, une banque de données bibliographiques dans laquelle est répertoriée une bonne partie de la documentation mondiale, entre autres dans les domaines de la médecine, des sciences infirmières et de la santé publique. La période de publication retenue pour la mise à jour est de 2007 à 2014. Plusieurs mots-clés ont été utilisés lors de la recherche bibliographique. Ceux-ci sont présentés à l'annexe A selon la variable recherchée (les différentes stratégies d'intervention, les activités préventives, les cliniciens ou les milieux cliniques) et le sens de l'impact recherché (l'amélioration ou non de la pratique). La fonction *Related articles* dans *Pubmed* a également été utilisée au cours de la recherche bibliographique afin de repérer les études portant sur un sujet similaire et possiblement pertinentes pour cette mise à jour.

En plus des critères d'inclusion et d'exclusion utilisés pour la précédente recension des écrits, couvrant la période de publication de 2000 à 2006, des critères supplémentaires ont été ajoutés, notamment pour resserrer davantage la qualité des études et accroître le potentiel de généralisation des interventions. Ainsi, pour être incluses dans la présente mise à jour, les études devaient répondre aux critères suivants :

- avoir été publiées entre 2007 et 2014;
- être rédigées en langue française ou anglaise;
- traiter de la prévention (counseling, dépistage, immunisation, chimioprophylaxie);
- porter sur une thématique couverte par les activités du Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008 (PNSP) [4];
- viser les cliniciens de première ligne (ex. : médecins, infirmières);
- mesurer directement ou indirectement des effets sur le comportement du clinicien eu égard à la pratique préventive visée;
- présenter un devis méthodologique qui comporte des éléments de comparaison (groupe témoin ou éléments temporels de comparaison);
- comprendre une mesure de suivi d'au moins trois mois dans le cas d'une intervention ponctuelle réalisée une seule fois;
- présenter des données quant à la signification statistique des résultats;
- avoir été réalisée dans un pays à revenu élevé (ex. : États-Unis, Australie, pays scandinaves).

Toutes les méta-analyses et les revues de la littérature répondant aux critères d'inclusion ont été retenues si elles présentaient des résultats spécifiques quant à la prévention clinique et qu'au moins un cinquième des études qu'elles répertoriaient avaient été publiées depuis 2007.

Par ailleurs, les études présentant les caractéristiques suivantes n'ont pas été incluses :

- étude descriptive;
- étude de faisabilité;
- évaluation d'implantation;
- étude utilisant uniquement des mesures de résultats autorapportées par les cliniciens ou par les patients;
- interventions liées à un problème de santé diagnostiqué;
- interventions visant le diagnostic et le traitement;
- étude visant uniquement la pratique de résidents en médecine.

Le format de la fiche de lecture disponible dans la précédente revue de la littérature a été retenu pour recueillir l'information de façon systématique lors de la lecture de chaque article. Il est présenté à l'annexe B. Étant donné l'hétérogénéité des études admises, l'information recueillie dans les fiches de lecture a principalement fait l'objet d'une analyse qualitative. Les résultats obtenus sont donc présentés de façon narrative.



Sélection des études

La figure 1 (voir p. 13) présente le processus de sélection des études de même que le matériel recueilli. La recherche bibliographique dans *Pubmed* à l'aide des mots-clés a d'abord permis de relever 2 941 études. Une recherche manuelle dans cette banque de données, principalement à l'aide de la fonction *Related articles*, a rendu possible l'ajout de 174 références additionnelles, pour un total de 3 115 études à l'étape de repérage. Ensuite, les titres et les résumés de ces études ont été considérés au regard des critères d'inclusion définis préalablement. Cette étape a mené à la sélection de 305 études admissibles, ce qui constitue plus de 2 fois le nombre d'études évaluées dans la publication précédente, qui était alors de 129. La lecture approfondie de ces articles a permis de conserver 107 études répondant à tous les critères d'inclusion et qui constituent le matériel utilisé, comparativement à 88 dans la recension précédente. Il s'agit le plus souvent d'études avant-après et d'essais cliniques randomisés, par grappes ou non. Quelques revues de la littérature et méta-analyses sont aussi recensées.

L'annexe C présente les 198 études qui ont été exclues lors de l'analyse approfondie. Les principales raisons d'exclusion des études sont qu'elles ne présentent pas un devis de recherche correspondant aux critères d'inclusion, qu'elles n'incluent pas au moins un cinquième d'études publiées depuis 2007 (dans le cas des revues de la littérature), qu'elles ne mesurent pas l'efficacité de l'intervention, ou encore qu'elles présentent des données insuffisantes pour interpréter les résultats.

Stratégies répertoriées

La précédente recension des écrits, publiée en 2007, ciblait 14 stratégies d'intervention :

- la formation professionnelle;
- la distribution de matériel éducatif destiné aux cliniciens;
- l'approche du délégué médical;
- l'audit et le feedback;
- la recherche de consensus au niveau local;
- les leaders d'opinion locaux;
- les systèmes de rappel visant les cliniciens;
- le dossier médical électronique;
- les équipes locales d'amélioration de la qualité des soins;
- la facilitation;
- les incitatifs d'ordres financier et législatif;
- les interventions visant le patient;
- les interventions de masse à l'aide des médias;
- les interventions à multiples facettes.

Aucune étude n'avait été relevée pour la période de publication de 2000 à 2006 pour quatre de ces stratégies, soit la distribution de matériel éducatif destiné aux cliniciens, la recherche de consensus au niveau local, les leaders d'opinion locaux et les interventions de masse à l'aide des médias. La recherche bibliographique réalisée pour la période de 2007 à 2014 n'a pas non plus mis au jour d'études où ces quatre stratégies ont été évaluées dans un contexte où elles étaient utilisées seules. Ainsi, elles ne seront pas abordées dans les sections qui suivent, puisqu'elles sont considérées comme des composantes d'autres stratégies. Les interventions de masse à l'aide des médias ont pour leur part été incluses dans les interventions visant les patients. Par ailleurs, aucune étude n'a été relevée au sujet des incitatifs d'ordre législatif.

La section des résultats de la mise à jour de la revue de la littérature présente 11 fiches synthèses. En plus des 10 stratégies pour lesquelles des études avaient été relevées dans la publication précédente, la recherche bibliographique a permis de définir une nouvelle stratégie, celle du professionnel attitré à la prévention clinique. Les fiches présentent donc la synthèse des résultats des études portant sur :

- la formation professionnelle;
- l'approche du délégué médical;
- l'audit et le feedback;
- les systèmes de rappel visant les cliniciens;
- le dossier médical électronique;
- les équipes locales d'amélioration de la qualité des soins;
- la facilitation;
- les incitatifs d'ordre financier;
- les interventions visant le patient;
- le professionnel attitré à la prévention clinique;
- les interventions à multiples facettes.

La figure 1 (voir p. 13) indique le nombre d'études retenues selon les stratégies d'intervention et l'année de publication. L'ordre de présentation des stratégies utilisé dans la revue de la littérature antérieure a été conservé. Les stratégies misant sur le transfert d'information aux cliniciens sont d'abord présentées, puis suivent les stratégies visant les changements organisationnels, celles visant le patient et enfin les interventions à multiples facettes. Il importe de mentionner que certaines stratégies peuvent, par nature, inclure d'autres stratégies. C'est le cas, par exemple, de la facilitation qui est définie par un ensemble de stratégies, mais qui fait l'objet d'une présentation distincte.

Définition des mesures de résultats

Les mesures de résultats utilisées dans les études sont le plus souvent liées à la pratique du clinicien à la suite de l'intervention. Par exemple, il peut s'agir de l'évaluation de facteurs de risque, de la réalisation d'un counseling préventif, de la prescription d'un test de dépistage, du fait de procéder à la vaccination ou de la référence du patient vers un service approprié. Plus rarement, l'intervention a pour objectif de diminuer un comportement erroné de la part des cliniciens. Les interventions visent généralement la pratique de médecins mais, dans plusieurs études, la pratique d'infirmières est également ciblée. La pratique d'autres types de cliniciens (ex. : dentistes, hygiénistes dentaires) est exceptionnellement mesurée. Par ailleurs, dans quelques études, ce sont les comportements des patients, tels que la cessation tabagique ou l'utilisation d'un service, qui constituent les mesures de résultats.

Définition de l'efficacité

Les stratégies définies comme étant généralement efficaces pour l'intégration de la prévention clinique sont celles pour lesquelles on observe des changements significatifs sur le plan statistique dans plus de la moitié des études relevées pour cette stratégie, et ce, pour la majorité des mesures de résultats dans chacune d'entre elles. Les stratégies d'efficacité variable sont celles pour lesquelles on compte autant d'études qui démontrent des changements significatifs sur le plan statistique pour la majorité des mesures de résultats que d'études qui n'en démontrent pas. Les stratégies sont dites généralement non efficaces pour l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens lorsqu'utilisées seules quand la majorité des études s'y rapportant ne présentent pas de changement significatif sur le plan statistique pour plus de la moitié des mesures de résultats. Il importe toutefois de souligner les limites inhérentes à ce type de classement. Celles-ci sont abordées dans la section *Discussion*.

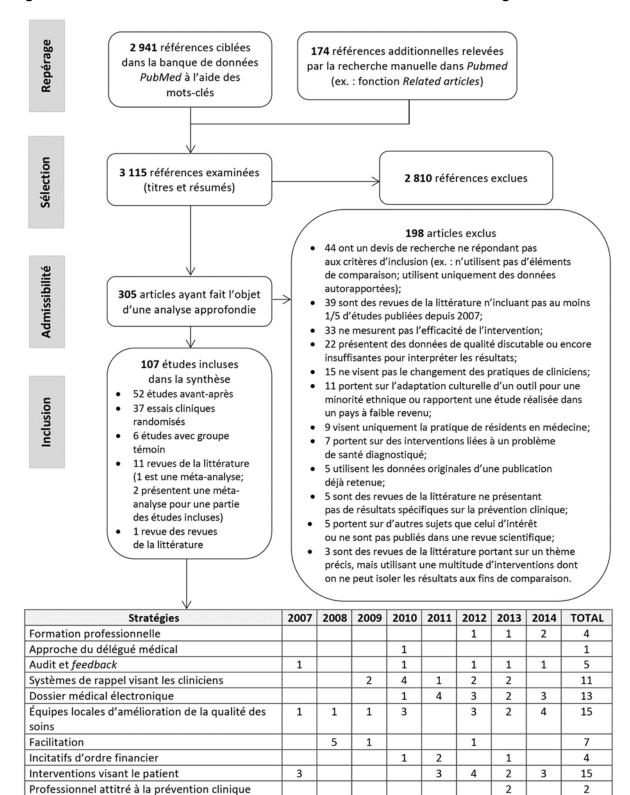
Aspects présentés

L'information relative à chacune des stratégies retenues est présentée sous forme de fiche synthèse dans la section des résultats. Chaque fiche contient :

- la définition de la stratégie;
- le rappel des constats pour la période de publication de 2000 à 2006;
- les résultats pour la période de publication de 2007 à 2014 :
 - quelques notes méthodologiques,
 - la nature des interventions évaluées,
 - l'efficacité de la stratégie pour l'intégration de la prévention clinique,
 - les éléments considérés comme pertinents par les auteurs des études en ce qui concerne l'efficacité de la stratégie;
- les constats généraux.

Comme il s'agit de fiches synthèses, la publication précédente peut être utilisée de façon complémentaire, notamment pour des exemples illustrant la mise en application des stratégies.

Figure 1: Processus de sélection des études et matériel recueilli selon les stratégies



Interventions à multiples facettes

TOTAL



Formation professionnelle

La formation professionnelle, c'est :

- toute modalité d'apprentissage (conférence, séminaire, symposium, cours, formation en ligne) qui permet au clinicien d'acquérir des connaissances, et parfois des habiletés;
- souvent accompagné de matériel éducatif destiné aux cliniciens [5].

Rappel des constats pour la période de publication de 2000 à 2006 [5]

- Dix articles portant sur des thématiques variées étaient inclus pour cette stratégie, dont une métaanalyse.
- Cette stratégie était qualifiée de peu efficace pour l'intégration de la prévention clinique lorsqu'utilisée seule. De façon générale, la majorité des études s'y rapportant ne présentaient pas de changement significatif sur le plan statistique pour plus de la moitié des mesures de résultats.
- Utilisée seule, cette stratégie n'était pas considérée comme efficace pour modifier la pratique préventive des cliniciens :
 - parce qu'elle est surtout axée sur le transfert de connaissances, nécessaire mais insuffisant;
 - parce que la présence de renforcement à la suite de la formation, par exemple par un feedback continu ou des systèmes de rappel, apparaît essentielle afin d'en améliorer l'efficacité.

RÉSULTATS POUR LA PÉRIODE DE PUBLICATION DE 2007 À 2014

Quelques notes méthodologiques

- Quatre études [6, 7, 8, 9] répondant aux critères d'inclusion préalablement définis ont été relevées concernant cette stratégie lors de la recherche bibliographique. Deux de ces études ont été réalisées au Royaume-Uni, une aux États-Unis et une en Nouvelle-Zélande. Il s'agit de quatre études avantaprès.
- Les thématiques couvertes par ces études sont l'évaluation et le counseling au regard des habitudes de vie, le dépistage de facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires, le dépistage du cancer du col de l'utérus et le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Toutes les études visent des infirmières : trois études ciblent à la fois la pratique de médecins et d'infirmières alors que la quatrième porte uniquement sur la pratique d'infirmières.

Nature des interventions évaluées

Les études incluses et analysées portent sur la formation professionnelle. La durée des formations expérimentées varie selon les études : 30 minutes; 2 fois 1 heure; 1 fois 2 heures; ou 2 demi-journées pour les médecins et 3 demi-journées pour les infirmières. Elles étaient données la plupart du temps dans le milieu de pratique. Lorsque l'information est précisée, la formation était transmise soit par les auteurs des études ou par des pairs éducateurs formés à cet effet. Toutes les formations incluaient la remise de matériel éducatif destiné aux cliniciens, tel que des guides de pratiques cliniques, l'accès à un site Internet ou encore de l'information sur les ressources locales.

Efficacité de la stratégie pour l'intégration de la prévention clinique

Sur la base des quatre études relevées, la formation professionnelle apparaît comme étant une stratégie généralement efficace pour l'intégration de la prévention clinique. De façon globale, on observe des changements significatifs sur le plan statistique dans plus de la moitié des études, et ce, pour la majorité des mesures de résultats dans chacune d'entre elles.

En raison de ces résultats plus positifs quant à l'efficacité de la stratégie, comparativement aux résultats pour la période de publication antérieure, il apparaît pertinent de donner ici plus d'information sur les études relevées. D'abord, toutes les études visent en tout ou en partie des infirmières, ce qui n'était pas le cas pour la période de publication antérieure, où les études visaient surtout des médecins. Les trois études faisant état de changements significatifs présentent certaines particularités : une étude avait pour but d'amener les cliniciens à abandonner une pratique, c'est-à-dire à ne plus procéder au dépistage du cancer du col de l'utérus lorsque cela n'est pas indiqué; une autre avait pour objectif de former les infirmières à réaliser un bilan de santé sur le risque cardio-vasculaire auprès d'une clientèle atteinte de problèmes de santé mentale; la dernière consistait à expérimenter une formation sur le dépistage du VIH qui misait sur le fait que les cliniciens formés dans un milieu se côtoient et, de ce fait, renforcent entre eux les apprentissages réalisés.

Éléments considérés comme pertinents par les auteurs des études¹ en ce qui concerne l'efficacité de la stratégie

Les auteurs des études rapportent certains éléments explicatifs relativement à l'efficacité observée :

- Une session de formation adaptée qui permet la discussion avec les cliniciens [7] et qui prend en compte de façon systématique les barrières perçues par ceux-ci [9] pourrait faciliter leur adhésion aux lignes directrices.
- La présence de renforcement à la suite de la formation est relevée comme un élément important :
 - Le fait de compter sur plus d'un individu formé dans le milieu de pratique permettrait de renforcer le changement, tout comme le soutien de pairs éducateurs qui peuvent agir comme champions locaux à la suite de la formation [9];
 - En ce sens, les auteurs d'une étude n'ayant pas constaté de changement significatif à la suite de l'intervention mentionnent qu'une formation unique, qui n'est pas suivie d'un renforcement ni d'un soutien à la mise en place des nouvelles pratiques, est inefficace [8].

- Les particularités des études relevées (ex.: cibler exclusivement la pratique d'infirmières, viser à abandonner un acte préventif qui n'est plus recommandé de façon systématique ou encore utiliser le renforcement) ainsi que leur faible nombre rendent difficiles les conclusions propres à cette stratégie.
- Avec la moitié moins d'articles relevés pour la période de publication de 2007 à 2014, les résultats actuels diffèrent de ceux obtenus pour la période antérieure. Ainsi, à la lumière des éléments nommés précédemment, la formation professionnelle apparaît comme étant une stratégie généralement efficace pour l'intégration de la prévention clinique.
- La présence de renforcement, tel que du soutien par les pairs, à la suite de la formation semble constituer un facteur majeur dans l'efficacité de la stratégie.

^{1.} Cette section fait le plus souvent état des éléments de discussion rapportés par les auteurs des articles recensés.

Approche du délégué médical

L'approche du délégué médical (academic detailing), c'est :

- l'intervention d'une personne formée en communication persuasive sur des sujets particuliers qui rencontre les cliniciens dans leur milieu de pratique, de façon individuelle ou en petits groupes, lors de visites brèves et répétées;
- l'évaluation du niveau de connaissances et de la motivation des cliniciens, la mise en valeur et la répétition de messages-clés et le renforcement positif des comportements améliorés;
- accompagné de matériel éducatif pour les cliniciens ou les patients [5].

Rappel des constats pour la période de publication de 2000 à 2006 [5]

- Cinq études portant sur des thématiques variées étaient incluses pour cette stratégie, dont une revue de la littérature.
- Cette stratégie, lorsqu'utilisée seule, était considérée comme étant peu efficace pour l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens. De façon générale, la majorité des études s'y rapportant ne présentaient pas de changement significatif sur le plan statistique pour plus de la moitié des mesures de résultats.
- Toujours lorsqu'utilisée seule, cette stratégie n'était pas considérée comme efficace pour modifier la pratique préventive des cliniciens :
 - parce qu'elle demeure principalement une stratégie éducative; l'acquisition de connaissances est essentielle mais non suffisante pour amener un changement de comportement;
 - parce qu'elle demande d'être associée à des stratégies facilitantes, c'est-à-dire qui agissent sur l'organisation de la pratique.

RÉSULTATS POUR LA PÉRIODE DE PUBLICATION DE 2007 À 2014

Quelques notes méthodologiques

Une étude [10] répondant aux critères d'inclusion préalablement définis et concernant cette stratégie a été relevée lors de la recherche bibliographique. Il s'agit d'un essai clinique randomisé réalisé aux États-Unis et portant sur la vaccination des enfants âgés de 12 à 23 mois par les professionnels de milieux cliniques (ex. : médecins, infirmières).

Nature des interventions évaluées

L'étude retenue et analysée est une expérimentation de la stratégie du délégué médical où une équipe composée entre autres d'un médecin et d'une infirmière fait une brève intervention éducative relative à la vaccination sur l'heure du midi dans les milieux de pratique. Le but de l'intervention est d'informer les professionnels sur l'utilisation des outils et des ressources disponibles pour diminuer les barrières vécues et éviter les occasions manquées. Une répartition des tâches propres à la vaccination et un échéancier sont définis avec les cliniciens du milieu à la fin de la présentation. Dans les mois qui suivent, les délégués font un suivi postal en envoyant notamment une copie du plan d'action et du matériel éducatif.

Efficacité de la stratégie pour l'intégration de la prévention clinique

Sur la base de l'étude retenue, la stratégie du délégué médical apparaît comme étant généralement non efficace pour l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens, lorsqu'elle est utilisée seule. En effet, l'étude s'y rapportant ne présente pas de changement significatif sur le plan statistique.

Éléments considérés comme pertinents par les auteurs des études² en ce qui concerne l'efficacité de la stratégie

Les auteurs [10] rapportent que pour plus d'efficacité, la stratégie devrait :

- faire partie d'une intervention à multiples facettes;
- inclure de multiples rencontres, ce qui serait nécessaire pour amener un changement dans la pratique des cliniciens;
- inclure la transmission de rétroaction sur la pratique usuelle, préalablement à l'intervention éducative, afin d'augmenter la motivation quant à l'amélioration de la pratique, puisque les cliniciens ont tendance à surestimer leur prestation de services préventifs.

- Une seule étude a été relevée pour la période de publication de 2007 à 2014, et ses résultats vont dans le sens de ceux obtenus pour la période antérieure.
- La stratégie du délégué médical, lorsqu'utilisée seule, n'apparaît pas comme une stratégie efficace pour modifier la pratique préventive des cliniciens.
- Puisqu'il s'agit d'une stratégie de nature éducative, elle devrait être incluse dans une intervention à multiples facettes visant également l'organisation du travail.

^{2.} Cette section fait le plus souvent état des éléments de discussion rapportés par les auteurs des articles recensés.

Audit et feedback

La stratégie d'audit et de feedback, c'est :

- collecter de l'information sur la performance clinique (audit) et la transmettre au clinicien de façon verbale ou écrite (feedback) avec ou sans recommandations;
- effectué la plupart du temps par la révision des dossiers médicaux;
- basé sur le postulat selon lequel les cliniciens seront amenés à modifier leurs comportements s'ils reçoivent un feedback indiquant que leurs pratiques ne correspondent pas à celles de leurs pairs ou aux recommandations acceptées dans la communauté scientifique [5].

Rappel des constats pour la période de publication de 2000 à 2006 [5]

- Quatre articles portant sur des thématiques variées étaient inclus pour cette stratégie, dont une revue de la littérature et une méta-analyse.
- Cette stratégie était considérée comme étant d'efficacité variable pour l'intégration de la prévention clinique étant donné que l'on comptait autant d'études qui démontraient des changements significatifs sur le plan statistique pour la majorité des mesures de résultats que d'études qui n'en démontraient pas.
- Certaines conditions d'efficacité étaient mentionnées, telles que :
 - le fait d'appliquer cette stratégie dans un contexte formatif et en engageant les cliniciens touchés;
 - la transmission d'un *feedback* intensif, c'est-à-dire communiqué verbalement de façon individuelle par un superviseur ou un collègue expérimenté et répété sur une période prolongée;
 - l'intégration de cette stratégie dans le cadre d'une intervention à multiples facettes.

RÉSULTATS POUR LA PÉRIODE DE PUBLICATION DE 2007 À 2014

Quelques notes méthodologiques

- Lors de la recherche bibliographique, cinq études [11, 12, 13, 14, 15] répondant aux critères d'inclusion préalablement définis ont été relevées concernant cette stratégie. Quatre études ont été réalisées aux États-Unis et une au Canada (Québec). Il s'agit de deux essais cliniques randomisés, deux études avant-après et une étude avec groupe témoin.
- Les thématiques couvertes par ces études sont la vaccination, le dépistage de cancers, le counseling et la référence au regard de la cessation tabagique, de même que le dépistage de la chlamydia. Elles visent la pratique de médecins, mais dans deux des cinq études, des infirmières avaient aussi participé.

Nature des interventions évaluées

Les études retenues et analysées portent sur des interventions ayant utilisé l'audit et le *feedback* de façon variée quant à la durée, la fréquence et le mode de transmission des informations aux cliniciens :

- une session d'une heure de *feedback* personnalisé à chacun des milieux de pratique quant au taux de vaccination de leur clinique en comparaison aux standards provinciaux et nationaux et calculé à partir d'un registre de la vaccination;
- des données compilées annuellement par des milieux de pratiques relativement à des mesures de qualité prédéfinies et rapportées sur le site Internet, accessible à la population, d'un regroupement de milieux cliniques, créant entre les milieux une compétition souhaitée;

- la réception d'un feedback de façon semestrielle, pendant quatre ans, sur le nombre d'actes de dépistage réalisés en comparaison avec des pairs et calculé à partir des données de réclamations d'honoraires;
- des rapports sur la performance en ce qui a trait à la référence en cessation tabagique, générés électroniquement à l'aide des dossiers médicaux électroniques et transmis de façon mensuelle aux cliniciens, en comparaison avec la moyenne de leur clinique et un taux ciblé de performance.

Efficacité de la stratégie pour l'intégration de la prévention clinique

Sur la base des cinq études relevées, la stratégie d'audit et de *feedback* apparaît comme étant d'efficacité variable, lorsqu'utilisée seule, pour l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens. De façon générale, on compte dans les études autant de mesures de résultats qui démontrent des changements significatifs sur le plan statistique que de mesures de résultats qui n'en démontrent pas.

Éléments considérés comme pertinents par les auteurs des études³ en ce qui concerne l'efficacité de la stratégie

Les auteurs des études mentionnent quelques éléments à prendre en compte pour améliorer l'efficacité de cette stratégie :

- la combinaison de cette stratégie dans le cadre d'une intervention à multiples facettes [11, 12, 14], en incluant par exemple des systèmes de rappel appliqués à la pratique souhaitée [11];
- la présence d'un champion local dans le milieu, ce rôle pouvant être tenu par une infirmière qui croit en l'importance de la pratique retenue et qui préconise auprès de ses collègues la mise en application du changement [11];
- le fait de limiter le nombre de mesures sur lesquelles portent l'audit et le feedback [11, 13];
- la transmission d'un feedback de façon répétée [12, 14].

- Avec un nombre similaire d'articles relevés pour la période de publication de 2007 à 2014, les résultats actuels confirment ceux obtenus pour la période antérieure.
- La stratégie d'audit et de *feedback* apparaît comme étant d'efficacité variable pour modifier la pratique préventive des cliniciens.
- Il est souhaitable d'utiliser cette stratégie en combinaison avec d'autres stratégies.

^{3.} Cette section fait le plus souvent état des éléments de discussion rapportés par les auteurs des articles recensés.

Systèmes de rappel visant les cliniciens

Les systèmes de rappel visant les cliniciens, c'est :

- rappeler au clinicien de faire un acte préventif;
- présenté au clinicien sur papier ou par voie électronique [5].

Rappel des constats pour la période de publication de 2000 à 2006 [5]

- Neuf articles portant sur des thématiques variées étaient inclus pour cette stratégie, dont une revue de la littérature et deux méta-analyses.
- Cette stratégie était perçue comme généralement efficace pour l'intégration de la prévention clinique. Globalement, on observait des changements significatifs sur le plan statistique dans plus de la moitié des études, et ce, pour la majorité des mesures de résultats dans chacune d'elles.
- Certaines conditions d'efficacité étaient ciblées. Notamment, il apparaissait que cette stratégie était plus efficace quand :
 - elle s'intégrait harmonieusement à la pratique du clinicien;
 - le milieu clinique désignait un leader local qui facilitait l'intégration des systèmes de rappel dans la clinique;
 - les rappels étaient générés de façon automatique.

RÉSULTATS POUR LA PÉRIODE DE PUBLICATION DE 2007 À 2014

Quelques notes méthodologiques

Rappels intégrés aux dossiers médicaux électroniques

- Neuf études [16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24] répondant aux critères d'inclusion préalablement définis ont été relevées lors de la recherche bibliographique concernant les rappels intégrés aux dossiers médicaux électroniques. Huit études ont été réalisées aux États-Unis et une en Australie. Il s'agit de six études avant-après, deux essais cliniques randomisés et une étude avec groupe témoin.
- Les thématiques couvertes par ces études sont la vaccination, le dépistage des ITSS, la documentation du statut et le counseling relativement à la cessation tabagique et à la consommation d'alcool. Elles visent le plus souvent la pratique de médecins, mais la pratique d'infirmières était ciblée dans quatre études.

Rappels présentés sur papier

- Deux études [25, 26] répondant aux critères d'inclusion préalablement définis ont été relevées lors de la recherche bibliographique quant aux rappels transmis sur papier aux cliniciens. Il s'agit de deux études avant-après réalisées aux États-Unis.
- Les thématiques couvertes par ces études sont la vaccination, le dépistage de cancers et le dépistage de l'ostéoporose. Une étude vise la pratique de médecins et l'autre principalement la pratique d'infirmières.

Nature des interventions évaluées

Rappels intégrés aux dossiers médicaux électroniques

Les études retenues et analysées portent sur l'expérimentation de l'ajout aux dossiers médicaux électroniques d'alertes sur les meilleures pratiques. Celles-ci visent à avertir le professionnel de la santé que, selon la documentation qui apparaît à son dossier, un patient n'a pas fait l'objet d'un acte préventif particulier, à lui rappeler de réaliser cet acte préventif et de le documenter adéquatement dans le dossier médical. Cela peut prendre la forme de questions ajoutées à la section sur les signes vitaux pour repérer les patients qui pourraient bénéficier de services préventifs (ex. : documentation du statut tabagique) ou encore d'une alerte à l'écran lors de l'ouverture du dossier médical électronique des patients ciblés (ex. : discuter du dépistage de la chlamydia lorsqu'il s'agit d'une jeune femme). Les rappels peuvent apparaître avant ou pendant la consultation.

Rappels présentés sur papier

Les études retenues et analysées consistent à expérimenter la transmission de rappels papier aux cliniciens. Dans l'une de ces études, il s'agit d'un rappel placé sur chaque dossier médical et présentant un résumé des recommandations cliniques au regard de la vaccination contre l'influenza. Dans la seconde, un rappel généré à partir du dossier médical électronique mentionne les interventions préventives pertinentes pour le patient qui consulte. Ce rappel est présenté sur papier au clinicien avant son entrée dans la salle d'examen.

Efficacité de la stratégie pour l'intégration de la prévention clinique

Rappels intégrés aux dossiers médicaux électroniques

Sur la base des neuf études relevées, les systèmes de rappel visant les cliniciens dans le cadre desquels les rappels sont intégrés aux dossiers médicaux électroniques apparaissent comme étant une stratégie généralement efficace pour l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens. De façon globale, on observe des changements significatifs sur le plan statistique dans plus de la moitié des études, et ce, pour la majorité des mesures de résultats de chacune d'entre elles.

Rappels présentés sur papier

Sur la base des deux études relevées, les systèmes de rappel visant les cliniciens dans le cadre desquels les rappels sont transmis sur papier aux cliniciens apparaissent comme étant une stratégie généralement efficace pour l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens. De façon globale, on observe des changements significatifs sur le plan statistique dans les deux études, et ce, pour la majorité des mesures de résultats de chacune d'entre elles.

Éléments considérés comme pertinents par les auteurs des études⁴ en ce qui concerne l'efficacité de la stratégie

Rappels intégrés aux dossiers médicaux électroniques

Quelques auteurs rapportent des éléments qui pourraient favoriser l'implantation des systèmes de rappel intégrés aux dossiers médicaux électroniques :

• le fait de mesurer la performance du clinicien de façon à pouvoir lui fournir une rétroaction régulière sur l'intégration des mesures visées par le rappel [22, 23];

^{4.} Cette section fait le plus souvent état des éléments de discussion rapportés par les auteurs des articles recensés.

- la présence d'un leader, par exemple un champion clinique sélectionné dans le milieu pour soutenir l'utilisation des rappels [22, 23];
- pour diminuer le risque de baisse d'attention liée aux multiples alertes (faisant en sorte que les cliniciens deviennent désensibilisés et n'en tiennent plus compte): la restriction du nombre d'alertes actives ou l'utilisation des alertes qui ne peuvent pas être ignorées par les professionnels, c'est-àdire auxquelles ils sont obligés de répondre avant de pouvoir continuer à utiliser le dossier médical électronique [17].

Rappels présentés sur papier

Bien qu'il y ait eu une amélioration des pratiques à la suite des deux interventions ayant expérimenté des rappels transmis sur papier aux cliniciens, les auteurs rapportent qu'une intervention à multiples facettes pourrait être nécessaire pour permettre l'atteinte des taux ciblés d'application des mesures préventives [25, 26]. Le soutien pour une utilisation optimale des dossiers médicaux électroniques de même que la mise en place d'ordonnances collectives et d'incitatifs financiers sont parmi les stratégies suggérées.

- Avec un nombre similaire d'articles relevés pour la période de publication de 2007 à 2014, les résultats actuels confirment ceux obtenus pour la période antérieure.
- Les systèmes de rappel visant les cliniciens ressortent comme étant une stratégie généralement efficace pour l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens, que les rappels soient intégrés au dossier médical électronique ou transmis sur papier.
- La constance dans la transmission des rappels favorise la systématisation des pratiques.

Dossier médical électronique

Le dossier médical électronique, c'est :

- un système qui remplace le dossier médical traditionnel (papier);
- un système qui comprend les informations habituelles des dossiers médicaux traditionnels, en plus d'offrir la possibilité de faire des rappels au clinicien, créer des listes de patients qui requièrent des services préventifs, fournir du matériel éducatif pour les patients, etc. [5].

Rappel des constats pour la période de publication de 2000 à 2006 [5]

- Deux études portant sur des thématiques variées étaient incluses pour cette stratégie.
- Cette stratégie était considérée comme étant d'efficacité variable pour l'intégration de la prévention clinique étant donné que l'on comptait autant d'études qui démontraient des changements significatifs sur le plan statistique pour la majorité des mesures de résultats que d'études qui n'en démontraient pas.
- Les articles analysés pour cette stratégie ne permettaient pas de définir des conditions d'efficacité semblables à celles mentionnées pour les autres stratégies. Comme il s'agissait d'une stratégie relativement récente, davantage d'expérimentations étaient requises afin de préciser son efficacité.

RÉSULTATS POUR LA PÉRIODE DE PUBLICATION DE 2007 À 2014

Quelques notes méthodologiques

- Lors de la recherche bibliographique relative à cette stratégie, neuf études [27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35] et quatre revues de la littérature [36, 37, 38, 39], dont une avec méta-analyse, répondant aux critères d'inclusion préalablement définis ont été relevées. Toutes les études ont été réalisées aux États-Unis, à l'exception d'une menée au Canada (Ontario). Il s'agit de cinq études avant-après, trois essais cliniques randomisés et une étude avec groupe témoin.
- Les thématiques couvertes par les études sont principalement le dépistage de cancers, le dépistage de l'ostéoporose, la vaccination, de même que le repérage des facteurs de risque et le counseling au regard du tabagisme et de l'embonpoint. Elles visent principalement la pratique de médecins.

Nature des interventions évaluées

Les études retenues et analysées portent sur des interventions basées sur le dossier médical électronique. Il importe de souligner que cela ne se limite pas à la présence d'un système de rappel dans le dossier médical électronique, ce dernier pouvant être le support de multiples stratégies permettant d'améliorer la qualité des pratiques. Ainsi, de façon générale, les études relevées ont expérimenté des modifications au dossier médical électronique afin qu'y soit intégré un lot d'outils pour soutenir la pratique préventive du clinicien, tels que :

- des rappels concernant les meilleures pratiques;
- un ensemble de fonctionnalités permettant de faciliter la documentation des services rendus, d'imprimer du matériel éducatif à remettre aux patients ou d'accéder à un formulaire de référence simplifié;
- un modèle type pour faire du counseling;
- l'accès à de la rétroaction sur la performance;
- la création d'une liste de patients admissibles à un service préventif et pour lesquels le système peut générer une lettre de rappel.

Efficacité de la stratégie pour l'intégration de la prévention clinique

Sur la base des neuf études et des quatre revues de la littérature relevées, dont une avec méta-analyse, le dossier médical électronique apparaît comme étant généralement efficace pour l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens. De façon globale, on observe des changements significatifs sur le plan statistique dans plus de la moitié des études, et ce, pour la majorité des mesures de résultats de chacune d'entre elles.

Éléments considérés comme pertinents par les auteurs des études⁵ en ce qui concerne l'efficacité de la stratégie

Les auteurs des études mentionnent certains éléments à prendre en compte pour favoriser l'efficacité de cette stratégie :

- la nature systématique de l'intervention, vu la possibilité qu'offre le dossier médical électronique de transmettre de façon automatique des informations aux cliniciens [36];
- l'importance d'engager les utilisateurs dans la conception du système informatique [38] pour comprendre quelle est la bonne information à transmettre, et à quel moment, de quelle façon et à quelle personne elle doit être transmise [29, 37];
- le fait de donner le temps nécessaire aux cliniciens pour une utilisation optimale de ce type d'outils [29, 33, 38]. Par exemple, l'étude de Wang et autres [33] a permis de constater les plus grandes améliorations dans la pratique des cliniciens après une période d'utilisation des dossiers médicaux électroniques de 25 mois ou plus;
- le caractère essentiel d'offrir un soutien technique et de la formation pour l'implantation des dossiers médicaux électroniques [33, 38];
- le fait que certains types d'alertes soient plus appropriés. Par exemple, lorsque des alertes concernant les meilleures pratiques sont incluses dans les dossiers médicaux électroniques, une alerte active, c'est-à-dire qui requiert une réponse de la part du clinicien, et formulée clairement serait plus efficace pour modifier la pratique qu'une alerte passive, c'est-à-dire un message simplement affiché sur l'écran de l'ordinateur [30, 31, 34];
- enfin, la pertinence de réaliser une intervention à multiples facettes qui cible de façon simultanée différentes barrières au changement [30, 31, 32]. Les auteurs mentionnent entre autres l'ajout d'incitatifs financiers [33, 38] et l'implication d'autres membres de l'équipe de travail pour permettre aux médecins un rôle plus défini au regard de la prévention clinique afin de limiter le temps investi par ces derniers en prévention lors de la visite médicale [27, 31].

- Avec six fois plus d'articles relevés pour la période de publication de 2007 à 2014, les données disponibles permettent de fournir plus d'information concernant l'efficacité de cette stratégie et plus d'éléments à prendre en considération que pour la période de publication précédente.
- La stratégie du dossier médical électronique apparaît comme étant généralement efficace pour l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens, notamment des médecins.
- Les multiples possibilités offertes par le dossier médical électronique représentent autant d'avantages de cette stratégie. Notamment, son caractère systématique (ex.: la transmission systématique d'outils d'aide à la décision qui y sont intégrés) permet de renforcer la pratique des cliniciens au regard des lignes directrices.

^{5.} Cette section fait le plus souvent état des éléments de discussion rapportés par les auteurs des articles recensés.

Équipes locales d'amélioration de la qualité des soins

Les équipes locales d'amélioration de la qualité des soins, c'est :

- changer l'organisation de la pratique en créant un environnement favorable à la prestation d'actes préventifs;
- créer une équipe de travail dans le milieu comprenant différents types de professionnels de la santé qui travailleront ensemble pour définir des objectifs d'amélioration de la qualité des soins préventifs, mettre en place les moyens pour y parvenir et évaluer si le changement a eu lieu;
- favoriser les interactions entre les membres du milieu, redistribuer les rôles et les responsabilités entre eux et les engager activement dans le changement;
- développer l'autonomie du milieu et le leadership de ses membres; les professionnels sont alors amenés à apprendre ensemble comment surpasser les barrières vécues dans leur pratique [5].

Rappel des constats pour la période de publication de 2000 à 2006 [5]

- Quatre études portant sur des thématiques variées étaient incluses pour cette stratégie.
- Cette stratégie était considérée comme étant généralement efficace pour l'intégration de la prévention clinique. De façon globale, on observait des changements significatifs sur le plan statistique dans plus de la moitié des études, et ce, pour la majorité des mesures de résultats dans chacune d'entre elles.
- Certaines conditions d'efficacité étaient relevées, telles que :
 - l'importance de définir des objectifs en collaboration avec le milieu de pratique et qui concordent avec les priorités déjà établies par celui-ci;
 - la présence d'un climat de collaboration, de communication et de travail d'équipe au sein du milieu de pratique;
 - l'engagement de tous les membres du milieu dans le processus de changement des pratiques par l'adoption de rôles variés et la reconnaissance de la contribution de chacun.

RÉSULTATS POUR LA PÉRIODE DE PUBLICATION DE 2007 À 2014

Quelques notes méthodologiques

- Lors de la recherche bibliographique, 15 études [40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54] répondant aux critères d'inclusion préalablement définis ont été relevées concernant cette stratégie. De celles-ci, 14 ont été réalisées aux États-Unis et une au Royaume-Uni. Il s'agit de 14 études avant-après et d'un essai clinique randomisé.
- Les thématiques couvertes par ces études sont variées. Celles-ci abordent par exemple la prévention des chutes, le dépistage de l'ostéoporose, le dépistage des ITSS, la vaccination, le counseling sur la cessation tabagique, la prévention de l'obésité et le dépistage de cancers. Elles visent la plupart du temps l'équipe de travail, soit à la fois des médecins, des infirmières, de même que d'autres travailleurs du milieu clinique.

Nature des interventions évaluées

Les études retenues et analysées portent sur des interventions regroupant les principales caractéristiques des équipes locales d'amélioration de la qualité des soins, notamment :

- la constitution dans chaque milieu d'une équipe multidisciplinaire formée sur les principes d'équipes d'amélioration de la qualité des soins, tels que la façon de cibler collectivement des objectifs d'amélioration, de mettre au point et d'implanter des stratégies pour atteindre ces objectifs et de documenter les progrès réalisés;
- l'évaluation de la pratique clinique, la sélection d'éléments à améliorer et l'élaboration, par les milieux, de plans d'action et de stratégies qui ont du sens pour les cliniciens dans le contexte de leur pratique;
- le monitorage régulier par les milieux et la rétroaction quant aux progrès réalisés;
- un processus de travail itératif pour ajuster les stratégies selon le changement obtenu;
- un leadership dans le milieu par la présence d'un champion local;
- un soutien extérieur, par exemple grâce à des conférences téléphoniques, des visites dans le milieu pour faire du renforcement et aider à faire face aux difficultés rencontrées, ou encore des réseaux d'apprentissage permettant aux milieux d'échanger et d'apprendre les uns des autres;
- l'accès à différents outils développés pour soutenir leur pratique (protocoles, outils de rappels, matériel éducatif pour les patients, etc.).

Efficacité de la stratégie pour l'intégration de la prévention clinique

Sur la base des 15 études relevées, la stratégie d'équipes locales d'amélioration de la qualité des soins apparaît comme étant généralement efficace pour l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens. De façon globale, on observe des changements significatifs sur le plan statistique dans plus de la moitié des études, et ce, pour la majorité des mesures de résultats de chacune d'entre elles.

Éléments considérés comme pertinents par les auteurs des études⁶ en ce qui concerne l'efficacité de la stratégie

Les auteurs des études soulèvent certains éléments explicatifs relativement à l'efficacité observée :

- La nature multifacette de cette stratégie et les changements auxquels elle conduit dans le milieu (redistribution des rôles, modification des protocoles de pratique, etc.) facilitent la mise en place de nouveaux comportements [40, 41, 43, 48, 51]. En effet, la stratégie engage tout le milieu en ciblant les pratiques et les systèmes plutôt que les individus [51, 52]. À cet effet, les auteurs rappellent que bien que la formation des professionnels quant aux lignes directrices soit nécessaire, elle n'est pas suffisante pour changer les pratiques cliniques; il demeure donc essentiel d'améliorer à la fois les connaissances et la pratique [41, 43, 47, 48].
- Le monitorage et la rétroaction continus quant aux progrès réalisés, des composantes importantes de la stratégie, permettent de cerner les difficultés et d'y apporter des solutions, ce qui motive les équipes à maintenir les changements [41, 42, 45, 46, 47, 49, 50, 52, 54]. Le monitorage doit favoriser le changement et non pas être un obstacle. Pour cela, il est souhaitable que les milieux colligent ces données lors de leurs tâches habituelles (ex. : lors de la préparation des dossiers) [41].
- Le travail en équipe, une autre composante spécifique de la stratégie, est à prendre en compte [41, 49, 51, 52]. Puisque l'investissement de temps et de ressources se fait entre plusieurs individus, cela permet de maximiser leur adhésion à la démarche [41, 51]. La présence d'une dynamique de travail d'équipe déjà existante [40, 41, 43], un milieu motivé et réceptif au changement des pratiques visées [43] ainsi que l'expérience déjà acquise d'une équipe d'amélioration de la qualité des soins [45] sont des éléments favorables relevés par les auteurs.

⁶ Cette section fait le plus souvent état des éléments de discussion rapportés par les auteurs des articles recensés.

- La désignation d'une personne (ex.: une infirmière intéressée par le changement visé) qui agit comme champion local pour faire le monitorage en continu aide à la mise en œuvre des nouvelles pratiques. Cette personne transmet à tous la rétroaction permettant de repérer les écarts entre la pratique courante et celle attendue et d'ajuster les actions (ex.: modification au protocole), puis motive l'équipe de travail [41, 43]. Le rôle important des infirmières dans les efforts collaboratifs pour faciliter le changement des pratiques est à considérer (ex.: pour suivre les mises à jour des lignes directrices cliniques qui s'appliquent le mieux à leur population de patients, pour aider à cibler les patients concernés au début de la visite clinique et pour rappeler aux médecins les pratiques optimales) [43].
- Une bonne compréhension du contexte local [47] et une évaluation globale de la pratique [40] permettent d'adapter l'intervention aux caractéristiques et aux besoins du milieu. La compréhension des systèmes de pratique déjà en place et des routines cliniques facilite en effet l'adoption du processus de changement par les milieux [40, 54], et ce, selon l'intensité qu'ils souhaitent y donner [46].
- Le soutien offert aux milieux [46, 52, 54], que ce soit par des visites dans le milieu ou à l'aide des réseaux d'apprentissage, permet aux cliniciens :
 - de développer un consensus quant aux activités d'amélioration de la pratique à mettre de l'avant;
 - de mieux comprendre les résultats issus du monitorage et l'impact des activités d'amélioration;
 - d'échanger sur les approches fructueuses (ce qui permet d'éviter de « réinventer la roue »);
 - d'accroître leur motivation.

- Avec une dizaine d'études de plus relevées pour la période de publication de 2007 à 2014, les résultats actuels confirment ceux obtenus pour la période antérieure.
- La stratégie d'équipes locales d'amélioration de la qualité des soins ressort comme étant généralement efficace pour l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens.
- Étant donné sa combinaison de composantes, cette stratégie est par nature multifacette. En portant notamment une attention particulière aux pratiques et aux systèmes plutôt qu'uniquement aux individus, elle permet de favoriser un environnement qui facilite la prestation de services préventifs.
- Le monitorage régulier des changements et la rétroaction qui y est associée ressortent comme des éléments-clés pour permettre de mesurer les progrès réalisés et ainsi maintenir la motivation des milieux quant aux changements souhaités.

Facilitation

La facilitation, c'est:

- une approche qui utilise un facilitateur, le plus souvent externe, qui travaille avec les cliniciens et leur équipe dans leur milieu pour les soutenir dans le processus de changement;
- l'analyse des caractéristiques propres à chaque milieu et l'adaptation de l'intervention selon les barrières, les besoins, les forces et les ressources disponibles;
- la réalisation d'étapes précises : l'évaluation de la pratique au regard de la prestation de services préventifs, la détermination d'objectifs à atteindre pour améliorer la prestation de ces services, la planification des moyens à mettre en œuvre pour y parvenir, l'implantation des approches et des outils retenus ainsi que l'évaluation du changement réalisé [5].

Rappel des constats pour la période de publication de 2000 à 2006 [5]

- Neuf études portant sur des thématiques variées étaient incluses pour cette stratégie, dont une revue de la littérature.
- Cette stratégie était considérée comme étant généralement efficace pour l'intégration de la prévention clinique. De façon globale, on observait pour celle-ci des changements significatifs sur le plan statistique dans plus de la moitié des études, et ce, pour la majorité des mesures de résultats dans chacune d'entre elles.
- Certaines conditions d'efficacité étaient précisées. Notamment, il apparaissait que cette stratégie était plus efficace quand :
 - le facilitateur était disponible et flexible et qu'il apportait un soutien constant au milieu;
 - les membres du milieu étaient engagés et démontraient une attitude positive au regard de l'implantation du changement.

RÉSULTATS POUR LA PÉRIODE DE PUBLICATION DE 2007 À 2014

Quelques notes méthodologiques

- Six études [55, 56, 57, 58, 59, 60] et une méta-analyse [61] répondant aux critères d'inclusion préalablement définis ont été relevées concernant cette stratégie lors de la recherche bibliographique. Quatre études ont été réalisées aux États-Unis et deux au Canada (Ontario). Il s'agit de trois essais cliniques randomisés et de trois études avant-après.
- Les thématiques couvertes par ces études sont multiples. Elles visaient en majorité la pratique de médecins mais, dans deux études, des infirmières étaient également ciblées.

Nature des interventions évaluées

Les études retenues et analysées portent sur l'expérimentation de la facilitation, la plupart du temps réalisée par des infirmières. Celles-ci effectuent des rencontres dans les milieux afin d'amener les cliniciens à modifier leur pratique à l'aide de stratégies adaptées à leur mode de fonctionnement et qui répondent aux besoins de leur milieu. Ainsi, en fonction des objectifs définis avec celui-ci, elles peuvent par exemple utiliser de l'audit et du *feedback*, de la formation et des systèmes de rappel. Tout au long du processus, les facilitatrices individualisent le soutien offert aux milieux pour les aider dans l'implantation des changements souhaités.

Efficacité de la stratégie pour l'intégration de la prévention clinique

Sur la base des six études relevées et d'une méta-analyse, la stratégie de facilitation apparaît comme étant généralement efficace pour l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens. De façon globale, on observe des changements significatifs sur le plan statistique dans plus de la moitié des études, et ce, pour la majorité des mesures de résultats de chacune d'entre elles.

Éléments considérés comme pertinents par les auteurs des études⁷ en ce qui concerne l'efficacité de la stratégie

Les auteurs des études soulignent quelques éléments explicatifs relativement à l'efficacité de la stratégie :

- Des interventions adaptées au contexte, à la pratique et aux besoins des milieux cliniques semblent être un élément-clé pour mener à un changement dans les pratiques [55, 59, 61].
- Le fait de cibler au plus deux comportements préventifs à modifier permet de laisser aux milieux le temps et les ressources nécessaires pour chaque changement des pratiques attendu [56, 57]. Par la suite, l'approche systématique développée pour l'introduction d'une mesure préventive peut être répliquée pour une autre [59].
- L'engagement du milieu et sa participation au processus d'amélioration des pratiques sont des éléments de motivation qui, selon les auteurs, ont influencé les résultats de l'intervention [55].
- La nature multifacette de la facilitation serait à prendre en compte [55, 60]. Notamment :
 - le fait d'influencer le processus de travail, par exemple par la mise en place d'un système pour le dépistage et la référence ou de systèmes de rappel, ou encore par la définition de nouveaux rôles pour des membres de l'équipe du milieu de pratique [55, 61];
 - l'intégration d'un monitorage et d'une rétroaction à l'intérieur de l'intervention qui permettent d'établir des objectifs et d'évaluer les changements réalisés [59, 61].
- Enfin, l'intensité de l'intervention (notamment le nombre de contacts avec les milieux) pourrait aussi influencer son efficacité. Par ailleurs, il y aurait possiblement un lien inversement proportionnel entre le nombre de milieux confiés à un facilitateur et l'amélioration des pratiques [57, 61].

- Avec un nombre similaire d'articles relevés pour la période de publication de 2007 à 2014, les résultats actuels confirment ceux obtenus pour la période antérieure.
- La stratégie de facilitation ressort comme étant généralement efficace pour l'intégration de la prévention clinique.
- Cette stratégie est par nature multifacette.
- Pour favoriser l'efficacité de la stratégie, il est important de prendre en compte les caractéristiques propres à chaque milieu pour personnaliser l'intervention, l'intensité du soutien, de même que l'engagement du milieu dans la démarche.

^{7.} Cette section fait le plus souvent état des éléments de discussion rapportés par les auteurs des articles recensés.

Incitatifs d'ordre financier

Les incitatifs d'ordre financier, c'est :

- une modalité de rémunération des cliniciens qui vise à favoriser la prévention clinique;
- une façon de répondre à la barrière de nature financière fréquemment évoquée comme frein à la prestation de services préventifs [5].

Rappel des constats pour la période de publication de 2000 à 2006 [5]

- Quatre articles portant sur la vaccination, dont trois revues de la littérature, étaient inclus pour la stratégie des incitatifs d'ordre financier.
- Les incitatifs d'ordre financier étaient catégorisés comme étant peu efficaces pour l'intégration de la prévention clinique lorsqu'utilisés seuls. De façon générale, la majorité des études s'y rapportant ne présentaient pas de changement significatif sur le plan statistique pour plus de la moitié des mesures de résultats.
- Utilisés seuls, les incitatifs d'ordre financier n'étaient pas considérés comme une stratégie efficace pour modifier de façon durable la pratique préventive des cliniciens, parce que :
 - ils demandent d'être associés à des changements organisationnels;
 - le comportement préventif doit être bien ancré dans la pratique avant que l'incitatif soit retiré.

RÉSULTATS POUR LA PÉRIODE DE PUBLICATION DE 2007 À 2014

Quelques notes méthodologiques

- Lors de la recherche bibliographique concernant les incitatifs d'ordre financiers, deux études [62, 63], une revue de la littérature [64] et une revue des revues de la littérature [65] répondant aux critères d'inclusion préalablement définis ont été relevées. Les deux études, soit un essai clinique randomisé et une étude avant-après, ont été réalisées en Australie.
- Les thématiques couvertes par la littérature sont entre autres le dépistage de cancers, le dépistage de la chlamydia et la vaccination. Les interventions visent la pratique de médecins.

Nature des interventions évaluées

Les deux expérimentations retenues et analysées portent sur des interventions utilisant des paiements ciblés, c'est-à-dire un paiement fixe donné aux médecins pour chaque test de dépistage de la chlamydia ou du cancer du col de l'utérus. Dans une des études, le milieu de pratique pouvait de plus obtenir une prime par patiente si un pourcentage préétabli de patientes faisait l'objet d'un dépistage. Pour ce qui est de la revue de la littérature et de la revue des revues de la littérature, divers types d'incitatifs financiers ont été pris en compte :

- paiement pour atteindre un volume prédéfini de soins (ex. : paiements ciblés, primes);
- paiement par patient atteignant un résultat spécifique (ex. : cessation tabagique);
- paiement basé sur la performance du groupe médical (comparativement à d'autres);
- paiement pour une période de travail définie (ex. : paiement à salaire ou à tarif horaire);
- paiement pour chaque service, épisode ou visite (ex. : paiement à l'acte);

- paiement pour donner des soins à une population ou à des patients particuliers (ex. : paiement par capitation);
- modèles mixtes (combinaison de plus d'un incitatif dans la liste qui précède).

Efficacité de la stratégie pour l'intégration de la prévention clinique

Sur la base des deux études, de la revue de la littérature et de la revue des revues de la littérature retenues, l'utilisation d'incitatifs d'ordre financier apparaît comme étant une stratégie généralement non efficace pour l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens, lorsqu'utilisée seule. En effet, la majorité des études qui s'y rapportent ne présentent pas de changement significatif sur le plan statistique pour plus de la moitié des mesures de résultats.

Éléments considérés comme pertinents par les auteurs des études⁸ en ce qui concerne l'efficacité de la stratégie

Les auteurs des études mentionnent quelques éléments à prendre en compte pour améliorer l'efficacité de cette stratégie :

- L'incitatif financier doit être un montant suffisamment important pour que cette pratique soit jugée comme payante par le clinicien. Si l'incitatif est trop faible, les médecins peuvent choisir de voir un autre patient plutôt que de facturer un acte préventif moins payant [62, 63].
- Il peut être nécessaire de combiner l'incitatif avec des rappels et des systèmes de rétroaction sur la pratique pour une réelle efficacité [62, 63].
- Le fait d'engager les médecins dans le développement des programmes d'incitatifs apparaît pertinent [63].
- La demande de remboursement doit être simple [63].
- Il est important d'évaluer et de monitorer ce type de programme pour s'assurer que le comportement des cliniciens se modifie comme il avait été anticipé [63, 65].

Constats généraux

- Avec le même nombre d'articles relevés pour la période de publication de 2007 à 2014, les résultats actuels confirment ceux obtenus pour la période antérieure puisque, utilisés seuls, les incitatifs d'ordre financier ne semblent pas constituer une stratégie efficace pour modifier la pratique préventive des cliniciens.
- Les incitatifs d'ordre financier devraient être combinés à d'autres stratégies.

^{8.} Cette section fait le plus souvent état des éléments de discussion rapportés par les auteurs des articles recensés.

Interventions visant le patient

Les interventions visant le patient, c'est :

- changer le comportement du clinicien de façon indirecte en intervenant auprès du patient pour que ce dernier fasse une demande de service préventif au clinicien;
- du matériel éducatif remis au patient ou mis à sa disposition dans la salle d'attente, des systèmes de rappel, des questionnaires autoadministrés, des carnets de santé autogérés, etc. [5].

Rappel des constats pour la période de publication de 2000 à 2006 [5]

- Sept articles, portant principalement sur la vaccination, étaient inclus pour cette stratégie, dont trois méta-analyses.
- Cette stratégie était considérée comme étant généralement efficace pour l'intégration de la prévention clinique. De façon globale, on observait des changements significatifs sur le plan statistique dans plus de la moitié des études, et ce, pour la majorité des mesures de résultats dans chacune d'elles.
- La majorité des articles relevés portaient sur des systèmes de rappel visant les patients. Ces systèmes apparaissaient plus efficaces lorsque le rappel était donné de manière interactive et à plusieurs reprises et lorsque son contenu était personnalisé pour le patient.
- Le fait que peu d'études aient expérimenté d'autres types d'interventions visant les patients limitait les conclusions relatives à l'efficacité de cette stratégie. Notamment, aucune des études recensées ne faisait référence à Internet comme moyen de communication avec les patients.

RÉSULTATS POUR LA PÉRIODE DE PUBLICATION DE 2007 À 2014

Quelques notes méthodologiques

- Lors de la recherche bibliographique relative à cette stratégie, on a relevé 10 études [66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75] et 5 revues de la littérature [76, 77, 78, 79, 80], dont une avec méta-analyse, qui répondaient aux critères d'inclusion préalablement définis. Sept études ont été réalisées aux États-Unis, deux en Australie et une en Finlande. Il s'agit de huit essais cliniques randomisés, une étude avec groupe témoin et une étude avant-après.
- Les thématiques couvertes par ces études sont variées, mais il s'agit principalement du dépistage de cancers, de la vaccination, du dépistage de l'ostéoporose et du dépistage des ITSS. Deux études visent la pratique de médecins, deux études portent à la fois sur la pratique de médecins et d'infirmières, une étude s'intéresse uniquement aux infirmières et une autre concerne seulement des dentistes. Dans quatre études, le type de cliniciens visé n'est pas clairement spécifié.

Nature des interventions évaluées

Les études retenues et analysées portent sur des interventions visant le patient de nature très variée. Elles sont présentées ici selon six sous-groupes: les systèmes de rappel visant les patients; les interventions téléphoniques de sensibilisation; le dossier de santé personnel interactif et les nouveaux médias; l'envoi postal d'une trousse d'autoprélèvement; le conseiller en santé formé issu de la communauté; l'organisation d'événements spéciaux. Des facteurs jouant sur l'efficacité de ces interventions sont mentionnés dans la présente sous-section.

Les systèmes de rappel visant les patients

Deux études évaluant l'effet de systèmes de rappel visant les patients ont été relevées. Dans l'une d'elles, on s'intéresse à la portée d'une carte postale de rappel relativement à des services dentaires préventifs [67]. Dans l'autre, une réceptionniste du milieu clinique fait parvenir une lettre de rappel aux patientes non à jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, puis effectue un rappel téléphonique un mois plus tard auprès de celles n'ayant pas donné suite à la lettre [66]. Trois revues de la littérature, dont une avec méta-analyse, examinent quant à elles l'effet de différents systèmes de rappel visant les patients [76, 77, 79].

Les trois revues de la littérature rapportent des changements significatifs à la suite des interventions, et ce, peu importe le type de rappel utilisé. L'étude évaluant une lettre de rappel suivie d'un rappel téléphonique a relevé des changements significatifs à la suite de l'intervention, alors que cela n'est pas le cas dans l'étude mesurant uniquement l'effet d'une carte postale de rappel.

Selon certains auteurs, les rappels téléphoniques seraient plus efficaces que les interventions postales, ces dernières n'étant pas suffisantes pour réduire les barrières liées à l'accessibilité des services [67, 76, 77]. Pour que les cartes postales de rappel soient efficaces, elles doivent être lues et comprises, et le patient doit considérer cette information comme importante [67]. Enfin, les patients seraient plus susceptibles d'adhérer aux recommandations dans le rappel lorsque celui-ci provient d'une source familière de soins, telle que leur médecin [79].

Les interventions téléphoniques de sensibilisation

Trois études évaluent l'effet d'interventions téléphoniques de sensibilisation réalisées par un clinicien ou un non-clinicien pour une liste de patients ciblés [68, 72, 74]. Dans une étude, il s'agit d'un gestionnaire de soins non clinicien qui s'assure que les patients dont le dossier médical électronique fait état d'un refus quant à certains services préventifs reçoivent l'information-clé au sujet de ces services [72]. Il procède, pour cela, à l'envoi postal de matériel éducatif, à des contacts téléphoniques et à une assistance logistique au besoin. Dans une autre étude, une intervention téléphonique par du personnel formé est réalisée auprès des patientes ciblées pour le dépistage de certains cancers, entre autres pour définir et réduire les barrières rencontrées relativement au dépistage [68]. Cette intervention est complétée par l'envoi de matériel éducatif. Dans la troisième étude, un appel téléphonique fait par une infirmière à la suite de l'envoi d'une lettre de rappel vise à informer le patient au sujet de la vaccination et à planifier un rendez-vous [74].

Une seule étude a noté des changements significatifs à la suite de l'intervention expérimentée. À noter que pour l'une des deux études qui n'en ont pas constaté, le groupe de comparaison faisait lui aussi l'objet d'une intervention téléphonique, mais de moindre intensité. Malgré tout, la personnalisation d'un appel téléphonique, comparativement à une approche automatisée, pourrait contribuer au succès d'une intervention, notamment parce qu'elle permet plus d'interaction [74].

Le dossier de santé personnel interactif et les nouveaux médias

Trois études ont expérimenté l'utilisation d'un dossier de santé personnel interactif [69, 70, 75]. Il s'agit d'un outil interactif électronique de communication et de partage d'information pour le patient qui est parfois rattaché au dossier médical électronique. Ce type de système peut inclure des recommandations personnalisées au patient et des rappels, des ressources éducatives, la possibilité pour le patient d'interagir avec d'autres utilisateurs ou des professionnels de la santé, de réviser et de mettre à jour l'information sur son état de santé puis de planifier des rendez-vous médicaux en ligne. Par ailleurs, une revue de la littérature s'est penchée sur l'utilisation des nouveaux médias (ex. : les messages textes, les

applications pour téléphones intelligents, les sites Internet) pour accroître le taux de vaccination. Les résultats varient selon les méthodes utilisées [80].

Deux des trois études qui ont expérimenté le dossier de santé personnel interactif ont remarqué un impact positif significatif à la suite de l'intervention pour une majorité des mesures de résultats. Les constats de la revue de la littérature portant sur l'efficacité des nouveaux médias varient selon les méthodes utilisées. Les messages textes, les sites Internet faisant la promotion de la vaccination et les portails Internet personnalisés pour les patients (ex. : les dossiers de santé personnels) peuvent augmenter le taux de vaccination. Les informations disponibles ne sont pas suffisantes pour se prononcer sur l'efficacité des réseaux sociaux, des communications par courrier électronique et des applications pour téléphones intelligents.

Le principal avantage de ce type d'intervention est qu'il offre la possibilité d'engager directement les patients dans leurs soins de santé [69, 70, 75, 80]. Puisque les nouveaux médias sont largement accessibles à la population, surtout les jeunes adultes, et qu'ils ont généralement un coût peu élevé, ils offrent un potentiel incontournable afin d'intervenir auprès des patients et d'améliorer la prestation de services préventifs [69, 70, 80].

L'envoi postal d'une trousse d'autoprélèvement

Une étude a comparé l'envoi aux femmes d'une trousse d'autoprélèvement pour le dépistage du virus du papillome humain (VPH) accompagnée d'une lettre de présentation, de matériel éducatif et d'un questionnaire, afin qu'elles puissent faire elles-mêmes les prélèvements requis, à une simple lettre de rappel accompagnée de matériel éducatif [73]. Une revue de la littérature avec méta-analyse portant sur des stratégies variées a également examiné l'efficacité de cette intervention [77].

Le taux de dépistage a été significativement plus élevé chez les femmes ayant reçu la trousse d'autoprélèvement que chez celles à qui on avait envoyé une lettre de rappel. La revue de la littérature appuie ces résultats positifs. Cette stratégie peut constituer une option intéressante pour les femmes qui n'adhèrent pas au dépistage, entre autres en diminuant les barrières de peur de la douleur ou de l'inconfort rapportées par les patientes en ce qui a trait à l'examen de dépistage traditionnel [76].

Le conseiller en santé formé issu de la communauté

Une étude a évalué l'utilisation d'une conseillère en santé formée, issue de la communauté, qui contacte des femmes non participantes au dépistage du cancer du col de l'utérus en personne ainsi que par téléphone afin d'améliorer leurs connaissances, de démystifier leurs croyances et d'aider à diminuer les barrières rencontrées [71]. Cette étude n'a pas observé de changement significatif à la suite de l'intervention expérimentée. À noter toutefois que le groupe de comparaison bénéficiait lui aussi d'une forme d'intervention (ex. : réception de matériel éducatif sur le dépistage du cancer du col de l'utérus).

L'organisation d'événements spéciaux

Une revue de la littérature porte sur l'organisation d'événements spéciaux pour promouvoir le dépistage de cancers, tels qu'une journée ou une foire de la santé, des marches caritatives ou encore un événement communautaire [78]. Ces événements sont l'occasion de remettre du matériel éducatif et de réaliser des interventions éducatives de sensibilisation. Bien qu'ils permettent généralement de rejoindre un nombre élevé de personnes et d'accroître la sensibilisation au sujet de questions de santé, les auteurs concluent qu'en raison du nombre limité d'articles et de la variabilité des interventions, les données sont insuffisantes pour conclure à l'efficacité de ce type d'événements [78].

Efficacité de la stratégie pour l'intégration de la prévention clinique

En raison de la variabilité des études et du nombre limité d'expérimentations pour certaines interventions, il n'est pas possible de tirer de conclusion globale en ce qui a trait à l'efficacité des interventions visant le patient pour l'intégration de la prévention clinique.

Lorsque chaque type d'intervention est pris séparément, certains constats peuvent être dégagés. Ainsi, quelques interventions apparaissent comme étant généralement efficaces, c'est-à-dire que de façon globale, on observe des changements significatifs sur le plan statistique dans plus de la moitié des études, et ce, pour la majorité des mesures de résultats de chacune d'entre elles :

- les systèmes de rappel visant les patients (sur la base de deux études relevées et de trois revues de la littérature, dont une avec méta-analyse); les rappels postaux seraient moins efficaces que les rappels téléphoniques;
- l'utilisation d'un dossier de santé personnel interactif (sur la base de trois études relevées et d'une revue de la littérature portant sur l'utilisation des nouveaux médias);
- l'envoi d'une trousse d'autoprélèvement pour le dépistage du VPH (sur la base d'une étude relevée et d'une revue de la littérature avec méta-analyse portant sur des stratégies variées).

Selon les études analysées, les interventions téléphoniques de sensibilisation (trois études) et le conseiller en santé formé issu de la communauté (une étude) semblent généralement non efficaces pour l'intégration de la prévention clinique, puisque la majorité des études s'y rapportant ne rapportent pas de changement significatif sur le plan statistique pour plus de la moitié des mesures de résultats. Par ailleurs, les auteurs de deux revues de la littérature retenues considèrent que l'utilisation des nouveaux médias ainsi que l'organisation d'événements spéciaux doivent être testées davantage pour qu'on puisse se prononcer quant à leur efficacité pour modifier la pratique préventive des cliniciens.

Éléments considérés comme pertinents par les auteurs des études⁹ en ce qui concerne l'efficacité de la stratégie

Les auteurs des études rapportent qu'il n'existe pas de solution unique et qu'un ensemble d'interventions est souhaitable afin de surpasser le plus de barrières possible [66, 70, 76].

- Ainsi, l'utilisation de plusieurs canaux pour contacter ou informer les patients quant à la pertinence de recevoir des services préventifs peut se solder par de plus grands bénéfices [79].
- Comparativement aux efforts à déployer pour qu'ils adhèrent à la vaccination et au dépistage, un soutien plus intensif pourrait être nécessaire pour aider les patients à modifier leurs habitudes de vie [69].

^{9.} Cette section fait le plus souvent état des éléments de discussion rapportés par les auteurs des articles recensés.

Constats généraux

- Avec deux fois plus d'articles relevés pour la période de publication de 2007 à 2014, les résultats actuels diffèrent de ceux obtenus pour la période antérieure, puisqu'on a recensé une plus grande variété d'interventions visant les patients.
- En raison de la variabilité des études et du nombre limité d'expérimentations pour certaines interventions, il n'est pas possible de conclure à l'efficacité globale de la stratégie pour l'intégration de la prévention clinique. Toutefois, les résultats pour la période de publication de 2007 à 2014 confirment l'efficacité des systèmes de rappel visant les patients, telle que démontrée pour la période de publication antérieure.
- Les interventions visant le patient qui utilisent les technologies de l'information (ex. : le dossier de santé personnel interactif) représentent un grand potentiel et devraient faire l'objet de plus d'expérimentations au cours des prochaines années.

Professionnel attitré à la prévention clinique

Le professionnel attitré à la prévention clinique, c'est :

 une personne, clinicienne ou non, désignée dans le milieu clinique et formée pour effectuer une intervention individuelle préventive auprès d'une clientèle visée pour une ou plusieurs thématiques données [81, 82].

Rappel des constats pour la période de publication de 2000 à 2006

Aucune étude n'avait été relevée relativement à cette stratégie pour cette période de publication.

RÉSULTATS POUR LA PÉRIODE DE PUBLICATION DE 2007 À 2014

Quelques notes méthodologiques

- Deux études [81, 82] répondant aux critères d'inclusion préalablement définis ont été relevées concernant cette stratégie lors de la recherche bibliographique. Ces deux études ont été réalisées au Canada (Alberta et Ontario; Colombie-Britannique). Il s'agit d'un essai clinique randomisé et d'une étude avant-après.
- Les études portent principalement sur l'évaluation et le counseling au regard des habitudes de vie, la prévention du diabète et des maladies cardio-vasculaires, de même que le dépistage de cancers. La majorité des actions préventives sont effectuées par le professionnel attitré à la prévention. Lorsque la nature d'un acte préventif l'exige, d'autres professionnels (ex. : médecins, infirmières) sont mis à contribution.

Nature des interventions évaluées

Les études retenues et analysées portent sur l'expérimentation d'un professionnel attitré à la prévention clinique.

Dans l'une des études, un membre du personnel formé sur les thématiques visées et soutenu de façon continue par des experts externes (notamment à l'aide de conférences téléphoniques hebdomadaires et d'outils cliniques adaptés) dressait la liste de tous les patients fumeurs, puis intervenait auprès d'eux de manière préventive au regard de la cessation tabagique [81]. L'intervention abordait également l'inactivité physique, l'abus d'alcool et la dépression, des facteurs pouvant nuire à la cessation tabagique. Le type de professionnel (un clinicien, telle une infirmière, ou un non-clinicien) choisi pour tenir ce rôle était laissé à la discrétion des six milieux participant à l'étude. Cette personne devenait alors un leader de première ligne en prévention et incitait les médecins à compléter l'intervention réalisée auprès des patients par le counseling et la médication. Pour ce faire, divers outils étaient utilisés, tels que des rappels dans les dossiers des patients fumeurs pour attirer l'attention du médecin de même qu'un registre pour suivre les progrès des patients. Le professionnel attiré à la prévention clinique était rémunéré huit heures de plus par semaine pour réaliser ces interventions qui s'ajoutaient à ses tâches habituelles.

Dans l'autre étude, un professionnel attitré à la prévention clinique rencontrait des patients dans le milieu clinique et leur remettait une prescription de prévention personnalisée [82]. Chacun des huit milieux cliniques désignait dans son équipe une personne clinicienne non médecin (ex. : une infirmière) qui était ensuite formée sur les thématiques, outils et ressources pertinents pour assurer son rôle. Les patients visés et consentants bénéficiaient alors d'un rendez-vous d'une heure avec ce professionnel. Celui-ci utilisait les techniques de l'entretien motivationnel et de la prise de décision partagée pour émettre une prescription de prévention personnalisée selon les facteurs de risque du patient. Ces derniers étaient établis sur la base de son dossier médical et d'un questionnaire de santé rempli par le

patient préalablement à la visite. La prescription de prévention mettait l'accent sur l'utilisation optimale des outils déjà existants ainsi que des ressources du milieu clinique et de la communauté (ex. : en référant le patient à une nutritionniste ou en lui recommandant le programme de cessation tabagique). L'étude comptait plusieurs groupes expérimentaux; la stratégie du professionnel attitré à la prévention clinique était entre autres comparée à celle de la facilitation.

Efficacité de la stratégie pour l'intégration de la prévention clinique

Sur la base des deux études relevées, la stratégie d'un professionnel attitré à la prévention clinique apparaît comme étant généralement efficace pour l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens. De façon globale, on observe des changements significatifs sur le plan statistique dans les deux études, et ce, pour la majorité des mesures de résultats de chacune. Dans les deux études, les résultats ont été évalués à partir de la documentation dans les dossiers médicaux, sans égard à la personne ayant posé l'action préventive. Ils incluent donc des actions réalisées par la personne attitrée à la prévention et celles effectuées par d'autres professionnels, selon les mesures.

Il est à noter que pour l'étude comparant la stratégie du professionnel attitré à la prévention clinique à celle de la facilitation, le changement dans les pratiques (un résultat global pour 28 mesures visant la prévention du diabète et des maladies cardio-vasculaires de même que le dépistage de cancers) était significativement plus élevé à la suite de l'utilisation d'un professionnel attitré à la prévention clinique.

Éléments considérés comme pertinents par les auteurs des études¹⁰ en ce qui concerne l'efficacité de la stratégie

Les auteurs des études notent certains éléments explicatifs relativement à l'efficacité observée :

- Le soutien donné aux milieux cliniques en désignant et en formant un professionnel attitré à la prévention clinique peut leur permettre de réorganiser les rôles de l'équipe pour faciliter la prestation de la prévention clinique [81].
- La présence, au sein du milieu clinique, d'une personne attitrée qui intervient directement auprès de patients en matière de prévention (par opposition aux médecins et aux infirmières qui sont amenés à intégrer ce type de services au travers plusieurs autres tâches) permet de s'assurer que le patient bénéficie réellement d'interventions préventives [82].
- L'adaptation de l'intervention aux besoins des milieux, notamment en leur laissant le soin de déterminer le type de professionnel le plus approprié pour réaliser l'intervention dans leur contexte, permet d'accroître sa faisabilité [81, 82].

^{10.} Cette section fait le plus souvent état des éléments de discussion rapportés par les auteurs des articles recensés.

Constats généraux

- Aucune étude n'avait été relevée pour la période de publication de 2000 à 2006 quant à la stratégie du professionnel attitré à la prévention clinique.
- Actuellement, cette stratégie ressort comme étant généralement efficace pour l'intégration de la prévention clinique.
- Le fait de faciliter la mise en place d'un professionnel attitré à la prévention clinique (qui ne réalise pas pour autant toutes les actions préventives) est une façon d'aider les milieux à accorder une place plus importante à la prévention, et ainsi renforcer la prestation de ce type de services.
- La désignation d'une telle personne dans un milieu clinique permet de soulager d'autres professionnels de certaines tâches.
- L'expertise d'un professionnel attitré à la prévention clinique pourrait être mise à profit dans plusieurs milieux.

Interventions à multiples facettes

Une intervention à multiples facettes, c'est :

- utiliser deux stratégies ou plus, de façon concomitante ou successive;
- idéalement viser plusieurs déterminants de la pratique (l'organisation, le clinicien et le patient) [5].

Rappel des constats pour la période de publication de 2000 à 2006 [5]

- Trente-trois études portant sur des thématiques variées étaient incluses pour cette stratégie.
- Cette stratégie était considérée comme étant généralement efficace pour l'intégration de la prévention clinique. De façon globale, on observait des changements significatifs sur le plan statistique dans plus de la moitié des études, et ce, pour la majorité des mesures de résultats dans chacune d'elles.
- Certaines conditions d'efficacité étaient soulevées. Notamment, il apparaissait que cette stratégie était plus efficace quand :
 - elle visait différentes barrières à la prestation de services préventifs;
 - elle changeait la prédisposition des cliniciens à entreprendre la tâche grâce à une stratégie éducative, mettait en place des facteurs environnementaux facilitants et misait sur le renforcement.

RÉSULTATS POUR LA PÉRIODE DE PUBLICATION DE 2007 À 2014

Quelques notes méthodologiques

- La recherche bibliographique a permis de relever 30 études [83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112] répondant aux critères d'inclusion préalablement définis et concernant les interventions à multiples facettes. Parmi ces études, 21 ont été réalisées aux États-Unis, 4 au Royaume-Uni, 2 au Canada (Ontario), une en Australie, une en Nouvelle-Zélande et une aux Pays-Bas. Il s'agit de 15 essais cliniques randomisés, 13 études avant-après et 2 études avec groupe témoin.
- Les thématiques couvertes par ces études sont variées, mais touchent principalement l'évaluation et le counseling au regard des habitudes de vie, le dépistage de cancers, le dépistage des ITSS, la vaccination et le dépistage de l'ostéoporose. La plupart des études visent la pratique de médecins, mais 8 s'intéressent aussi aux infirmières, et une porte sur des dentistes et des hygiénistes dentaires.

Nature des interventions évaluées

Les études retenues et analysées se penchent sur des interventions ayant combiné le plus souvent (dans 12 études) 2 stratégies. Huit études examinent l'utilisation de quatre stratégies différentes. Le tableau 1, à la page suivante, présente le nombre d'articles recensés selon le nombre de stratégies combinées pour les besoins de l'étude¹¹.

^{11.} Une seule stratégie est comptabilisée lorsque plus d'une intervention visant le patient est utilisée.

TABLEAU 1 : ARTICLES RECENSÉS EN FONCTION DU NOMBRE DE STRATÉGIES COMBINÉES DANS LES INTERVENTIONS À MULTIPLES FACETTES

	Nombre de stratégies par combinaison					
	2	3	4	5	6	7
Références	[89, 90, 92, 93, 94, 98, 99, 102, 104, 105, 110, 112]	[86, 96, 100, 107]	[83, 84, 85, 87, 88, 95, 103, 109]	[91, 108]	[97, 101, 106]	[111]
Nombre d'études	12	4	8	2	3	1

Les stratégies les plus utilisées sont : les systèmes de rappel visant les cliniciens, les interventions visant le patient, la formation professionnelle, ainsi que l'audit et le *feedback*. Le tableau 2 présente la fréquence de chaque stratégie dans les combinaisons¹².

TABLEAU 2 : FRÉQUENCE D'UTILISATION DE DIFFÉRENTES STRATÉGIES DANS LES INTERVENTIONS À MULTIPLES FACETTES

Stratégies utilisées dans les interventions	Fréquence
Systèmes de rappel visant les cliniciens	19
Interventions visant le patient (le plus souvent, des systèmes de rappel) ¹³	15
Formation professionnelle	13
Audit et feedback	13
Distribution de matériel éducatif destiné aux cliniciens	8
Soutien externe (le plus souvent par l'équipe de chercheurs, par exemple lors d'appels téléphoniques)	7
Incitatifs d'ordre financier	6
Approche du délégué médical	4
Nomination d'une personne-ressource ou d'un champion dans le milieu	3
Dossier médical électronique	2
Facilitation	1
Équipes locales d'amélioration de la qualité des soins	1
Autres changements organisationnels (ex. : un registre centralisé pour la vaccination, un système pour la référence, de l'équipement pour le dépistage)	11

Les stratégies le plus souvent utilisées conjointement dans une même intervention sont : une intervention visant le patient et un système de rappel visant les cliniciens (11 études); la formation professionnelle et l'audit et le *feedback* (9 études); la formation professionnelle et un système de rappel visant les cliniciens (6 études); un système de rappel visant les cliniciens et l'audit et le *feedback* (6 études).

^{12.} Il est possible que les auteurs des études ne nomment pas de façon exhaustive toutes les stratégies ayant été utilisées (ex. : la distribution de matériel éducatif).

 $^{13. \ \} Une seule stratégie est comptabilisée lors que plus d'une intervention visant le patient est utilisée.$

Efficacité de la stratégie pour l'intégration de la prévention clinique

Sur la base des 30 études relevées, les interventions à multiples facettes apparaissent comme étant généralement efficaces pour l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens. De façon globale, on observe des changements significatifs sur le plan statistique dans plus de la moitié des études, et ce, pour la majorité des mesures de résultats de chacune d'entre elles. L'analyse de l'efficacité des interventions expérimentées ne permet toutefois pas de conclure qu'une combinaison de stratégies est plus efficace qu'une autre.

Éléments considérés comme pertinents par les auteurs des études¹⁴ en ce qui concerne l'efficacité de la stratégie

Les auteurs des études soulèvent des éléments à prendre en compte relativement à l'efficacité de la stratégie :

- Le fait de combiner plusieurs interventions plutôt que d'opter pour une intervention unique permettrait d'atteindre plus d'efficacité [87, 88, 89, 92, 98, 99, 102, 106].
 - Certaines stratégies, comme la distribution de guides de pratiques, les incitatifs d'ordre financier et la formation, particulièrement lorsque celle-ci est d'intensité limitée, n'ont pas avantage à être utilisées seules [83, 85, 88, 97, 105, 106, 107, 110, 112]. L'addition de plusieurs stratégies uniquement éducatives s'avérerait aussi moins efficace pour modifier la pratique préventive des cliniciens [110].
 - Une intervention à multiples facettes combinant des stratégies qui visent différents déterminants (l'organisation, le clinicien et le patient) et barrières au changement des pratiques est à privilégier [84, 88, 91, 106].
 - Il demeure difficile de déterminer quelles composantes des interventions à multiples facettes sont les plus efficaces [89, 91, 95, 111]. Cependant, selon plusieurs auteurs, l'inclusion d'un système de rappel visant les cliniciens pourrait être un élément-clé pour accroître l'efficacité de l'intervention [88, 90, 91, 96, 100, 102, 106, 108, 110].
 - Par ailleurs, quelques auteurs soulèvent le fait que les interventions à multiples facettes, selon leurs composantes, peuvent susciter un questionnement concernant leur coût et leur faisabilité [89, 92, 111]. Certains auteurs proposent donc d'adopter une approche par étapes, en commençant par des stratégies plus facilement réalisables ou qui ciblent des actes qui nécessitent un investissement professionnel minimal, puis en intégrant par la suite des stratégies plus exigeantes pour améliorer davantage les pratiques et faciliter leur maintien [92, 104, 109, 111].
- Plusieurs auteurs mentionnent qu'une certaine intensité d'intervention est nécessaire pour entraîner un changement dans les pratiques préventives [84, 92, 94, 100, 105, 108, 110, 112].
 L'intensité est définie par la récurrence des contacts avec les milieux de pratique ainsi que par le temps rapproché entre ces contacts [84].
- La motivation des milieux (ex.: une attitude positive relativement au processus de changement des pratiques) est nécessaire [96, 105, 106, 111]. L'adhésion des cliniciens peut être facilitée en engageant le milieu de pratique à toutes les étapes de l'intervention [94, 96, 106] ou en désignant dans ce milieu une personne qui aidera à établir un consensus sur les approches à mettre en place [88, 97, 101].

^{14.} Cette section fait le plus souvent état des éléments de discussion rapportés par les auteurs des articles recensés.

- Le soutien donné aux milieux, principalement par contacts directs [96, 101, 105, 106], la détermination des barrières potentielles à l'implantation des lignes directrices et l'adaptation de l'intervention de façon à les surmonter [83, 97, 108], de même que la réponse à un besoin manifesté par le milieu [88, 95] sont considérés par les auteurs comme étant favorables au changement.
- La création d'un environnement propice au changement des pratiques et à leur maintien fait également partie des facilitateurs relevés par les auteurs. Mentionnons entre autres l'inscription du processus d'implantation des lignes directrices dans les politiques et les procédures [86, 97, 107, 108, 109] ainsi que l'instauration de systèmes de communication interne bien définis [108], incluant des mécanismes de monitorage et de rétroaction pour s'assurer que les nouvelles procédures sont adoptées et implantées efficacement [96, 97, 108, 109, 110, 111].
- Les stratégies utilisées seraient plus efficaces lorsqu'elles soutiennent les cliniciens sans alourdir leur charge de travail [83, 88, 104]. Quelques auteurs suggèrent d'ailleurs de faciliter le transfert de certaines tâches à d'autres travailleurs de la clinique, tels qu'une infirmière ou des membres du personnel non clinicien lorsque c'est possible [91, 92, 104, 110, 111].
- Enfin, l'adoption d'une perspective à long terme, allant jusqu'à quelques années, serait requise pour que les nouveaux comportements soient réellement intégrés dans les pratiques [110, 111, 112].

Constats généraux

- Avec un nombre similaire d'articles relevés pour la période de publication de 2007 à 2014, les résultats actuels confirment ceux obtenus pour la période antérieure.
- Les interventions à multiples facettes ressortent comme étant généralement efficaces pour l'intégration de la prévention clinique.
- L'utilisation de différents types de stratégies augmente la probabilité que l'intervention soit efficace.
- La réussite de l'intervention n'est pas seulement le résultat de la combinaison de diverses stratégies. L'intensité de l'intervention, le soutien, la création d'un environnement propice au changement, la répartition des tâches entre les membres de la clinique et l'adoption d'une perspective à long terme font partie des éléments qui, selon les auteurs, favorisent l'efficacité des stratégies.



Cette section présente des éléments de discussion qui s'articulent autour de quatre grands pôles : les principales distinctions avec la revue de la littérature antérieure sur le plan du matériel recueilli; les constats relatifs à l'efficacité des stratégies; les conditions d'efficacité des interventions; les limites et les forces de la revue de la littérature.

Principales distinctions avec la revue de la littérature antérieure sur le plan du matériel recueilli

Plus d'études portant sur des stratégies qui visent l'environnement de pratique

Une première distinction entre la recension antérieure (2000-2006) et la présente mise à jour (2007-2014) tient au nombre d'articles relevés au sujet de certaines stratégies visant entre autres l'environnement de pratique. Cela est particulièrement marqué pour les stratégies du dossier médical électronique et des équipes locales d'amélioration de la qualité des soins, pour lesquelles on a relevé respectivement six et quatre fois plus d'articles. À l'inverse, pour d'autres stratégies misant uniquement sur la transmission de connaissances aux cliniciens (ex. : la formation professionnelle et l'approche du délégué médical), passablement moins d'études sont répertoriées pour les années plus récentes. Il est possible que les expérimentations réalisées dans les dernières années aient porté en plus grande proportion sur des stratégies moins étudiées antérieurement, ou encore reconnues comme étant plus efficaces, afin de mieux comprendre leurs conditions d'efficacité et de mise en œuvre. Ce constat vient appuyer le consensus qui ressort maintenant fortement de la littérature, selon lequel les connaissances sont nécessaires mais non suffisantes pour modifier les pratiques, et que le simple fait d'informer les cliniciens sur les changements à introduire est inefficace [113, 114, 115]. Cela traduit d'autant plus l'importance d'agir sur l'environnement de pratique [116, 117, 118].

Plus d'études combinant plusieurs composantes

On recense de moins en moins d'études portant sur des stratégies uniques. En effet, si l'on exclut les stratégies définies comme étant à multiples facettes et celles qui, par leur essence même, comprennent plusieurs stratégies sans être nommées comme telles (ex.: équipes locales d'amélioration de la qualité des soins, facilitation), les études publiées qui répondent aux critères d'inclusion dans la revue de la littérature et qui portent sur des stratégies uniques sont beaucoup moins nombreuses que pour la période précédente. En outre, certaines stratégies, telles que la formation professionnelle, la distribution de matériel éducatif destiné aux cliniciens et l'audit et le feedback, sont souvent utilisées comme composantes d'autres stratégies. La majorité des stratégies expérimentées et retenues dans la présente recension sont donc non seulement à facettes multiples, mais visent aussi généralement plus d'un déterminant de la pratique. Elles incluent des volets qui ciblent les cliniciens eux-mêmes (connaissances, habiletés, valeurs, croyances, etc.), mais également leur environnement de travail et leurs patients. De plus, les études de la présente recension en disent plus long sur les obstacles au changement et sur les façons d'ajuster les actions en conséquence. Il s'agit probablement d'un reflet d'un changement de paradigme qui s'opère depuis quelques années en ce qui a trait à l'intervention et à la recherche dans le domaine du changement des pratiques professionnelles.

De nouvelles avenues se dessinent

La présente mise à jour de la littérature permet de discerner une nouvelle stratégie, soit celle du professionnel attitré à la prévention clinique [81, 82]. Cette stratégie prometteuse présente un attrait du fait qu'elle permet d'outiller un professionnel du milieu clinique pour le rendre en

quelque sorte responsable de la prévention, ce qui permet à la fois de renforcer la prestation de ce type de services à l'intérieur du milieu clinique et de libérer d'autres professionnels du volet préventif. La désignation et la formation d'un tel intervenant peuvent entraîner une amélioration de l'utilisation des ressources en place qui contribuera à rendre cette stratégie encore plus efficace. Des expériences québécoises allant dans le sens de cette stratégie (ex. : une infirmière qui réalise un bilan de santé préventif) ont démontré des résultats encourageants [119].

Par ailleurs, la stratégie des interventions visant les patients a aussi fait l'objet d'une plus grande variété d'interventions pour la période de publication couverte par la présente recension que pour la période antérieure. L'intégration des nouvelles technologies de l'information aux interventions participe certainement à expliquer ce constat. En effet, quelques études traitent de l'utilisation des nouveaux médias, notamment du dossier de santé personnel interactif [69, 70, 75] qui permet entre autres au patient d'interagir avec d'autres utilisateurs ainsi que des professionnels de la santé, de mettre à jour l'information sur son état de santé et de planifier des rendez-vous médicaux en ligne. De la même façon, on recense dans la littérature un nombre croissant d'études qui évaluent l'utilisation des messages textes pour réaliser des activités préventives auprès des patients [120, 121, 122]. Comme ces études n'incluent pas de mesure directe ou indirecte du changement dans la pratique des cliniciens, elles n'ont pu être incluses dans les résultats de cette mise à jour. Néanmoins, ces nouvelles avenues représentent tout un champ de possibilités pour augmenter la capacité des cliniciens à réaliser des actes préventifs, de même que la motivation des patients à réclamer de tels services. À ce chapitre, les développements au cours des prochaines années seront à suivre.

Un rôle en prévention clinique élargi pour certains cliniciens

Les études retenues dans cette mise à jour de la littérature portent plus souvent sur des infirmières que dans la revue de la littérature antérieure. Deux études ciblent également la pratique de dentistes, dont une vise aussi la pratique d'hygiénistes dentaires. Cela peut s'expliquer par un élargissement des rôles en matière de prévention. Il est d'ailleurs probable qu'au cours des prochaines années, un nombre encore plus grand d'expérimentations porteront sur la pratique d'autres types de professionnels de la santé que le médecin. À cet effet, au Québec, des mesures législatives viennent appuyer cette tendance. Par exemple, entrée en vigueur en juin 2015, la Loi modifiant la Loi sur la pharmacie donne la possibilité aux pharmaciens de prescrire un médicament pour faciliter la cessation tabagique [123]. La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, quant à elle, autorise depuis 2002 les infirmières à réaliser des actes qui étaient auparavant réservés aux médecins, comme le dépistage des ITSS chez les patients asymptomatiques [124]. Il sera intéressant de surveiller l'impact de ces changements au fil des ans.

L'efficacité des stratégies pour modifier la pratique préventive des cliniciens

Il convient d'abord de préciser qu'aucune stratégie n'est efficace en toutes circonstances. De plus, les études auraient pu être analysées en les regroupant non seulement selon les stratégies observées, mais également selon le type de devis méthodologique utilisé. Cela aurait toutefois conduit, dans certains cas, à un nombre très restreint d'études par catégorie. Il a donc semblé préférable de grouper les informations sans égard à la diversité des devis méthodologiques, malgré les limites que cela suppose.

Stratégies généralement efficaces

Sur la base des études relevées dans la mise à jour de la revue de la littérature, la formation professionnelle, les systèmes de rappel visant les cliniciens – qu'ils soient intégrés aux dossiers médicaux électroniques ou présentés sur papier aux cliniciens – le dossier médical électronique, les équipes locales d'amélioration de la qualité des soins, la facilitation, le professionnel attitré à la prévention clinique de même que les interventions à multiples facettes apparaissent comme étant généralement efficaces pour l'intégration de la prévention clinique.

Ainsi, en général, les stratégies gagnantes dans la revue de la littérature antérieure le sont toujours. Pour l'ensemble de ces stratégies, les auteurs des articles recensés soulignent un facteur commun d'efficacité, soit un **environnement favorisant la prestation de services préventifs**. Un tel environnement peut être caractérisé entre autres par :

- un renforcement à la suite de la formation professionnelle;
- le caractère systématique d'un système de rappel visant les cliniciens et du dossier médical électronique;
- l'attention particulière accordée aux pratiques plutôt qu'uniquement aux individus dans les stratégies de facilitation et d'équipes locales d'amélioration de la qualité des soins;
- la réorganisation des rôles liés à la prévention dans un milieu clinique en désignant un professionnel attitré à la prévention clinique;
- la possibilité d'intervenir sur plusieurs déterminants de la pratique, dont l'organisation du travail, dans les interventions à multiples facettes.

En ce qui a trait plus précisément à la formation professionnelle, considérée dans la recension antérieure comme étant peu efficace lorsqu'utilisée seule, il convient de rappeler que cette fois-ci, elle n'est abordée que dans quelques études, qui présentent par ailleurs certaines particularités pouvant contribuer à expliquer cette disparité dans les résultats. Par exemple, une étude s'intéresse exclusivement à la pratique d'infirmières. Il est possible que celles-ci soient plus enclines que les médecins à faire de la prévention. Une autre étude vise à faire cesser un acte préventif qui n'est plus recommandé de façon systématique. Il est possible que le retrait d'une habitude soit plus facile à réaliser que l'introduction d'une action supplémentaire dans la pratique des cliniciens.

Stratégies d'efficacité variable

Selon les études recensées, la stratégie d'audit et de *feedback* serait d'efficacité variable pour l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens lorsqu'elle est utilisée seule. Quant aux interventions visant le patient, en raison de la diversité dans la nature des interventions expérimentées, il n'est pas possible de conclure de façon globale à leur efficacité pour l'intégration de la prévention clinique. Par exemple, les systèmes de rappel visant les patients apparaissent généralement efficaces alors que la seule étude évaluant l'utilisation d'un conseiller en santé formé, issu de la communauté, n'a pas démontré de changement significatif. Ainsi, il est souhaitable d'utiliser ces stratégies en combinaison avec d'autres stratégies. En effet, les auteurs insistent sur le fait qu'un ensemble d'interventions est à privilégier afin de surmonter le plus de barrières possible par rapport au changement des pratiques [66, 70, 76]. Pour ce qui est de la stratégie d'audit et de *feedback*, une autre façon

d'accroître son efficacité est de répéter l'intervention périodiquement [12, 14], et ce, sur un nombre limité de mesures [11, 13].

Stratégies généralement non efficaces lorsqu'utilisées seules

L'analyse de l'étude portant sur l'approche du délégué médical et de celles ayant expérimenté des incitatifs d'ordre financier révèle qu'elles sont généralement non efficaces pour l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens lorsqu'on les utilise seules. Par conséquent, ces stratégies devraient être combinées avec d'autres stratégies. La rétroaction sur la pratique et les systèmes de rappel ont notamment été ciblés par les auteurs comme pistes d'amélioration de l'efficacité des interventions expérimentées [10, 62, 63].

Lorsqu'on l'évalue globalement, l'efficacité des stratégies semble donc proportionnelle à leur complexité et à la complémentarité de leurs composantes. Cette conclusion est appuyée par certaines revues de la littérature, qui émettent le constat que bien qu'il demeure difficile de déterminer quels mécanismes sous-jacents aux interventions permettent d'opérer un changement dans les pratiques, les interventions à multiples facettes [125], adaptées à la pratique [125], qui mettent l'accent sur le travail d'équipe [125, 126] et qui incluent une évaluation continue des résultats [125] font partie des approches qui augmentent les chances d'atteindre les changements souhaités.

Par ailleurs, l'efficacité des stratégies peut aussi dépendre de l'investissement des ressources qui y sont consenties. L'information disponible quant aux ressources requises dans les différentes expérimentations recensées est toutefois trop parcellaire pour être analysée.

Les conditions d'efficacité des interventions

Parallèlement à l'efficacité des stratégies, il importe de prendre en considération les raisons qui font que les stratégies sont efficaces ou non et de miser sur ces conditions d'efficacité. L'analyse globale des résultats obtenus dans les articles recensés et l'interprétation de ces résultats par les auteurs des articles ont permis de cibler sept façons d'augmenter le potentiel d'efficacité des différentes stratégies :

- le soutien continu;
- la présence de renforcement;
- l'intensité de l'intervention;
- l'adaptation de l'intervention;
- la motivation du milieu;
- la création d'un environnement facilitant la prestation de services préventifs;
- la combinaison de plusieurs stratégies.

Le soutien continu

Le soutien continu est mentionné dans la littérature comme étant favorable au changement [33, 38, 81]. En effet, le soutien offert aux cliniciens pour faciliter l'introduction de changements dans leur pratique peut permettre d'accroître ou de maintenir leur motivation [46, 52, 54]. Il provient habituellement de l'extérieur des milieux et est surtout offert par contact direct, en personne ou par téléphone. Le plus souvent individualisé, le soutien continu

vise à répondre aux besoins des milieux, à faire un suivi quant aux changements à introduire, à renforcer les progrès réalisés et à aider les cliniciens à surmonter les difficultés rencontrées [96, 101, 105, 106].

La présence de renforcement

L'inclusion d'une forme de renforcement dans le processus de changement des pratiques est également un bon moyen de favoriser l'efficacité des stratégies [8, 9]. Cela peut être fait de diverses façons. Par exemple, le monitorage et la rétroaction continus quant aux améliorations constatées augmentent la motivation des milieux à intégrer un acte préventif à la routine, et éventuellement à l'y maintenir [10, 22, 23, 41, 42, 45, 46, 47, 49, 50, 52, 54, 59, 61]. Le renforcement peut également venir du caractère systématique et répétitif d'une mesure [36], par exemple un système de rappel automatique dans le dossier médical électronique. La présence d'un champion local dans le milieu peut aussi permettre de renforcer la pratique souhaitée auprès de ses collègues [9, 11, 22, 23, 41, 43].

L'intensité de l'intervention

Plusieurs auteurs mentionnent qu'une certaine intensité d'intervention est nécessaire pour entraîner un changement dans les pratiques préventives [10, 57, 61, 84, 92, 94, 100, 105, 108, 110, 112]. L'intensité d'une intervention est définie par la récurrence des contacts avec les milieux de pratique (ex. : rencontres, échanges téléphoniques ou électroniques) ainsi que par le temps rapproché entre ces contacts [84]. Il importe cependant de prendre en compte également le rythme et la vitesse que chaque milieu est en mesure de donner au processus de changement afin de lui laisser le temps nécessaire pour introduire le changement des pratiques attendu [29, 33, 38, 46].

L'adaptation de l'intervention

L'adaptation de l'intervention apparaît comme un élément-clé pour faciliter l'adoption du processus de changement par les milieux [40, 47, 55, 59, 61, 81, 82, 83, 97, 108]. L'intervention peut être adaptée au contexte de pratique, aux caractéristiques des milieux, à leur mode de fonctionnement, à leurs besoins ainsi qu'à ceux de leurs clientèles. L'engagement des équipes de travail dans la mise en œuvre du processus de changement est pour cela nécessaire [38, 55, 63]. Pour y arriver, on peut leur laisser le soin de partager les tâches à leur convenance, ou encore les inviter à nommer les barrières et les problèmes auxquels elles se heurtent dans leur expérimentation des nouvelles pratiques. La nature complexe du changement des pratiques demande de s'ajuster aux réalités de chacun des milieux. Pour cette raison, on peut aisément supposer que l'application d'une approche uniforme et absolue pour un ensemble de milieux différents aurait des résultats limités.

La motivation du milieu

La préexistence d'une dynamique de travail d'équipe, une attitude positive dans le milieu relativement au processus d'amélioration des pratiques de même que l'engagement du milieu de pratique dans la démarche sont des éléments de motivation qui, selon les auteurs, ont influencé positivement les résultats des interventions expérimentées [40, 41, 43, 55, 96, 105, 106, 111]. Par ailleurs, il existe différents moyens d'accroître la motivation des cliniciens pour introduire et maintenir des changements dans leur pratique. Les auteurs suggèrent entre autres de fournir une rétroaction sur la pratique usuelle et sur les changements réalisés,

d'analyser les difficultés rencontrées et de mettre en place des solutions appropriées, de désigner un champion dans le milieu, de donner du soutien et d'offrir aux praticiens la possibilité de s'engager à toutes les étapes de l'adoption d'un changement des pratiques (depuis le choix de la pratique à intégrer jusqu'à sa systématisation comme geste professionnel) [10, 41, 43, 46, 52, 54, 94, 96, 106].

La création d'un environnement facilitant la prestation de services préventifs

La littérature révèle que le fait de favoriser un environnement propice au changement et au maintien des pratiques facilite l'intégration de la prévention clinique [40, 41, 43, 48, 51, 55, 61]. L'intégration systématique d'outils d'aide à la pratique et l'inscription du changement des pratiques dans les procédures du milieu (ex.: modification des protocoles de pratique, mise en place de mécanismes de monitorage et de rétroaction pour s'assurer que les nouvelles procédures sont adoptées et implantées efficacement) sont des façons d'y arriver [55, 59, 61, 86, 96, 97, 107, 108, 109, 110, 111].

La définition de rôles clairs au chapitre de la prévention est également un facteur soulevé par les auteurs. Cela peut se traduire par la redistribution des rôles entre les membres de l'équipe de travail [27, 31, 41, 49, 51, 52, 91, 92, 104, 110, 111]. Les pratiques sont alors décortiquées, et les actes préventifs partagés entre différents types de professionnels (ex. : réceptionniste, infirmière, infirmière praticienne spécialisée, médecin, autres professionnels de la santé). Un investissement de temps au regard de la prévention clinique, partagé entre plusieurs individus de l'équipe du milieu clinique, permettrait selon la littérature de maximiser leur adhésion à la démarche [41, 51]. On peut également déléguer formellement des activités préventives à certains professionnels du milieu, en faisant en sorte qu'elles deviennent partie intégrante de leurs tâches [81, 82], ou encore favoriser la présence d'un champion local dans le milieu, telle une infirmière qui démontre un intérêt pour la prévention, qui rappellera l'importance de la pratique retenue et qui encouragera ses collègues à la mettre en application [11, 22, 23, 41, 43].

La combinaison de plusieurs stratégies

Les auteurs des études recensées, indépendamment des stratégies expérimentées, soulignent la pertinence d'utiliser plusieurs mesures, simultanément ou en séquence, et de ce fait privilégient les interventions dites à multiples facettes [25, 26, 30, 31, 32, 66, 70, 76, 87, 88, 89, 92, 98, 99, 102, 106]. Ce type d'intervention permet d'agir sur différentes barrières au changement, par exemple en améliorant à la fois les connaissances et les processus de travail. D'ailleurs, si l'intégration d'une stratégie unique dans une intervention à multiples facettes est souvent une façon d'en accroître l'efficacité [10, 11, 12, 14, 62, 63], la nature multifacette d'autres stratégies, telles que la facilitation et les équipes locales d'amélioration de la qualité des soins, explique selon les auteurs leur plus grande efficacité [40, 41, 43, 48, 51, 55, 60]. Lorsqu'appliquées individuellement, certaines stratégies peuvent amener des améliorations de la pratique, mais l'effet synergique lorsqu'elles sont combinées semble non négligeable dans l'atteinte d'un changement substantiel des pratiques [29].

Ces constats confirment et complètent les six conditions d'efficacité présentées sous l'acronyme MAFICO dans la publication antérieure et qui devaient guider les interventions réalisées auprès des cliniciens : la Motivation des milieux, l'Accompagnement des milieux, la Flexibilité de l'intervention, l'Intensité de l'intervention, la Continuité de l'intervention et l'inclusion de changement Organisationnel dans l'intervention [5]. À cela s'ajoutent l'utilisation du renforcement comme

partie prenante du processus de changement des pratiques, tant pour stimuler le changement que pour le soutenir, de même que le fait de combiner plusieurs stratégies. La littérature récente présente ces facteurs d'efficacité comme des incontournables à intégrer aux interventions. L'ensemble de ces conclusions est appuyé par d'autres revues de la littérature ou documents complémentaires [117, 127, 128, 129, 130, 131].

Différentes démarches canadiennes viennent renforcer ce bilan. C'est le cas d'une étude réalisée auprès de facilitateurs en Ontario, qui a permis de cerner quatre grandes stratégies utilisées par ces personnes pour contrer les barrières rencontrées dans leur démarche auprès des cliniques médicales et aider ces dernières à adopter des changements : adapter leur approche à l'unicité des milieux, s'intégrer aux milieux, intervenir de façon continue auprès des milieux et demeurer flexibles [132]. Plus près de nous, au Québec, d'autres expérimentations visant l'adoption de la prévention clinique ont constaté que la motivation initiale des cliniciens à mettre en place des changements, la collaboration interprofessionnelle dans les milieux, le soutien externe, l'adaptation de l'intervention aux besoins des équipes ainsi que l'intensité des actions jouent un rôle important dans l'optimisation des résultats de la démarche [133, 134, 135].

Ainsi, il ressort de la littérature scientifique et de différentes démarches visant l'intégration de la prévention clinique qu'un ensemble de facteurs permet d'accroître le potentiel d'efficacité des interventions réalisées auprès des cliniciens. La prise en compte et la mise en œuvre de ces facteurs peuvent dès lors favoriser l'atteinte des objectifs escomptés.

Les limites et les forces de la revue de la littérature

Limites de la recherche bibliographique

D'abord, quelques paramètres de la recherche bibliographique peuvent limiter le caractère exhaustif de cette mise à jour de la littérature. La recherche d'articles dans une banque de données unique et l'exclusion des articles rédigés dans une langue autre que le français ou l'anglais sont susceptibles d'avoir entraîné un biais de sélection. De plus, bien que plusieurs mots-clés aient été ajoutés pour cette mise à jour, il est possible que les termes de recherche utilisés n'aient pas permis de relever toutes les études pertinentes. De la même façon, restreindre la recherche aux thématiques couvertes par les activités du PNSP a fait en sorte d'exclure des thèmes en émergence d'un intérêt certain, tel que le dépistage du cancer colorectal. Par ailleurs, la recherche bibliographique, réalisée par un seul membre de l'équipe, n'a pas fait l'objet d'une vérification de fiabilité interobservateur; des biais peuvent ainsi avoir été introduits lors de cette étape initiale.

Limites méthodologiques des études

Certaines limites méthodologiques des études retenues dans le contexte de la présente revue de la littérature sont aussi à considérer. D'abord, bien que plusieurs essais cliniques randomisés fassent partie de la sélection, la majorité des expérimentations présentent un devis de recherche avantaprès sans groupe témoin. De plus, la taille des échantillons limite quelque peu le potentiel de généralisation des résultats au-delà des études, tout comme la participation volontaire des cliniques. En effet, les milieux de pratique qui choisissent de ne pas prendre part à une étude peuvent différer des milieux participants, ces derniers risquant d'être plus motivés à introduire des changements dans leurs pratiques. La présence de biais de sélection à même les études est donc possible.

Une autre limite méthodologique à souligner réside dans le principal moyen utilisé par les auteurs des études pour mesurer les résultats, soit les dossiers médicaux. Or les données des dossiers médicaux ne rendent pas nécessairement compte de la pratique réelle des cliniciens; elles peuvent mener à une surestimation ou à une sous-estimation, entraînant par le fait même un biais d'information. Par exemple, il se peut qu'un clinicien ait rendu un service préventif sans le documenter dans le dossier. Notons aussi que les auteurs ne savent pas dans quelle mesure les changements observés dans la pratique des cliniciens se traduisent par des effets réels sur les comportements des patients ou sur leur santé.

De même, bien que la majorité des études aient expérimenté une intervention sur une période d'un an ou plus, lorsque des changements sont observés dans la pratique des cliniciens, les auteurs ne discutent que très rarement de leur maintien à long terme. Ainsi, il demeure difficile d'établir la portée des interventions au-delà des périodes à l'étude. Cette revue de la littérature est de plus tributaire de la qualité des études primaires, notamment au regard de la qualité de l'information qui y est présentée. En outre, l'intervention expérimentée est souvent présentée comme un ensemble, ce qui ne permet pas d'évaluer l'effet individuel des composantes. Il est alors difficile de déterminer quel volet de l'intervention a eu le plus d'impact sur la pratique. Le choix de ne conserver que les devis offrant la meilleure qualité de preuve d'efficacité aurait cependant privé le lecteur de la majorité des études présentées, qui apportent pourtant un éclairage intéressant.

Limites liées à la synthèse des études

Certains facteurs méritent une attention particulière lorsque l'on compare entre elles les études incluses dans la présente revue de la littérature. La comparaison des résultats de cette mise à jour avec ceux de la publication précédente doit également être réalisée avec prudence. D'abord, les études sélectionnées sont hétérogènes, tant par la force de leurs devis de recherche que par la diversité des interventions expérimentées, des systèmes de soins dans lesquels elles prennent place, des contextes cliniques retenus, des thématiques abordées, des durées d'intervention et des moments d'observation. Cette revue de la littérature rapporte les résultats des études sans pondération pour la force des devis utilisés. Il s'avère donc difficile de synthétiser les données provenant de divers devis de recherche, d'autant plus que pour certaines stratégies, seul un petit nombre d'études a été relevé. L'interprétation des résultats doit par conséquent être réalisée avec prudence, principalement en ce qui a trait à la qualification de l'efficacité des stratégies.

Forces de la mise à jour de la revue de la littérature

Malgré ces limites, la présente étude possède plusieurs forces. D'abord, elle permet de résumer la littérature, abondante dans le domaine de l'intégration de la prévention clinique, en une vue d'ensemble qui fournit l'information utile aux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux préoccupés par ce sujet. Elle offre en ce sens certaines recommandations qui peuvent guider les actions réalisées auprès des cliniciens en fonction des données récentes. De plus, cette revue de la littérature, qui repose sur un grand nombre d'articles analysés, traite exclusivement de l'intégration de la prévention clinique, alors que bon nombre de revues systématiques publiées portent à la fois sur les pratiques diagnostiques, curatives et préventives, ces dernières ayant souvent une place limitée.

Par ailleurs, sur le plan méthodologique, plus de critères d'inclusion liés à la qualité des études ont été pris en compte comparativement à la publication de 2007. Par exemple, la synthèse n'inclut pas les études dont les résultats étaient basés uniquement sur des mesures autorapportées ou pour

lesquelles les données concernant la signification statistique des résultats n'étaient pas disponibles. Selon le même principe, afin d'augmenter le potentiel de généralisation des résultats, les études visant, par exemple, uniquement des résidents en médecine ou l'adaptation culturelle d'un outil pour une minorité ethnique ont été exclues.

Enfin, l'utilisation systématique de la fiche de lecture a assuré une lecture objective de chaque article et une constance dans leur analyse. La catégorisation des études selon les définitions des stratégies de la précédente publication a également été effectuée de façon rigoureuse. Si cette façon de faire a pu mener au classement d'une étude sous une autre stratégie que celle nommée par ses auteurs, elle a surtout permis de standardiser le classement des études et d'augmenter leur comparabilité.

CONCLUSION

Ce document présente une mise à jour de la publication Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature. L'abondance de la littérature scientifique sur les pratiques cliniques préventives, notamment dans le domaine de la recherche évaluative, de même que le défi que représente toujours l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens justifiaient cet exercice.

Plus de 300 études parues entre 2007 et 2014 ont été analysées de façon approfondie, et plus d'une centaine d'entre elles ont été retenues. Malgré l'hétérogénéité du matériel recueilli, notamment de nombreuses stratégies expérimentées pour une grande diversité de thématiques et une variété de méthodologies utilisées, il est possible de faire émerger des constats qui confirment en grande partie les résultats de la première revue de la littérature. Les meilleurs résultats dans la perspective de soutenir l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques sont obtenus par l'utilisation, simultanément ou en séquence, de plusieurs stratégies. Il s'agit des interventions dites à multiples facettes par les auteurs ou d'autres interventions qui sont désignées autrement mais qui, dans les faits, comprennent plusieurs composantes. Idéalement, pour être les plus efficaces possible, les stratégies choisies devraient viser trois différentes cibles : le clinicien, l'environnement de travail et le patient. La présente revue de la littérature reconduit le constat que l'impact de stratégies uniques ne visant que les cliniciens demeure limité. Considérant les efforts nécessaires pour obtenir un impact de taille, il importe de faire les choix les plus judicieux.

Une meilleure connaissance de l'efficacité des stratégies et une compréhension des conditions pour en optimiser la portée demeurent la clé pour mieux intégrer la prévention dans les pratiques cliniques. Malgré le développement de multiples approches de promotion de la santé, de prévention et de protection, telles que les politiques publiques, la création d'environnements favorables et l'habilitation des personnes, il demeure que pour certains défis de santé publique, la contribution du système de soins et des cliniciens constitue une avenue indispensable.



Annexe A – Mots-clés utilisés lors de la recherche bibliographique

Les différentes stratégies d'intervention

reminder, reminder system, reimbursement incentive, financial intervention, organizational change, continuing education, continuing medical education, elearning, patient mediated intervention, multifaceted intervention, academic detailing, educational outreach, practice facilitation, facilitation, practice facilitator, health facilitator, nurse facilitator, feedback, audit, computerized medical record system, electronic health record, opinion leader, mass media, consensus development conference, tools, quality improvement, legal regulation, educational material, personal health record, panel management, learning collaborative, prevention practitioner, computer tailoring

Les activités préventives

counseling, counselling, screening, early detection of cancer, vaccination, immunization, prevention, prevent, preventible, preventing, preventive, preventive health services, preventive medicine, primary prevention, health promotion, health education

Les cliniciens ou les milieux cliniques

physicians, nurses, dentists, pharmacists, physician's practice patterns, primary health care, primary nursing care, family practice, general practitioners, provider, primary care physicians, clinicians, health professionals

Le sens de l'impact recherché

improve, improvement, improving, increase, increasing, promote, promoting, promotion, enhance, enhancement, enhancing, effective, effectively, effectiveness, deliver, delivering, delivery

Annexe B – Format de la fiche de lecture

Stratégie :	
Référence :	Lieu d'expérimentation :
Définition :	
Description opérationnelle :	
Thème(s):	
Devis:	
• Type:	
Présence de groupe témoin :	
Présence de randomisation :	
Durée de l'intervention :	
Moments de l'observation :	
Mesure:	
• Type:	
Moyen d'évaluation :	
Population :	
Nombre de milieux et type :	
Nombre de cliniciens et type :	
Nombre de patients et âge :	
Description brève de l'intervention :	

Principaux résultats :
Ressources requises :
Avantages de l'intervention :
Availages de l'intervention .
Conditions d'efficacité :
Limites de l'étude selon les auteurs :
Commentaires généraux :
commentances generally.

Annexe C – Études exclues

Raisons de l'exclusion	Référence des études
Ces études présentent un devis de recherche ne répondant pas aux critères d'inclusion (ex. : n'utilisent pas d'élément de comparaison; utilisent uniquement des données autorapportées).	[113, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178]
Il s'agit de revues de la littérature dans lesquelles moins d'une étude sur cinq a été publiée depuis 2007.	[115, 118, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215]
Ces études ne mesurent pas l'efficacité des interventions.	[132, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247]
Ces études présentent des données de qualité discutable ou insuffisantes pour interpréter les résultats.	[248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269]
Ces études ne visent pas le changement des pratiques de cliniciens ou de cliniciens de première ligne.	[270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284]
Ces études portent sur l'adaptation culturelle d'un outil pour une minorité ethnique ou ont été réalisées dans un pays à faible revenu.	[285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295]
Ces études visent uniquement la pratique de résidents en médecine.	[296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304]
Ces études portent sur des interventions visant des personnes atteintes et qui sont liées au problème de santé diagnostiqué.	[305, 306, 307, 308, 309, 310, 311]
Ces études utilisent les données originales d'une publication déjà retenue.	[312, 313, 314, 315, 316]
Il s'agit de revues de la littérature dans lesquelles une minorité d'études portent sur la prévention, et qui ne présentent pas de conclusion particulière en ce qui concerne les résultats quant à la prévention.	[317, 318, 319, 320, 321]
Ces articles portent sur d'autres sujets que celui faisant l'objet de la recension (ex. : incitatifs financiers visant les patients, non applicables au contexte québécois) ou ne sont pas publiés dans une revue scientifique.	[322, 323, 324, 325, 326]
Il s'agit de revues de la littérature portant sur un thème précis (ex. : vaccination, dépistage de cancers) mais couvrant une multitude d'interventions dont on ne peut isoler les résultats aux fins de comparaison.	[125, 126, 327]

RÉFÉRENCES

- 1. GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa, Santé Canada, 1994, 1 136 p.
- 2. UNITED STATES PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. *The Guide to Clinical Preventive Services*, [En ligne], Rockville [MD], Agency for Healthcare Research and Quality, 2014. [http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/index.html] (Consulté le 6 novembre 2015).
- 3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Pour guider l'action Portrait de santé du Québec et de ses régions : les statistiques, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, 153 p.
- 4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Programme national de santé publique 2003-2012 Mise à jour 2008*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 103 p.
- 5. PROVOST, M.-H., et autres. Description, impact 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, 168 p. (coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives).
- 6. HARDY, S., P. HINKS et R. GRAY. "Does training practice nurses to carry out physical health checks for people with severe mental illness increase the level of screening for cardiovascular risk?", *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 60, n° 3, 2014, p. 236-242.
- 7. LOZMAN, R.L., A. BELCHER et E. SLOAND. "Does a 30-min quality improvement clinical practice meeting reviewing the recommended Papanicolaou test guidelines for adolescents improve provider adherence to guidelines in a pediatric primary care office?", *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, vol. 25, n° 11, 2013, p. 584-587.
- 8. O'BRIEN, A., L. LEONARD et D. DEERING. "Could an advance practice nurse improve detection of alcohol misuse in the emergency department?", *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 21, n° 4, 2012, p. 340-348.
- 9. PILLAY, T.D., et autres. "Republished: Unlocking the potential: Longitudinal audit finds multifaceted education for general practice increases HIV testing and diagnosis", *Postgraduate Medical Journal*, vol. 90, n° 1060, 2014, p. 86-91.
- 10. BOOM, J.A., et autres. "Utilizing peer academic detailing to improve childhood immunization coverage levels", *Health Promotion Practice*, vol. 11, n° 3, 2010, p. 377-386.
- 11. BENTZ, C.J., et autres. "Provider feedback to improve 5A's tobacco cessation in primary care: A cluster randomized clinical trial", *Nicotine and Tobacco Research*, vol. 9, n° 3, 2007, p. 341-349.
- 12. BROUSSEAU, N., et autres. "Feasibility and impact of providing feedback to vaccinating medical clinics: Evaluating a public health intervention", *BMC Public Health*, vol. 3, n° 10, 2010, p. 750. doi: 10.1186/1471-2458-10-750.
- 13. LAMB, G.C., et autres. "Publicly reported quality-of-care measures influenced Wisconsin physician groups to improve performance", *Health Affairs*, vol. 32, n° 3, 2013, p. 536-543.

- 14. WATTS, L.A., et autres. "In a California program, quality and utilization reports on reproductive health services spurred providers to change", *Health Affairs*, vol. 31, n° 4, 2012, p. 852-862.
- 15. PRICE-HAYWOOD, E.G., J. HARDEN-BARRIOS et L.A. COOPER. "Comparative effectiveness of audit-feedback versus additional physician communication training to improve cancer screening for patients with limited health literacy", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 29, n° 8, 2014, p. 1113-1121.
- 16. HSU, L., et autres. "Electronic messages increase hepatitis B screening in at-risk Asian American patients: A randomized, controlled trial", *Digestive Diseases and Sciences*, vol. 58, n° 3, 2013, p. 807-814.
- 17. KLATT, T.E., et E. HOPP. "Effect of a best-practice alert on the rate of influenza vaccination of pregnant women", *Obstetrics and Gynecology*, vol. 119, n° 2, partie 1, 2012, p. 301-305.
- 18. LEDWICH, L.J., et autres. "Improved influenza and pneumococcal vaccination in rheumatology patients taking immunosuppressants using an electronic health record best practice alert", *Arthritis and Rheumatism*, vol. 61, n° 11, 2009, p. 1505-1510.
- 19. LEVINE, L.D., et autres. "Enhanced physician prompts in prenatal electronic medical records impact documentation on smoking cessation", *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 3, n° 10, 2013, p. 717-721.
- 20. LINDHOLM, C., et autres. "A demonstration project for using the electronic health record to identify and treat tobacco users", *Wisconsin Medical Journal*, vol. 109, n° 6, 2010, p. 335-340.
- 21. MCCULLOUGH, A., et autres. "Smoking as a vital sign: Prompts to ask and assess increase cessation counseling", *Journal of the American Board of Family Practice*, vol. 22, n° 6, 2009, p. 625-632.
- 22. WALKER, J., et autres. "Computer reminders for chlamydia screening in general practice: A randomized controlled trial", *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 37, n° 7, 2010, p. 445-450.
- 23. WILLIAMS, E.C., et autres. "Evaluation of an electronic clinical reminder to facilitate brief alcohol-counseling interventions in primary care", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 71, n° 5, 2010, p. 720-725.
- 24. WILLIAMS, E.C., et autres. "Use of an electronic clinical reminder for brief alcohol counseling is associated with resolution of unhealthy alcohol use at follow-up screening", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 25, supplément 1, 2010, p. 11-17.
- 25. BAKER, D.W, et autres. "The marginal value of pre-visit paper reminders when added to a multifaceted electronic health record based quality improvement system", *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 18, n° 6, 2011, p. 805-811.
- 26. SHERMAN, M.J., C.A. RAKER et M.G. PHIPPS. "Improving influenza vaccination rates in pregnant women", *The Journal of Reproductive Medicine*, vol. 57, n° 9-10, 2012, p. 371-376.
- 27. ATLAS, S.J., et autres. "A cluster-randomized trial of a primary care informatics-based system for breast cancer screening", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 26, n° 2, 2011, p. 154-161.
- 28. GREIVER, M., et autres. "Implementation of electronic medical records: Effect on the provision of preventive services in a pay-for-performance environment", *Canadian Family Physician*, vol. 57, n° 10, 2011, p. e381-e389.

- 29. PERSELL, S.D., et autres. "Changes in performance after implementation of a multifaceted electronic-health-record-based quality improvement system", *Medical Care*, vol. 49, n° 2, 2011, p. 117-125.
- 30. SHAIKH, U., et autres. "Presentation of body mass index within an electronic health record to improve weight assessment and counselling in children and adolescents", *Informatics in Primary Care*, vol. 18, n° 4, 2010, p. 235-244.
- 31. SHARIFI, M., et autres. "Enhancing the electronic health record to increase counseling and quit-line referral for parents who smoke", *Academic Pediatrics*, vol. 14, n° 5, 2014, p. 478-484.
- 32. TANG, J.W., et autres. "Electronic tools to assist with identification and counseling for overweight patients: A randomized controlled trial", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 27, n° 8, 2012, p. 933-939.
- 33. WANG, J.J., et autres. "Sustained improvement in clinical preventive service delivery among independent primary care practices after implementing electronic health record systems", *Preventing Chronic Disease*, vol. 10, 2013, p. E130. doi: 10.5888/pcd1012034.
- 34. WHITE, P., et K. KENTON. "Use of electronic medical record-based tools to improve compliance with cervical cancer screening guidelines: Effect of an educational intervention on physicians' practice patterns", *Journal of Lower Genital Tract Disease*, vol. 17, n° 2, 2013, p. 175-181.
- 35. ATLAS, S.J., et autres. "Non-visit-based cancer screening using a novel population management system", *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 27, n° 4, 2014, p. 474-485.
- 36. BOYLE, R., L. SOLBERG et M. FIORE. "Use of electronic health records to support smoking cessation", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 12, 2014, p. CD008743.
- 37. BRIGHT, T.J., et autres. "Effect of clinical decision-support systems: A systematic review", *Annals of Internal Medicine*, vol. 157, n° 1, 2012, p. 29-43.
- 38. LAU, F., et autres. "Impact of electronic medical record on physician practice in office settings: A systematic review", *BMC Medical Informatics and Decision Making*, vol. 12, 2012, p. 10. doi: 10.1472-6947-12-10.
- 39. SOUZA, N.M., et autres. "Computerized clinical decision support systems for primary preventive care: A decision-maker-researcher partnership systematic review of effects on process of care and patient outcomes", *Implementation Science*, vol. 6, 2011, p. 87. doi: 10.1186/1478-5908-6-87.
- 40. ARIZA, A.J., et autres. "Promoting growth interpretation and lifestyle counseling in primary care", *The Journal of Pediatrics*, vol. 154, n° 4, 2009, p. 596-601 e1.
- 41. GANNON, M. et autres. "Improving adult immunization practices using a team approach in the primary care setting", *American Journal of Public Health*, vol. 102, n° 7, 2012, p. e46-e52.
- 42. KEIGHTLEY, A.J., et autres. "A pilot improvement project in hospital-based oral healthcare: Improving caries risk assessment documentation", *British Dental Journal*, vol. 212, n° 2, 2012, p. 84-85.
- 43. KETTINGER, L.D. "A practice improvement intervention increases chlamydia screening among young women at a women's health practice", *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 42, n° 1, 2013, p. 81-90.

- 44. LANDIS, S.E., et S.L. GALVIN. "Implementation and assessment of a fall screening program in primary care practices", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 62, n° 12, 2014, p. 2408-2414.
- 45. MERCIER, C.E., et autres. "Improving newborn preventive services at the birth hospitalization: A collaborative, hospital-based quality-improvement project", *Pediatrics*, vol. 120, n° 3, 2007, p. 481-488.
- 46. ORNSTEIN, S., et autres. "Improving the translation of research into primary care practice: Results of a national quality improvement demonstration project", *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, vol. 34, n° 7, 2008, p. 379-390.
- 47. PRAIRIE, B.A., et T. FOSTER. "Improving prenatal HIV screening with tailored educational interventions: An approach to guideline implementation", *Quality and Safety in Health Care*, vol. 19, n° 6, 2010, p. e52. doi: 101136/qshc.2008.031922.
- 48. SHAIKH, U., et autres. "Collaborative practice improvement for childhood obesity in rural clinics: The healthy eating active living telehealth community of practice (HEALTH COP)", American Journal of Medical Quality, vol. 29, n° 6, 2014, p. 467-475.
- 49. SNOW, V., et autres. "Closing the gap-cardiovascular risk and primary prevention: Results from the American College of Physicians quality improvement program", *American Journal of Medical Quality*, vol. 25, n° 4, 2010, p. 261-267.
- 50. YOUNG, P.C., et autres. "Improving the prevention, early recognition, and treatment of pediatric obesity by primary care physicians", *Clinical Pediatrics*, vol. 49, n° 10, 2010, p. 964-969.
- 51. ZISBLATT, L., et autres. "The long-term impact of a performance improvement continuing medical education intervention on osteoporosis screening", *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 33, n° 4, 2013, p. 206-214.
- 52. NEMETH, L.S., et autres. "Implementing and evaluating electronic standing orders in primary care practice: A PPRNet study", *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 25, n° 5, 2012, p. 594-604.
- 53. STARKEY, M., D. WIEST et A. QASEEM. "Improving depression care through an online learning collaborative", *American Journal of Medical Quality*, 2014, p. 1-7. doi:10.1177/1062860614555883.
- 54. PERKINS, R.B., et autres. "Effectiveness of a provider-focused intervention to improve HPV vaccination rates in boys and girls", *Vaccine*, [Fichier ePub], 2014, p. 1-7. doi: 10.1016/j.vaccine.2014.11.2014.
- 55. ASPY, C.B., et autres. "Improving mammography screening using best practices and practice enhancement assistants: An Oklahoma Physicians Resource/Research Network (OKPRN) study", *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 21, n° 4, 2008, p. 326-333.
- 56. ASPY, C.B., et autres. "Integrating screening and interventions for unhealthy behaviors into primary care practices", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 35, n° 5, supplément 5, 2008, p. S373-S380.
- 57. HOGG, W., et autres. "Improving prevention in primary care: Evaluating the effectiveness of outreach facilitation", *Family Practice*, vol. 25, n° 1, 2008, p. 40-48.
- 58. HOGG, W., et autres. "Improving prevention in primary care: Evaluating the sustainability of outreach facilitation", *Canadian Family Physician*, vol. 54, n° 5, 2008, p. 712-720.

- 59. HOLTROP, J.S., et autres. "Nurse consultation support to primary care practices to increase delivery of health behavior services", *Applied Nursing Research*, vol. 22, n° 4, 2009, p. 243-249.
- 60. MOLD, J.W., C.A. ASPY et Z. NAGYKALDI. "Implementation of evidence-based preventive services delivery processes in primary care: An Oklahoma Physicians Resource/Research Network (OKPRN) study", *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 21, n° 4, 2008, p. 334-344.
- 61. BASKERVILLE, N.B., C. LIDDY et W. HOGG. "Systematic review and meta-analysis of practice facilitation within primary care settings", *Annals of Family Medicine*, vol. 10, n° 1, 2012, p. 63-74.
- 62. BILARDI, J.E., et autres. "Incentive payments to general practitioners aimed at increasing opportunistic testing of young women for chlamydia: A pilot cluster randomised controlled trial", *BMC Public Health*, vol. 10, 2010, p. 70. doi:10.1186/1471-2458-10-70.
- 63. GREENE, J. "An examination of pay-for-performance in general practice in Australia", *Health Services Research*, vol. 48, n° 4, 2013, p. 1415-1432.
- 64. SCOTT, A., et autres. "The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 9, 2011, p. CD008451.
- 65. FLODGREN, G., et autres. "An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 7, 2011, p. CD009255.
- 66. BYRNES, P., et autres. "Cervical screening in general practice strategies for improving participation", *Australian Family Physician*, vol. 36, n° 3, 2007, p. 183-185.
- 67. DELA CRUZ, A., et autres. "A community-based randomized trial of postcard mailings to increase dental utilization among low-income children", *Journal of Dentistry for Children*, vol. 79, n° 3, 2012, p. 154-158.
- 68. DIETRICH, A.J., et autres. "Translation of an efficacious cancer-screening intervention to women enrolled in a Medicaid managed care organization", *Annals of Family Medicine*, vol. 5, n° 4, 2007, p. 320-327.
- 69. KRIST, A.H., et autres. "Interactive preventive health record to enhance delivery of recommended care: A randomized trial", *Annals of Family Medicine*, vol. 10, n° 4, 2012, p. 312-319.
- 70. LAU, A.Y., et autres. "Impact of a web-based personally controlled health management system on influenza vaccination and health services utilization rates: A randomized controlled trial", *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 19, n° 5, 2012, p. 719-727.
- 71. PASKETT, E.D., et autres. "Evaluating the efficacy of lay health advisors for increasing risk-appropriate Pap test screening: A randomized controlled trial among Ohio Appalachian women", Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention, vol. 20, n° 5, 2011, p. 835-843.
- 72. PERSELL, S.D., et autres. "Effects of standardized outreach for patients refusing preventive services: A quasiexperimental quality improvement study", *The American Journal of Managed Care*, vol. 17, n° 7, 2011, p. e249-e254.
- 73. VIRTANEN, A., et autres. "Self-sample HPV tests as an intervention for nonattendees of cervical cancer screening in Finland: A randomized trial", *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, vol. 20, n° 9, 2011, p. 1960-1969.

- 74. WINSTON, C.A., A.D. MIMS et K.A. LEATHERWOOD. "Increasing pneumococcal vaccination in managed care through telephone outreach", *The American Journal of Managed Care*, vol. 13, n° 10, 2007, p. 581-588.
- 75. WRIGHT, A., et autres. "Randomized controlled trial of health maintenance reminders provided directly to patients through an electronic PHR", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 27, n° 1, 2012, p. 85-92.
- 76. ALBROW, R., et autres. "Interventions to improve cervical cancer screening uptake amongst young women: A systematic review", *Acta Oncologica*, vol. 53, n° 4, 2014, p. 445-451.
- 77. CAMILLONI, L., et autres. "Methods to increase participation in organised screening programs: A systematic review", *BMC Public Health*, vol. 13, 2013, p. 464. doi: 10.1186/1471-2458-13-464.
- 78. ESCOFFERY, C., et autres. "A systematic review of special events to promote breast, cervical and colorectal cancer screening in the United States", *BMC Public Health*, vol. 14, 2014, p. 274. doi: 10.1186/1471-2458-14-274.
- 79. JONES COOPER, S.N., et B. WALTON-MOSS. "Using reminder/recall systems to improve influenza immunization rates in children with asthma", *Journal of Pediatric Health Care*, vol. 27, n° 5, 2013, p. 327-333.
- 80. ODONE, A., et autres. "Effectiveness of interventions that apply new media to improve vaccine uptake and vaccine coverage: A systematic review", *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, [Fichier ePub], 2014, p. 1-11. doi: 10.416/hv.34313.
- 81. BASS, F., B. NAISH et I. BUWEMBO. "Front-office staff can improve clinical tobacco intervention: Health coordinator pilot project", *Canadian Family Physician*, vol. 59, n° 11, 2013, p. e499-e506.
- 82. GRUNFELD, E., et autres. "Improving chronic disease prevention and screening in primary care: Results of the BETTER pragmatic cluster randomized controlled trial", *BMC Family Practice*, vol. 14, 2013, p. 175. doi: 10.1186/1471-2296-14-175.
- 83. BILARDI, J.E., et autres. "The experience of providing young people attending general practice with an online risk assessment tool to assess their own sexual health risk", *BMC Infectious Diseases*, vol. 9, 2009, p. 29. doi: 10.1186/1471-2334-9-29.
- 84. BONDS, D.E., et autres. "A multifaceted intervention to improve blood pressure control: The Guideline Adherence for Heart Health (GLAD) study", *American Heart Journal*, vol. 157, n° 2, 2009, p. 278-284.
- 85. CYGAN, H.R., et autres. "Six to success: Improving primary care management of pediatric overweight and obesity", *Journal of Pediatric Health Care*, vol. 28, n° 5, 2014, p. 429-437.
- 86. DUNLOP, A.L., et autres. "Improving providers' assessment and management of childhood overweight: Results of an intervention", *Ambulatory Pediatrics*, vol. 7, n° 6, 2007, p. 453-457.
- 87. FIKS, A.G., et autres. "Effectiveness of decision support for families, clinicians, or both on HPV vaccine receipt", *Pediatrics*, vol. 131, n° 6, 2013, p. 1114-1124.
- 88. FIKS, A.G., et autres. "Impact of clinical alerts within an electronic health record on routine childhood immunization in an urban pediatric population", *Pediatrics*, vol. 120, n° 4, 2007, p. 707-714.

- 89. FISCELLA, K., et autres. "A multimodal intervention to promote mammography and colorectal cancer screening in a safety-net practice", *Journal of the National Medical Association*, vol. 103, n° 8, 2011, p. 762-768.
- 90. FORTUNA, R.J., et autres. "Get screened: A randomized trial of the incremental benefits of reminders, recall, and outreach on cancer screening", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 29, n° 1, 2014, p. 90-97.
- 91. GRIFFITHS, C., et autres. "Educational outreach to promote screening for tuberculosis in primary care: A cluster randomised controlled trial", *Lancet*, vol. 369, n° 9572, 2007, p. 1528-1534.
- 92. HENDREN, S., et autres. "Randomized, controlled trial of a multimodal intervention to improve cancer screening rates in a safety-net primary care practice", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 29, n° 1, 2014, p. 41-49.
- 93. HUANG, J.S., et autres. "Quality improvement in childhood obesity management through the maintenance of certification process", *The Journal of Pediatrics*, vol. 163, n° 5, 2013, p. 1313-1316 e1.
- 94. HUMISTON, S.G., et autres. "Increasing inner-city adult influenza vaccination rates: A randomized controlled trial", *Public Health Reports*, vol. 126, supplément 2, 2011, p. 39-47.
- 95. KACZOROWSKI, J., et autres. "Effect of provider and patient reminders, deployment of nurse practitioners, and financial incentives on cervical and breast cancer screening rates", *Canadian Family Physician*, vol. 59, n° 6, 2013, p. e282-e289.
- 96. KALWIJ, S., et autres. "Using educational outreach and a financial incentive to increase general practices' contribution to chlamydia screening in South-East London 2003-2011", *BMC Public Health*, vol. 12, 2012, p. 802. doi: 10.1186/1471-2458-12-802.
- 97. KIMMEL, S., et autres. "Tobacco screening multicomponent quality improvement network program: Beyond education", *Academic Emergency Medicine*, vol. 16, n° 11, 2009, p. 1186-1192.
- 98. KRUSE, G.R., et autres. "Healthcare system effects of pay-for-performance for smoking status documentation", *The American Journal of Managed Care*, vol. 19, n° 7, 2013, p. 554-561.
- 99. LAFATA, J.E., et autres. "Improving osteoporosis screening: Results from a randomized cluster trial", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 22, n° 3, 2007, p. 346-351.
- 100. LAPHAM, G.T., et autres. "Increased documented brief alcohol interventions with a performance measure and electronic decision support", *Medical Care*, vol. 50, n° 2, 2012, p. 179-187.
- 101. LAWTON, B.A., et autres. "Increasing the uptake of opportunistic chlamydia screening: A pilot study in general practice", *Journal of Primary Health Care*, vol. 2, n° 3, 2010, p. 199-207.
- 102. LEVY, B.T., et autres. "Interventions to improving osteoporosis screening: An Iowa Research Network (IRENE) study", *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 22, n° 4, 2009, p. 360-367.
- 103. LITWIN, A.H., et autres. "Primary care-based interventions are associated with increases in hepatitis C virus testing for patients at risk", *Digestive and Liver Disease*, vol. 44, n° 6, 2012, p. 497-503.
- 104. LOO, T.S., et autres. "Electronic medical record reminders and panel management to improve primary care of elderly patients", *Archives of Internal Medicine*, vol. 171, n° 17, 2011, p. 1552-1558.

- 105. MADDOCKS, H., et autres. "Feedback and training tool to improve provision of preventive care by physicians using EMRs: A randomised control trial", *Informatics in Primary Care*, vol. 19, n° 3, 2011, p. 147-153.
- 106. MCNULTY, C.A., et autres. "Increasing chlamydia screening tests in general practice: A modified Zelen prospective Cluster Randomised Controlled Trial evaluating a complex intervention based on the Theory of Planned Behaviour", *Sexually Transmitted Infections*, vol. 90, n° 3, 2014, p. 188-194.
- 107. SCHUSTER, R.J., J. TASOSA et N.A. TERWOORD. "Translational research-implementation of NHLBI Obesity Guidelines in a primary care community setting: The Physician Obesity Awareness Project", *Journal of Nutrition, Health, and Aging*, vol. 12, n° 10, 2008, p. 764S-769S.
- 108. SHELLEY, D., et autres. "Implementing tobacco use treatment guidelines in public health dental clinics in New York City", *Journal of Dental Education*, vol. 75, n° 4, 2011, p. 527-533.
- 109. SOBOTA, A.E., et autres. "Improvement in influenza vaccination rates in a pediatric sickle cell disease clinic", *Pediatric Blood and Cancer*, [Fichier ePub], 2014, p. 1-4. doi: 10.1002/pbc.25390.
- 110. SOLOMON, D.H., et autres. "Osteoporosis improvement: A large-scale randomized controlled trial of patient and primary care physician education", *Journal of Bone and Mineral Research*, vol. 22, n° 11, 2007, p. 1808-1815.
- 111. VAN BEURDEN, I., et autres. "Involvement of general practitioners in managing alcohol problems: A randomized controlled trial of a tailored improvement programme", *Addiction*, vol. 107, n° 9, 2012, p. 1601-1611.
- 112. BUTLER, C.C., et autres. "Training practitioners to deliver opportunistic multiple behaviour change counselling in primary care: A cluster randomised trial", *British Medical Journal*, vol. 346, 2013, p. f1191. doi: 10.1136/bmj.f1191.
- 113. AYRES, C.G., et H.M. GRIFFITH. "Consensus guidelines: Improving the delivery of clinical preventive services", *Health Care Management Review*, vol. 33, n° 4, 2008, p. 300-307.
- 114. LEMIRE, N., D. SOUFFEZ et M.-C. LAURENDEAU. *Animer un processus de transfert des connaissances. Bilan des connaissances et outils d'animation*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2009, 59 p.
- 115. PRIOR, M., M. GUERIN et K. GRIMMER-SOMERS. "The effectiveness of clinical guideline implementation strategies-a synthesis of systematic review findings", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 14, n° 5, 2008, p. 888-897.
- 116. COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE. « Favoriser l'intégration des pratiques cliniques préventives », *Info-performance*, bulletin n° 4, 2012, 2 p.
- 117. TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR. Guider la facilitation dans le contexte canadien : renforcer les soins de santé primaires. Une initiative multi-juridictionnelle. Saint-Jean de Terre-Neuve, ministère de la Santé et des Services communautaires, 2006, 109 p.
- 118. ARROYAVE, A.M., E.K. PENARANDA et C.L. LEWIS. "Organizational change: A way to increase colon, breast and cervical cancer screening in primary care practices", *Journal of Community Health*, vol. 36, n° 2, 2011, p. 281-288.

- 119. HALLOUCHE, K., A. GILBERT et V. LEAUNE. Centre de prévention clinique. Une initiative du Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest-Verdun. Rapport d'évaluation d'implantation. Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2012, 47 p.
- 120. HEBDEN, L., et autres. "A mobile health intervention for weight management among young adults: A pilot randomised controlled trial", *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, vol. 27, n° 4, 2014, p. 322-332.
- 121. VODOPIVEC-JAMSEK, V., et autres. "Mobile phone messaging for preventive health care", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 12, 2012, p. CD007457.
- 122. WHITTAKER, R., et autres. « Mobile phone-based interventions for smoking cessation », *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 11, 2012, p. CD006611.
- 123. ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, conjointement avec le COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. Guide d'exercice. Les activités réservées aux pharmaciens, s. l., s. n., 2013, 45 p.
- 124. QUÉBEC. Projet de loi 90. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, [En ligne], Éditeur officiel du Québec, 2002. [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=200 2C33F.PDF] (Consulté le 6 novembre 2015).
- 125. VAN CLEAVE, J., et autres. "Interventions to improve screening and follow-up in primary care: A systematic review of the evidence", *Academic Pediatrics*, vol. 12, n° 4, 2012, p. 269-282.
- 126. LAU, D., et autres. "Interventions to improve influenza and pneumococcal vaccination rates among community-dwelling adults: A systematic review and meta-analysis", *Annals of Family Medicine*, vol. 10, n° 6, 2012, p. 538-546.
- 127. THIVIERGE, C. Efficacité des interventions en habitudes de vie auprès des adultes. Une analyse des revues systématiques, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2015, 20 p.
- 128. BASKERVILLE, N.B. Systematic Review of Practice Facilitation and Evaluation of a Chronic Illness Care Management Tailored Outreach Facilitation Intervention for Rural Primary Care Physicians, Thèse (Ph. D.), University of Waterloo, 2009, 254 p.
- 129. BYWOOD, P.T., L. BELINDA et A.M. ROCHE. *Effective dissemination: A systematic review of implementation strategies for the AOD field*, Adelaide, National Centre for Education and Training on Addiction, 2008, 157 p.
- 130. KNOX L., et autres. *Developing and Running a Primary Care Practice Facilitation Program: A Howto Guide*. Rockville [MD], Agency for Healthcare Research and Quality, 2012, 114 p.
- 131. DESOMER, A., et autres. *Dissemination and Implementation of Clinical Practice Guidelines in Belgium.* Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2013, 172 p.
- 132. LIDDY, C.E., et autres. "Primary care quality improvement from a practice facilitator's perspective", *BMC Family Practice*, vol. 15, 2014, p. 23. doi: 10.1186/1471-2296-15-23.

- 133. GROULX, S., et autres. Évaluation d'une démarche de systématisation des soins appliquée à l'hypertension artérielle dans les groupes de médecine de famille de la Montérégie. Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, de la recherche et de l'évaluation, 2014, 113 p.
- 134. GUAY, M., et GROULX, J. Évaluation du Projet pilote pour soutenir le counseling en abandon du tabagisme dans les cliniques dentaires, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, de la recherche et de l'évaluation, 2014, 52 p.
- 135. PROVOST, M.-H., L. MOREAULT et L. CARDINAL. Accompagner un changement dans les pratiques cliniques préventives : apprentissages et conditions critiques. Rapport de recherche-action. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, 83 p. (coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives).
- 136. BEATY, T., et autres. "Evaluation of pediatricians' adherence to tobacco prevention, control, and treatment guidelines before and after an educational outreach program", *The Ochsner Journal*, vol. 13, n° 3, 2013, p. 375-379.
- 137. BOOM, J.A., et autres. "Improvement in provider immunization knowledge and behaviors following a peer education intervention", *Clinical Pediatrics*, vol. 46, n° 8, 2007, p. 706-717.
- 138. BUNIK, M., et autres. "The ONE step initiative: Quality improvement in a pediatric clinic for secondhand smoke reduction", *Pediatrics*, vol. 132, n° 2, 2013, p. e502-e511.
- 139. CALEY, L.M., S. RIEMER et H.S. WEINSTEIN. "Results of a nurse-led workshop designed to prevent fetal alcohol spectrum disorder", *Public Health Nursing*, vol. 27, n° 3, 2010, p. 232-239.
- 140. DACEY, M., et autres. "The impact of lifestyle medicine continuing education on provider knowledge, attitudes, and counseling behaviors", *Medical Teacher*, vol. 35, n° 5, 2013, p. e1149-e1156.
- 141. DAVIS, M.A., et R.J. PAVUR. "The relationship between office system tools and evidence-based care in primary care physician practice", *Health Services Management Research*, vol. 24, n° 3, 2011, p. 107-113.
- 142. DEXHEIMER, J.W., et autres. "A computerized pneumococcal vaccination reminder system in the adult emergency department", *Vaccine*, vol. 29, n° 40, 2011, p. 7035-7041.
- 143. GORIN, S.S., et autres. "Implementing academic detailing for breast cancer screening in underserved communities", *Implementation Science*, vol. 2, 2007, p. 43. doi: 10.1186/1748-5908-2-43.
- 144. HARARI, D., et autres. "Promotion of health in older people: A randomised controlled trial of health risk appraisal in British general practice", *Age and Ageing*, vol. 37, n° 5, 2008, p. 565-571.
- 145. HARRIS, J.M. Jr., et H. SUN. "A randomized trial of two e-learning strategies for teaching substance abuse management skills to physicians", *Academic Medicine*, vol. 88, n° 9, 2013, p. 1357-1362.
- 146. HUNG, D.Y. "Improving the delivery of preventive care services", *Managed Care Interface*, vol. 20, n° 5, 2007, p. 38-44.
- 147. KATZ, D.A., et autres. "The Emergency Department Action in Smoking Cessation (EDASC) trial: Impact on delivery of smoking cessation counseling", *Academic Emergency Medicine*, vol. 19, n° 4, 2012, p. 409-420.

- 148. KIRBY, M., et I. MACHEN. "Impact on clinical practice of the Joint British Societies' cardiovascular risk assessment tools", *International Journal of Clinical Practice*, vol. 63, n° 12, 2009, p. 1683-1692.
- 149. KRIST, A.H., et autres. "Designing a patient-centered personal health record to promote preventive care", *BMC Medical Informatics and Decision Making*, vol. 11, 2011, p. 73. doi: 10.1186/1472-6947-11-73.
- 150. LING, C.Y., et autres. "A quality-improvement project use of a computerized medical database and reminder letters to increase preventive care use in Kaiser Permanente patients", *The Permanente Journal*, vol. 13, n° 3, 2009, p. 19-24.
- 151. LUPTAK, M., et autres. "Project ADAPT: A program to assess depression and provide proactive treatment in rural areas", *The Gerontologist*, vol. 48, n° 4, 2008, p. 542-548.
- 152. MACCARTHY, D., et autres. "Mental health practice and attitudes of family physicians can be changed!", *The Permanente Journal*, vol. 17, n° 3, 2013, p. 14-17.
- 153. MALONEY, S., et autres. "Effectiveness of Web-based versus face-to-face delivery of education in prescription of falls-prevention exercise to health professionals: Randomized trial", *Journal of Medical Internet Research*, vol. 13, n° 4, 2011, p. e116. doi: 10.2196/jmir.1680.
- 154. MELLO, M.J., et autres. "Project integrate: Translating screening and brief interventions for alcohol problems to a community hospital emergency department", *Substance Abuse*, vol. 30, n° 3, 2009, p. 223-229.
- 155. MELNYK, B.M., et autres. "Strengthening PNP curricula in mental/behavioral health and evidence-based practice", *Journal of Pediatric Health Care*, vol. 24, n° 2, 2010, p. 81-94.
- 156. MILLS, W.L., et autres. "An educational program to assist clinicians in identifying elder investment fraud and financial exploitation", *Gerontology and Geriatrics Education*, vol. 33, n° 4, 2012, p. 351-363.
- 157. MOCK, J., et autres. "Effective lay health worker outreach and media-based education for promoting cervical cancer screening among Vietnamese American women", *American Journal of Public Health*, vol. 97, n° 9, 2007, p. 1693-1700.
- 158. MOSS, J.L., et autres. "Increasing adolescent immunization by webinar: A brief provider intervention at federally qualified health centers", *Vaccine*, vol. 30, n° 33, 2012, p. 4960-4963.
- 159. NAGYKALDI, Z.J. et autres. "Novel computerized health risk appraisal may improve longitudinal health and wellness in primary care: A pilot study", *Applied Clinical Informatics*, vol. 4, n° 1, 2013, p. 75-87.
- 160. NANSEL, T.R., et autres. "Preventing unintentional pediatric injuries: A tailored intervention for parents and providers", *Health Education Research*, vol. 23, n° 4, 2008, p. 656-669.
- 161. NUTTING, P.A., et autres. "Effect of facilitation on practice outcomes in the National Demonstration Project model of the patient-centered medical home", *Annals of Family Medicine*, vol. 8, supplément 1, 2010, p. S33-S44.
- 162. O'BRIEN, M.J., et autres. "Community health worker intervention to decrease cervical cancer disparities in Hispanic women", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 25, n° 11, 2010, p. 1186-1192.

- 163. OSBORN, C.Y., C. KOZAK et J. WAGNER. "Theory in practice: Helping providers address depression in diabetes care", *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 30, n° 3, 2010, p. 172-179.
- 164. PEDDECORD, K.M., et autres. "Nationwide satellite training for public health professionals: Webbased follow-up", *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 27, n° 2, 2007, p. 111-117.
- 165. PERRIN, E.M., et autres. "Bolstering confidence in obesity prevention and treatment counseling for resident and community pediatricians", *Patient Education and Counseling*, vol. 73, n° 2, 2008, p. 179-185.
- 166. PROKHOROV, A.V., et autres. "Engaging physicians and pharmacists in providing smoking cessation counseling", *Archives of Internal Medicine*, vol. 170, n° 18, 2010, p. 1640-1646.
- 167. RINDAL, D.B., et autres. "Computer-assisted guidance for dental office tobacco-cessation counseling: A randomized controlled trial", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 44, n° 3, 2013, p. 260-264.
- 168. SCOLLAN-KOLIOPOULOS, M., et autres. "Healthcare technician delivered screening of adults with diabetes to improve primary care provider recognition of depression", *Journal of Family Medicine* and *Primary Care*, vol. 1, n° 2, 2012, p. 97-102.
- 169. SEALE, J.P., et autres. "Skills-based residency training in alcohol screening and brief intervention: Results from the Georgia-Texas 'Improving Brief Intervention' project", *Substance Abuse*, vol. 33, n° 3, 2012, p. 261-271.
- 170. SEALY, Y.M., et autres. "Using public health detailing and a family-centered ecological approach to promote patient-provider-parent action for reducing childhood obesity", *Childhood Obesity*, vol. 8, n° 2, 2012, p. 132-146.
- 171. STUDTS, C.R., et autres. "A community-based randomized trial of a faith-placed intervention to reduce cervical cancer burden in Appalachia", *Preventive Medicine*, vol. 54, n° 6, 2012, p. 408-414.
- 172. UPSHUR, C., et L. WEINREB. "A survey of primary care provider attitudes and behaviors regarding treatment of adult depression: What changes after a collaborative care intervention?", *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 10, n° 3, 2008, p. 182-186.
- 173. VERBIEST, M.E., et autres. "One-hour training for general practitioners in reducing the implementation gap of smoking cessation care: A cluster-randomized controlled trial", *Nicotine and Tobacco Research*, vol. 16, n° 1, 2014, p. 1-10. doi: 10.1093/ntr/ntt100.
- 174. VERNON, S.W., et autres. "Promoting regular mammography screening II. Results from a randomized controlled trial in US women veterans", *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 100, n° 5, 2008, p. 347-358.
- 175. WAHL, K.R., et autres. "Promoting pharmacy-based referrals to the tobacco quitline: A pilot study of academic detailing administered by pharmacy students", *Journal of Pharmacy Practice*, [Fichier ePub], 2013, p. 1-4. doi: 10.1177/08997190013515711.
- 176. WANG, J.H., et autres. "Results of a randomized controlled trial testing the efficacy of a culturally targeted and a generic video on mammography screening among Chinese-American immigrants", Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention, vol. 21, n° 11, 2012, p. 1923-1932.

- 177. WEAVER, F.M., et autres. "Interventions to increase influenza vaccination rates in veterans with spinal cord injuries and disorders", *The Journal of Spinal Cord Medicine*, vol. 30, n° 1, 2007, p. 10-19.
- 178. ZABAR, S., et autres. "Can interactive skills-based seminars with standardized patients enhance clinicians' prevention skills? Measuring the impact of a CME program", *Patient Education and Counseling*, vol. 80, n° 2, 2010, p. 248-252.
- 179. ARDITI, C., et autres. "Computer-generated reminders delivered on paper to healthcare professionals; Effects on professional practice and health care outcomes", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 12, 2012, p. CD001175.
- 180. BAKER, R., et autres. "Tailored interventions to overcome identified barriers to change: Effects on professional practice and health care outcomes", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 3, 2010, p. CD005470.
- 181. BARON, R.C., et autres. "Client-directed interventions to increase community demand for breast, cervical, and colorectal cancer screening a systematic review", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 35, n° 1, supplément 1, 2008, p. S34-S55.
- 182. BARON, R.C., et autres. "Intervention to increase recommendation and delivery of screening for breast, cervical, and colorectal cancers by healthcare providers a systematic review of provider reminders", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 38, n° 1, 2010, p. 110-117.
- 183. BOONYASAI, R.T., et autres. "Effectiveness of teaching quality improvement to clinicians: A systematic review", *Journal of the American Medical Association*, vol. 298, n° 9, 2007, p. 1023-1037.
- 184. BRYAN, C., et S.A. BOREN. "The use and effectiveness of electronic clinical decision support tools in the ambulatory/primary care setting: A systematic review of the literature", *Informatics in Primary Care*, vol. 16, n° 2, 2008, p. 79-91.
- 185. CARSON, K.V., et autres. "Training health professionals in smoking cessation", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 5, 2012, p. CD000214.
- 186. DAMIANI, G., et autres. "The effectiveness of computerized clinical guidelines in the process of care: A systematic review", *BMC Health Services Research*, vol. 10, 2010, p. 2. doi: 10.1186/1472-6963-10-2.
- 187. DAVIS, D., et R. GALBRAITH. "Continuing medical education effect on practice performance: Effectiveness of continuing medical education: American College of Chest Physicians evidence-based educational guidelines", *Chest*, vol. 135, n° 3, supplément 3, 2009, p. 42S-48S.
- 188. DEXHEIMER, J.W., et autres. "Prompting clinicians about preventive care measures: A systematic review of randomized controlled trials", *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 15, n° 3, 2008, p. 311-320.
- 189. DOGHERTY, E.J., M.B. HARRISON et I.D. GRAHAM. "Facilitation as a role and process in achieving evidence-based practice in nursing: A focused review of concept and meaning", Worldviews on Evidence-Based Nursing, vol. 7, n° 2, 2010, p. 76-89.
- 190. DOUMIT, G., et autres. "Local opinion leaders: Effects on professional practice and health care outcomes", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 1, 2007, p. CD000125.
- 191. EVERETT, T., et autres. "Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 5, 2011, p. CD002834.

- 192. FLODGREN, G., et autres. "Interventions to change the behaviour of health professionals and the organisation of care to promote weight reduction in overweight and obese people", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 3, 2010, p. CD000984.
- 193. FORSETLUND, L., et autres. "Continuing education meetings and workshops: Effects on professional practice and health care outcomes", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 2, 2009, p. CD003030.
- 194. GOULART, J.M., et autres. "Skin cancer education for primary care physicians: A systematic review of published evaluated interventions", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 26, n° 9, 2011, p. 1027-1035.
- 195. HAN, H.R., et autres. "Interventions that increase use of Pap tests among ethnic minority women: A meta-analysis", *Psychooncology*, vol. 20, n° 4, 2011, p. 341-351.
- 196. HEARN, L.A., M.R. MILLER et R. CAMPBELL-POPE. "Review of evidence to guide primary health care policy and practice to prevent childhood obesity", *The Medical Journal of Australia*, vol. 188, n° 8, supplément 8, 2008, p. S87-91.
- 197. HESELMANS, A., et autres. "Effectiveness of electronic guideline-based implementation systems in ambulatory care settings A systematic review", *Implementation Science*, vol. 4, 2009, p. 82. doi: 10-1186/1748-5908-4-82.
- 198. HOLT, T.A., M. THOROGOOD et F. GRIFFITHS. "Changing clinical practice through patient specific reminders available at the time of the clinical encounter: Systematic review and meta-analysis", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 27, n° 8, 2012, p. 974-984.
- 199. IVERS, N., et autres. "Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 6, 2012, p. CD000259.
- 200. JAMAL, A., K. MCKENZIE et M. CLARK. "The impact of health information technology on the quality of medical and health care: A systematic review", *Health Information Management Journal*, vol. 38, n° 3, 2009, p. 26-37.
- 201. KOCH, J.A. "Strategies to overcome barriers to pneumococcal vaccination in older adults: An integrative review", *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 38, n° 2, 2012, p. 31-39.
- 202. MANSOURI, M., et J. LOCKYER. "A meta-analysis of continuing medical education effectiveness", *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 27, n° 1, 2007, p. 6-15.
- 203. MARINOPOULOS, S.S., et autres. "Effectiveness of continuing medical education", Evidence Report Technology Assessment, n° 149, 2007, p. 1-69.
- 204. MASI, C.M., D.J. BLACKMAN et M.E. PEEK. "Interventions to enhance breast cancer screening, diagnosis, and treatment among racial and ethnic minority women", *Medical Care Research and Review*, vol. 64, n° 5, supplément 5, 2007, p. 195S-242S.
- 205. O'BRIEN, M.A., et autres. "Educational outreach visits: Effects on professional practice and health care outcomes", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4, 2007, p. CD000409.
- 206. SABATINO, S.A., et autres. "Interventions to increase recommendation and delivery of screening for breast, cervical, and colorectal cancers by healthcare providers systematic reviews of provider assessment and feedback and provider incentives", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 35, n° 1, supplément 1, 2008, p. S67-74.

- 207. SCHICHTEL, M., P.W. ROSE et C. SELLERS. "Educational interventions for primary healthcare professionals to promote the early diagnosis of cancer: A systematic review", *Education for Primary Care*, vol. 24, n° 4, 2013, p. 274-290.
- 208. SCHOUERI-MYCHASIW, N., S. CAMPBELL et V. MAI. "Increasing screening mammography among immigrant and minority women in Canada: A review of past interventions", *Journal of Immigrant and Minority Health*, vol. 15, n° 1, 2013, p. 149-158.
- 209. SHOJANIA, K.G., et autres. "The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 3, 2009, p. CD001096.
- 210. SHOJANIA, K.G., et autres. "Effect of point-of-care computer reminders on physician behaviour: A systematic review", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 182, n° 5, 2010, p. E216-E225.
- 211. SPIBY, H., et autres. "A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding", *Midwifery*, 25, n° 1, 2009, p. 50-61.
- 212. THOMAS, R.E., M.L. RUSSELL et D.L. LORENZETTI. "Systematic review of interventions to increase influenza vaccination rates of those 60 years and older", *Vaccine*, vol. 28, n° 7, 2010, p. 1684-1701.
- 213. THOMAS, R.E., M. RUSSELL et D. LORENZETTI. "Interventions to increase influenza vaccination rates of those 60 years and older in the community", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 9, 2010, p. CD005188.
- 214. VERNON, S.W., et autres. "Interventions to promote repeat breast cancer screening with mammography: A systematic review and meta-analysis", *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 102, n° 14, 2010, p. 1023-1039.
- 215. WELLS, K.J., et autres. "Do community health worker interventions improve rates of screening mammography in the United States? A systematic review", *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, vol. 20, n° 8, 2011, p. 1580-1598.
- 216. ANDERSON, K.K., et autres. "Practice and physician characteristics associated with influenza vaccination delivery rates following a patient reminder letter intervention", *The Journal of Primary Prevention*, vol. 29, n° 1, 2008, p. 93-97.
- 217. BELMIN, J. "Improving the vaccination coverage of geriatric populations", *Journal of Comparative Pathology*, vol. 142, supplément 1, 2010, p. S125-S128.
- 218. BENARD, V.B., et autres. "Overview of the CDC Cervical Cancer (Cx3) Study: An educational intervention of HPV testing for cervical cancer screening", *Journal of Women's Health*, vol. 23, n° 3, 2014, p. 197-203.
- 219. CULLER, S.D., et autres. "Cost estimates for operating a primary care practice facilitation program", Annals of Family Medicine, vol. 11, n° 3, 2013, p. 207-211.
- 220. DAHROUGE, S., et autres. "Impact of remuneration and organizational factors on completing preventive manœuvres in primary care practices", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 184, n° 2, 2012, p. E135-E143.

- 221. DEXTER, L.J., et autres. "Strategies to increase influenza vaccination rates: Outcomes of a nationwide cross-sectional survey of UK general practice", *British Medical Journal Open*, vol. 2, n°3, 2012, p. e000851. doi:10.1136/bmjopen-2011-000851.
- 222. DOGHERTY, E.J., et autres. "Following a natural experiment of guideline adaptation and early implementation: a mixed-methods study of facilitation", *Implementation Science*, vol. 7, 2012, p. 9. doi: 10.1186/1748-5908-7-9.
- 223. DOGHERTY, E.J., et autres. "Turning knowledge into action at the point-of-care: The collective experience of nurses facilitating the implementation of evidence-based practice", *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, vol. 10, n° 3, 2013, p. 129-139.
- 224. EDWARDS, Q.T., et D. SEIBERT. "Pre- and posttest evaluation of a breast cancer risk assessment program for nurse practitioners", *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, vol. 22, n° 7, 2010, p. 376-381.
- 225. FANAIAN, M., et autres. "Health improvement and prevention study (HIPS) Evaluation of an intervention to prevent vascular disease in general practice", *BMC Family Practice*, vol. 11, 2010, p. 57. doi: 10.1186/1471-2296-11-57.
- 226. FLOCKE, S.A., et D. LITAKER. "Physician practice patterns and variation in the delivery of preventive services", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 22, n° 2, 2007, p. 191-196.
- 227. GRUMBACH, K., E. BAINBRIDGE et T. BODENHEIMER. "Facilitating improvement in primary care: The promise of practice coaching", *Issue Brief*, vol. 15, 2012, p. 1-14.
- 228. GUIRIGUET-CAPDEVILA, C., et autres. "Can an alert in primary care electronic medical records increase participation in a population-based screening programme for colorectal cancer? COLO-ALERT, a randomised clinical trial", *BMC Cancer*, vol. 14, 2014, p. 232. doi: 10.1186/1471-2407-14-232.
- 229. HOLTROP, J.S., et autres. "Nurses as practice change facilitators for healthy behaviors", *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 23, n° 2, 2008, p. 123-131.
- 230. HORWITZ, S.M., et autres. "No technological innovation is a panacea: A case series in quality improvement for primary care mental health services", *Clinical Pediatrics*, vol. 47, n° 7, 2008, p. 685-692.
- 231. HOUSTON, T.K., et autres. "Impact of content-specific email reminders on provider participation in an online intervention: A dental PBRN study", *Studies in Health Technology and Informatics*, vol. 160, partie 2, 2010, p. 801-805.
- 232. KACZOROWSKI, J., O. GOLDBERG et V. MAI. "Pay-for-performance incentives for preventive care: Views of family physicians before and after participation in a reminder and recall project (P-PROMPT)", Canadian Family Physician, vol. 57, n° 6, 2011, p. 690-696.
- 233. LAFERRIERE, D., et autres. "Navigating change: How outreach facilitators can help clinicians improve patient outcomes", *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 25, n° 2, 2012, p. 232-237.
- 234. LAIRSON, D.R., et autres. "Cost-effectiveness of targeted versus tailored interventions to promote mammography screening among women military veterans in the United States", *Evaluation and Program Planning*, vol. 34, n° 2, 2011, p. 97-104.

- 235. LALIBERTE, M.C., et autres. "Ideal and actual involvement of community pharmacists in health promotion and prevention: A cross-sectional study in Quebec, Canada", *BMC Public Health*, vol. 12, 2012, p. 192. doi:10.1186/1471-2458-12-192.
- 236. MAZZA, D., et M.F. HARRIS. "Improving implementation of evidence-based prevention in primary care", *The Medical Journal of Australia*, vol. 193, n° 2, 2010, p. 101-102.
- 237. MCCABE, M.P., et autres. "Effectiveness of a training program for carers to recognize depression among older people", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 23, n° 12, 2008, p. 1290-1296.
- 238. NAGYKALDI, Z., et J.W. MOLD. "The role of health information technology in the translation of research into practice: An Oklahoma Physicians Resource/Research Network (OKPRN) study", *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 20, n° 2, 2007, p. 188-195.
- 239. NETTLEMAN, M.D., et V. GARCIA-CHEN. "Vaccinating through a lifetime: Adult priorities", *South Dakota Medicine*, numéro spécial, 2013, p. 73-79.
- 240. PROVOST, S., et autres. "Does receiving clinical preventive services vary across different types of primary healthcare organizations? Evidence from a population-based survey", *Healthcare Policy*, vol. 6, n° 2, 2010, p. 67-84.
- 241. RUBIO-VALERA, M., et autres. "Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: A synthesis through metaethnography", *PLoS One*, vol. 9, n° 2, 2014, p. e89554. doi: 10.1371/journal.pone.0089554.
- 242. SKIBA, D.J., et autres. "Comparing the effectiveness of CDSS on provider's behaviors to implement obesity prevention guidelines", *Nursing Informatics*, vol. 2012, 2012, p. 376.
- 243. TROGDON, J.G., et autres. "Training providers in hypertension guidelines: Cost-effectiveness evaluation of a continuing medical education program in South Carolina", *American Heart Journal*, vol. 162, n° 4, 2011, p. 786-793 e1.
- 244. TYAGI, A., K. MILLER et M. COCKBURN. "E-health tools for targeting and improving melanoma screening: A review", *Journal of Skin Cancer*, vol. 2012, 2012, p. 437502. doi: 10.1155/2012/437502.
- 245. VASHITZ, G., et autres. "Factors affecting physicians compliance with enrollment suggestions into a clinical reminders intervention", *Studies in Health Technology and Informatics*, vol. 160, partie 2, 2010, p. 796-800.
- 246. VENKAT, A., et autres. "Feasibility of integrating a clinical decision support tool into an existing computerized physician order entry system to increase seasonal influenza vaccination in the emergency department", *Vaccine*, vol. 28, n° 37, 2010, p. 6058-6064.
- 247. WU, S.J., et autres. "Impact of clinical reminder redesign on physicians' priority decisions", *Applied Clinical Informatics*, vol. 1, n° 4, 2010, p. 466-485.
- 248. BALLARD, D.J., et autres. "Improving delivery of clinical preventive services: A multi-year journey", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 33, n° 6, 2007, p. 492-497.
- 249. CHEUNG, A., et autres. "Overview of systematic reviews of the effectiveness of reminders in improving healthcare professional behavior", *Systematic Reviews*, vol. 1, 2012, p. 36. doi: 10.1186/2046-4053-1-36.

- 250. CHRISTL, B., et autres. "Preventing vascular disease Effective strategies for implementing guidelines in general practice", *Australian Family Physician*, vol. 40, n° 10, 2011, p. 825-828.
- 251. COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. "Updated recommendations for client- and provider-oriented interventions to increase breast, cervical, and colorectal cancer screening", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 43, n° 1, 2012, p. 92-96.
- 252. CRESSWELL, K., et autres. "Computerised decision support systems for healthcare professionals: An interpretative review", *Informatics in Primary Care*, vol. 20, n° 2, 2012, p. 115-128.
- 253. GINIGE, S., et autres. "Interventions for increasing chlamydia screening in primary care: A review", *BMC Public Health*, vol. 7, 2007, p. 95. doi: 10.1186/1471-2458-7-95.
- 254. GROOM, H., et autres. "Immunization information systems to increase vaccination rates: A community guide systematic review", *Journal of Public Health Management and Practice*, [Fichier ePub], 2014, p. 1-22. doi: 1.01097/PHH.0000000000000069.
- 255. GUY, R.J., et autres. "Efficacy of interventions to increase the uptake of chlamydia screening in primary care: A systematic review", *BMC Infectious Diseases*, vol. 11, 2011, p. 211. doi: 10.1186/1471-2334-11-211.
- 256. HEWETT, R., et autres. "Rules and tools that improved vaccines for children vaccine-ordering practices in Oregon: A 2010 pilot project", *Journal of Public Health Management and Practice*, vol. 19, n° 1, 2013, p. 9-15.
- 257. HOWELL, L.P., et autres. "Can automated alerts within computerized physician order entry improve compliance with laboratory practice guidelines for ordering Pap tests?", *Journal of Pathology Informatics*, vol. 5, 2014, p. 37. doi:10.4103/2153-3539.141994.
- 258. JOHNSON, J.A., et autres. "Screening for at-risk alcohol use and drug use in an emergency department: Integration of screening questions into electronic triage forms achieves high screening rates", *Annals of Emergency Medicine*, vol. 62, n° 3, 2013, p. 262-266.
- 259. MALMVALL, B.E., et autres. "The rate of influenza immunization to people aged 65 years and older was increased from 45% to 70% by a primary health care-based multiprofessional approach", *Quality Management in Health Care*, vol. 16, n° 1, 2007, p. 51-59.
- 260. MCMENAMIN, J., R. NICHOLSON et K. LEECH. "Patient dashboard: The use of a colour-coded computerised clinical reminder in Whanganui regional general practices", *Journal of Primary Health Care*, vol. 3, n° 4, 2011, p. 307-310.
- 261. MERRITT, T.D., et autres. "General practice intervention to increase opportunistic screening for chlamydia", Sexual Health, vol. 4, n° 4, 2007, p. 249-251.
- 262. ONDERS, R., et autres. "Use of electronic clinical reminders to increase preventive screenings in a primary care setting: Blueprint from a successful process in Kodiak, Alaska", *Journal of Primary Care and Community Health*, vol. 5, n° 1, 2014, p. 50-54.
- 263. SABATINO, S.A., et autres. "Effectiveness of interventions to increase screening for breast, cervical, and colorectal cancers: Nine updated systematic reviews for the guide to community preventive services", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 43, n° 1, 2012, p. 97-118.

- 264. SILFEN, S.L., et autres. "Increases in smoking cessation interventions after a feedback and improvement initiative using electronic health records 19 community health centers, New York City, October 2010-March 2012", Morbidity and Mortality Weekly Report, vol. 63, n° 41, 2014, p. 921-924.
- 265. SPEARS, G.V., et autres. "Redesign of an electronic clinical reminder to prevent falls in older adults", *Medical Care*, vol. 51, n° 3, supplément 1, 2013, p. S37-S43.
- 266. SWENSON, C.J., et autres. "Using information technology to improve adult immunization delivery in an integrated urban health system", *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, vol. 38, n° 1, 2012, p. 15-23.
- 267. WILKINSON, C., J.D. CHAMPION et K. SABHARWAL. "Promoting preventive health screening through the use of a clinical reminder tool: An accountable care organization quality improvement initiative", *Journal for Healthcare Quality*, vol. 35, n° 5, 2013, p. 7-19.
- 268. WILLIAMS, E.C., et autres. "Strategies to implement alcohol screening and brief intervention in primary care settings: A structured literature review", *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 25, n° 2, 2011, p. 206-214.
- 269. YACKEL, E.E., M.S. MCKENNAN et A. FOX-DEISE. "A nurse-facilitated depression screening program in an army primary care clinic: An evidence-based project", *Nursing Research*, vol. 59, n° 1, supplément 1, 2010, p. S58-S65.
- 270. DEFRANK, J.T., et autres. "Impact of mailed and automated telephone reminders on receipt of repeat mammograms: A randomized controlled trial", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 36, n° 6, 2009, p. 459-467.
- 271. DESAI, S.P., et autres. "Increasing pneumococcal vaccination for immunosuppressed patients: A cluster quality improvement trial", *Arthritis and Rheumatism*, vol. 65, n° 1, 2013, p. 39-47.
- 272. DOKKUM, N.F., et autres. "Keeping participants on board: Increasing uptake by automated respondent reminders in an Internet-based chlamydia screening in the Netherlands", *BMC Public Health*, vol. 12, 2012, p. 176. doi: 10.1186/1471-2458-12-176.
- 273. DONATO, A.A., et autres. "Efficacy of multiple influenza vaccine delivery systems in a single facility", *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 28, n° 2, 2007, p. 219-221.
- 274. FELDSTEIN, A.C., et autres. "Effect of a multimodal reminder program on repeat mammogram screening", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 37, n° 2, 2009, p. 94-101.
- 275. GARDNER, M.P., A. ADAMS et M. JEFFREYS. "Interventions to increase the uptake of mammography amongst low income women: A systematic review and meta-analysis", *PLoS One*, vol. 8, n° 2, 2013, p. e55574. doi: 10.1371/journal.pone.0055574.
- 276. GIERISCH, J.M., et autres. "Finding the minimal intervention needed for sustained mammography adherence", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 39, n° 4, 2010, p. 334-344.
- 277. GOELEN, G., G. DE CLERCQ et S. HANSSENS. "A community peer-volunteer telephone reminder call to increase breast cancer-screening attendance", *Oncology Nursing Forum*, vol. 37, n° 4, 2010, p. E312-E317.
- 278. HAN, H.R., et autres. "A meta-analysis of interventions to promote mammography among ethnic minority women", *Nursing Research*, vol. 58, n° 4, 2009, p. 246-254.

- 279. HEGENSCHEID, K., et autres. "Telephone counseling and attendance in a national mammography-screening program a randomized controlled trial", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 41, n° 4, 2011, p. 421-427.
- 280. PARKER, S., et autres. "A quality improvement project significantly increased the vaccination rate for immunosuppressed patients with IBD", *Inflammatory Bowel Diseases*, vol. 19, n° 9, 2013, p. 1809-1814.
- 281. PHILLIPS, C.E., et autres. "Patient navigation to increase mammography screening among inner city women", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 26, n° 2, 2011, p. 123-129.
- 282. ROMAIRE, M.A., et autres. "Comparative effectiveness of mailed reminder letters on mammography screening compliance", *Preventive Medicine*, vol. 55, n° 2, 2012, p. 127-130.
- 283. TOSI, L.L., et autres. "The American Orthopaedic Association's 'own the bone' initiative to prevent secondary fractures", *The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume*, vol. 90, n° 1, 2008, p. 163-173.
- 284. WARRINER, A.H., et autres. "A randomized trial of a mailed intervention and self-scheduling to improve osteoporosis screening in postmenopausal women", *Journal of Bone and Mineral Research*, vol. 27, n° 12, 2012, p. 2603-2610.
- 285. ALIPOUR, S., F. JANNAT et L. HOSSEINI. "Teaching breast cancer screening via text messages as part of continuing education for working nurses: A case-control study", *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, vol. 15, n° 14, 2014, p. 5607-5609.
- 286. BAYSAL, H.Y., et S. GOZUM. "Effects of health beliefs about mammography and breast cancer and telephone reminders on re-screening in Turkey", *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, vol. 12, n° 6, 2011, p. 1445-1450.
- 287. ERTEM, I.O., et autres. "Addressing early childhood development in primary health care: Experience from a middle-income country", *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 30, n° 4, 2009, p. 319-326.
- 288. HAN, H.R., et autres. "Tailored lay health worker intervention improves breast cancer screening outcomes in non-adherent Korean-American women", *Health Education Research*, vol. 24, n° 2, 2009, p. 318-329.
- 289. HICKS, P., G.A. TARR et X.P. HICKS. "Reminder cards and immunization rates among Latinos and the rural poor in Northeast Colorado", *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 20, n° 6, 2007, p. 581-586.
- 290. ISHIKAWA, Y., et autres. "Cost-effectiveness of a tailored intervention designed to increase breast cancer screening among a non-adherent population: A randomized controlled trial", *BMC Public Health*, vol. 12, 2012, p. 760. doi: 10.1186/1471-2458-12-760.
- 291. LIN, J.W., et autres. "Applying a multiple screening program aided by a guideline-driven computerized decision support system A pilot experience in Yun-Lin, Taiwan", *Journal of the Formosan Medical Association*, vol. 106, n° 1, 2007, p. 58-68.
- 292. LU, M., et autres. "A systematic review of interventions to increase breast and cervical cancer screening uptake among Asian women", *BMC Public Health*, vol. 12, 2012, p. 413. doi: 10-1186/1471-2458-12-413.

- 293. NUGMANOVA, A., et autres. "Improving the management of hypertension in Kazakhstan: Implications for improving clinical practice, patient behaviours and health outcomes", *Global Public Health*, vol. 3, n° 2, 2008, p. 214-231.
- 294. TAYLOR, V.M., et autres. "Evaluation of a cervical cancer control intervention using lay health workers for Vietnamese American women", *American Journal of Public Health*, vol. 100, n° 10, 2010, p. 1924-1929.
- 295. WHITE, K., et autres. "Design and evaluation of a theory-based, culturally relevant outreach model for breast and cervical cancer screening for Latina immigrants", *Ethnicity and Disease*, vol. 22, n° 3, 2012, p. 274-280.
- 296. BUNDY, D.G., et autres. "Improving immunization delivery using an electronic health record: The ImmProve project", *Academic Pediatrics*, vol. 13, n° 5, 2013, p. 458-465.
- 297. BUTALA, N.M., et autres. "Improving quality of preventive care at a student-run free clinic", *PLoS One*, vol. 8, n° 11, 2013, p. e81441. doi: 10.1371/journal.pone.0081441.eCollection2013.
- 298. CATON, C., et autres. "Improving internal medicine residents' falls assessment and evaluation: An interdisciplinary, multistrategy program", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 59, n° 10, 2011, p. 1941-1946.
- 299. GOODING, H.C., E.A. BLOOD et N. SHARMA. "An educational intervention to increase internists' confidence with and provision of preventive services to adolescents and young adults", *Teaching and Learning in Medicine*, vol. 24, n° 4, 2012, p. 321-326.
- 300. HAUER, K.E., et autres. "Behavior change counseling curricula for medical trainees: A systematic review", *Academic Medicine*, vol. 87, n° 7, 2012, p. 956-968.
- 301. JOHNSON, J.A., et autres. "Impact of system-level changes and training on alcohol screening and brief intervention in a family medicine residency clinic: A pilot study", *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 8, 2013, p. 9. doi: 10.1186/1747-597x-8-9.
- 302. JONES, K.B., L.H. GREN et R. BACKMAN. "Improving pediatric immunization rates: Description of a resident-led clinical continuous quality improvement project", *Family Medicine*, vol. 46, n° 8, 2014, p. 631-635.
- 303. MORAN, W.P., et autres. "Aging Q3: An initiative to improve internal medicine residents' geriatrics knowledge, skills, and clinical performance", *Academic Medicine*, vol. 87, n° 5, 2012, p. 635-642.
- 304. TALIB, N., et autres. "Effective educational instruction in preventive oral health: Hands-on training versus web-based training", *Pediatrics*, vol. 125, n° 3, 2010, p. 547-553.
- 305. ALLAIRE, B.T., et autres. "Measuring the impact of a continuing medical education program on patient blood pressure", *Journal of Clinical Hypertension*, vol. 13, n° 7, 2011, p. 517-522.
- 306. CLARK, H.D., et autres. "Do postal reminders increase postpartum screening of diabetes mellitus in women with gestational diabetes mellitus? A randomized controlled trial", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 200, n° 6, 2009, p. 634 e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2009.01.003.
- 307. HANBURY, A., L. WALLACE et M. CLARK. "Use of a time series design to test effectiveness of a theory-based intervention targeting adherence of health professionals to a clinical guideline", *British Journal of Health Psychology*, vol. 14, partie 3, 2009, p. 505-518.

- 308. HOLT, T.A., et autres. "Automated electronic reminders to facilitate primary cardiovascular disease prevention: Randomised controlled trial", *The British Journal of General Practice*, vol. 60, n° 573, 2010, p. e137-e143.
- 309. LAPRISE, R., et autres. "Improved cardiovascular prevention using best CME practices: A randomized trial", *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 29, n° 1, 2009, p. 16-31.
- 310. MIDDLETON, P., et C.A. CROWTHER. "Reminder systems for women with previous gestational diabetes mellitus to increase uptake of testing for type 2 diabetes or impaired glucose tolerance", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 3, 2014, p. CD009578.
- 311. SVETKEY, L.P., et autres. "Hypertension improvement project: Randomized trial of quality improvement for physicians and lifestyle modification for patients", *Hypertension*, vol. 54, n° 6, 2009, p. 1226-1233.
- 312. BOYLE, R., L. SOLBERG et M. FIORE. "Use of electronic health records to support smoking cessation", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 12, 2011, p. CD008743.
- 313. BROUWERS, M.C., et autres. "Effective interventions to facilitate the uptake of breast, cervical and colorectal cancer screening: An implementation guideline", *Implementation Science*, vol. 6, 2011, p. 112. doi: 10.1186/1748-5908-6-112.
- 314. FRANZINI, L., J. BOOM et C. NELSON. "Cost-effectiveness analysis of a practice-based immunization education intervention", *Ambulatory Pediatrics*, vol. 7, n° 2, 2007, p. 167-175.
- 315. JEAN-JACQUES, M., et autres. "Changes in disparities following the implementation of a health information technology-supported quality improvement initiative", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 27, n° 1, 2012, p. 71-77.
- 316. MAYNE, S.L., et autres. "Effect of decision support on missed opportunities for human papillomavirus vaccination", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 47, n° 6, 2014, p. 734-744.
- 317. BLUESTONE, J., et autres. "Effective in-service training design and delivery: Evidence from an integrative literature review", *Human Resources for Health*, vol. 11, 2013, p. 51. doi: 10.1186/1478-4491-11-51.
- 318. FLODGREN, G., et autres. "Local opinion leaders: Effects on professional practice and health care outcomes", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 8, 2011, p. CD000125.
- 319. GIGUÈRE, A., et autres. "Printed educational materials: Effects on professional practice and healthcare outcomes", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 10, 2012. p. CD004398.
- 320. REEVES, S., et autres. "Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes (update)", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 3, 2013. p. CD002213.
- 321. ZHOU, Y.Y., et autres. "Improving population care with an integrated electronic panel support tool", *Population Health Management*, vol. 14, n° 1, 2011, p. 3-9.
- 322. GILES, E.L., et autres. "The effectiveness of financial incentives for health behaviour change: Systematic review and meta-analysis", *PLoS One*, vol. 9, n° 3, 2014, p. e90347. doi: 10.1371/journal.pose.0090347.

- 323. HARRIS, J.G., et autres. "A179: improving pneumococcal vaccination rate in the pediatric rheumatology clinic", *Arthritis and Rheumatology*, vol. 66, supplément 3, 2014, p. S234. doi: 10.1002/art38605.
- 324. LAROCCA, R., et autres. "The effectiveness of knowledge translation strategies used in public health: A systematic review", *BMC Public Health*, vol. 12, 2012, p. 751. doi: 10.1186/1471-2458-12-751.
- 325. MCCORMACK, L., et autres. "Communication and dissemination strategies to facilitate the use of health-related evidence", *Evidence Report Technology Assessment*, n° 213, 2013, p. 1-520.
- 326. VISWANATHAN, M., et autres. "Outcomes of community health worker interventions", *Evidence Report Technology Assessment*, n° 181, 2009, p. 1-144.
- 327. BROUWERS, M.C., et autres. "What implementation interventions increase cancer screening rates? A systematic review", *Implementation Science*, vol. 6, 2011, p. 111. doi: 10.1186/1748-5908-6-111.

L'INTÉGRATION DE PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

