

L'INTÉGRATION DE PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES



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

L'INTÉGRATION DE PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES



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
• Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

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* a été produit par le Service des orientations en santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec la Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Coordination

Christine Pakenham
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Louise Moreault
Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Rédaction

Marie-Hélène Provost, M. Sc.
Lise Cardinal, M. Sc., M.D., FRCP (C)
Louise Moreault, M. Sc., M.D., CSPQ
Raymonde Pineau, M. Sc., M.D.
Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Collaboration à la révision critique

Viviane Leaune, M. Sc.
Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Révision linguistique

Marie-France LeBlanc

Mise en page

Composition Orléans

Secrétariat

Hélène Girard
Marie-Josée Paquet
Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Citation suggérée

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. (Collection *L'intégration de pratiques cliniques préventives*)

Édition produite par :

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

Ce document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Il a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique sur le site suivant : www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007
Bibliothèque et Archives Canada, 2007
ISBN : 978-2-550-51402-2 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-51403-9 (version PDF)

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

Sommaire

Les pratiques cliniques préventives (PCP) réfèrent à un ensemble d'interventions réalisées par un clinicien (professionnel de la santé) auprès d'un patient, allant 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.

Les professionnels de la santé sont placés dans une position privilégiée pour faire de la prévention, d'une part parce qu'ils représentent pour la population des interlocuteurs crédibles, d'autre part parce qu'ils rencontrent annuellement plus des deux tiers de celle-ci. Or, les professionnels de la santé ne saisissent pas toutes les occasions pour véhiculer des messages de promotion de la santé et de prévention. Les barrières qui nuisent à l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens sont bien documentées dans la littérature. Par ailleurs, le travail de soutien des cliniciens par le réseau de la santé publique vise précisément la reconnaissance de ces obstacles, la définition des meilleures stratégies pour les surmonter et l'implantation de ces stratégies. Toutefois, force est de constater le recours très fréquent à des stratégies visant presque exclusivement l'acquisition de connaissances. Les stratégies ayant pour cible l'environnement, l'organisation du travail ou l'accompagnement des professionnels dans leur milieu sont rarement utilisées.

Les objectifs de la présente revue de la littérature consistent à recenser et à analyser les stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques des cliniciens de première ligne. La recherche d'articles a été effectuée à partir de plusieurs mots-clés dans la banque de données bibliographiques *Medline* pour la période de publication allant de 2000 à 2006.

L'application des critères d'inclusion des articles a mené à la sélection de 88 études. Quatorze stratégies d'intervention ont été relevées : *la formation médicale continue, 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 d'amélioration de la qualité des soins, le système de bureau sur mesure – facilitation, les incitatifs d'ordres financier et législatif, les interventions visant le patient, les interventions de masse à l'aide des médias ainsi que les interventions multifacettes.*

L'information relative à chacune de ces stratégies est présentée dans la section *Résultats* selon sept aspects :

- 1) La définition théorique de la stratégie;
- 2) La description opérationnelle, c'est-à-dire des exemples concrets quant à la façon d'appliquer la stratégie;
- 3) Les thèmes abordés selon les études recensées et qui ont trait soit à l'histoire du patient, à des activités de dépistage, de counseling, d'immunisation ou de chimioprophylaxie;
- 4) L'efficacité de la stratégie pour modifier la pratique des cliniciens selon les résultats obtenus dans les articles;
- 5) Les commentaires des auteurs des études recensées, le plus souvent les avantages liés à la stratégie;
- 6) Les conditions d'efficacité, par exemple des éléments de contexte ou d'autres facteurs parfois indépendants de l'intervention expérimentée qui semblent avoir été déterminants dans le succès obtenu;
- 7) Des éléments à retenir pour l'action.

Les résultats de la présente revue de la littérature permettent de constater qu'aucune des 14 stratégies présentées n'est efficace dans toutes les circonstances ni pour tous les thèmes abordés. En effet, aucune stratégie ne donne lieu à un corpus d'études allant toutes dans le même sens, c'est-à-dire démontrant toutes des effets positifs significatifs sur le plan statistique. Une classification de l'efficacité relative des stratégies a tout de même été réalisée selon l'état actuel des connaissances et est proposée à titre indicatif.

Cinq stratégies apparaissent comme davantage efficaces pour amener les professionnels de la santé à intégrer davantage la prévention dans leur pratique quotidienne :

- *Les systèmes de rappel visant les cliniciens*
- *Les équipes d'amélioration de la qualité des soins*
- *Le système de bureau sur mesure – facilitation*
- *Les interventions visant le patient*
- *Les interventions multifacettes*

Deux stratégies présentent une efficacité plus variable :

- *L'audit et le feedback*
- *Le dossier médical électronique*

Les stratégies jugées peu efficaces, lorsqu'utilisées seules, sont les suivantes :

- *La formation médicale continue*
- *L'approche du délégué médical*
- *Les incitatifs d'ordres financier et législatif*

Enfin, il n'est pas possible de préciser l'efficacité des quatre stratégies suivantes en raison d'une insuffisance d'information :

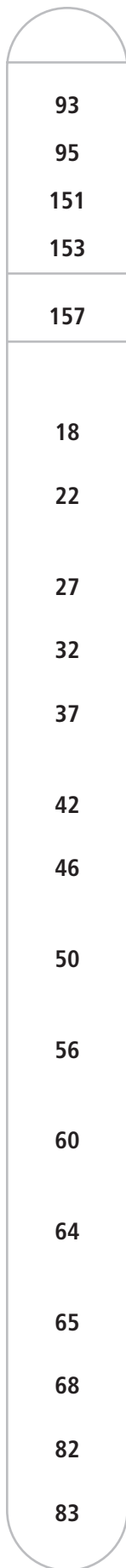
- *La distribution de matériel éducatif destiné aux cliniciens*
- *La recherche de consensus au niveau local*
- *Les leaders d'opinion locaux*
- *Les interventions de masse à l'aide des médias*

D'autre part, l'analyse des résultats obtenus et de la littérature générale portant sur les changements de pratiques cliniques nous permet de mettre en évidence six conditions d'efficacité. Il apparaît que ces conditions doivent être présentes pour parvenir à des changements durables quant à l'intégration d'actes préventifs dans la pratique 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*
- *L'inclusion de changement organisationnel dans l'intervention*

Table des matières

9	● INTRODUCTION
11	● SECTION 1 : MÉTHODOLOGIE
15	● SECTION 2 : PRÉSENTATION DU MATÉRIEL RECUEILLI
19	● SECTION 3 : RÉSULTATS
21	Formation médicale continue
25	Distribution de matériel éducatif destiné aux cliniciens
26	Approche du délégué médical
30	Audit et <i>feedback</i>
34	Recherche de consensus au niveau local
35	Leaders d'opinion locaux
36	Systèmes de rappel visant les cliniciens
41	Dossier médical électronique
44	Équipes d'amélioration de la qualité des soins
49	Système de bureau sur mesure – facilitation
55	Incitatifs d'ordres financier et législatif
59	Interventions visant le patient
63	Interventions de masse à l'aide des médias
64	Interventions multifacettes
77	● SECTION 4 DISCUSSION
79	Résumé des stratégies selon leur efficacité
81	Conditions d'efficacité des interventions
85	Concordance des résultats avec les conclusions d'autres revues de la littérature
86	Limites et forces de la revue de la littérature
89	● CONCLUSION



93 ● ANNEXES

95 Annexe A Tableaux synthèses des articles selon les stratégies

151 Annexe B Études exclues

153 Annexe C Format de la fiche de lecture

157 ● RÉFÉRENCES

● LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

18 Tableau 1: Nombre d'études incluses selon les stratégies d'intervention et l'année de publication

22 Tableau 2: Thèmes abordés selon les études recensées pour la stratégie de la formation médicale continue

27 Tableau 3: Thèmes abordés selon les études recensées pour la stratégie de l'approche du délégué médical

32 Tableau 4: Thèmes abordés selon les études recensées pour la stratégie d'audit et de *feedback*

37 Tableau 5: Thèmes abordés selon les études recensées pour la stratégie des systèmes de rappel visant les cliniciens

42 Tableau 6: Thèmes abordés selon les études recensées pour la stratégie du dossier médical électronique

46 Tableau 7: Thèmes abordés selon les études recensées pour la stratégie d'équipes d'amélioration de la qualité des soins

50 Tableau 8: Thèmes abordés selon les études recensées pour la stratégie de système de bureau sur mesure – facilitation

56 Tableau 9: Thèmes abordés selon les études recensées pour la stratégie des incitatifs d'ordres financier et législatif

60 Tableau 10: Thèmes abordés selon les études recensées pour la stratégie des interventions visant le patient

64 Tableau 11: Nombre d'études selon le nombre de stratégies présentes dans les interventions multifacettes avec leur correspondance bibliographique

65 Tableau 12: Fréquence d'utilisation de différentes stratégies dans les interventions multifacettes

68 Tableau 13: Thèmes abordés selon les études recensées pour la stratégie des interventions multifacettes

82 Tableau 14: Conditions d'efficacité des stratégies

83 Figure 1: Efficacité des 14 stratégies analysées incluant les 6 conditions d'efficacité

Liste des sigles et acronymes

ACV	Accident cérébrovasculaire
Cancer SOS	<i>Cancer Screening Office Systems</i>
CART	<i>Comprehensive Annotated Reminder Tool</i>
CLSC	Centre local de services communautaires
HEART	<i>Health Education and Research Trial</i>
HMO	<i>Health Maintenance Organization</i>
IMPROVE	<i>IMproving PRevention through Organization, Vision and Empowerment</i>
ITSS	Infection transmise sexuellement et par le sang
PAAVE	<i>Providers Asking About Violence</i>
PCP	Pratiques cliniques préventives
PPIP	<i>Put Prevention Into Practice</i>
PRECEDE-PROCEED	<i>Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation – Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development</i>
STEP-UP	<i>Study To Enhance Prevention by Understanding Practice</i>
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

Les pratiques cliniques préventives (PCP) réfèrent à un ensemble d'interventions réalisées par un clinicien (professionnel de la santé) auprès d'un patient, allant 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].

Plusieurs éléments viennent baliser la réalisation d'une démarche intégrée en matière de PCP pour le réseau de la santé publique. En effet, dès 2000, la commission Clair proposait que les directions de santé publique soutiennent les professionnels de la santé et des services sociaux afin qu'ils intègrent dans leurs consultations les pratiques efficaces de prévention [2]. En 2001, l'article 53 de la Loi sur la santé publique venait notamment préciser que les directeurs de santé publique pouvaient « favoriser et soutenir auprès des professionnels de la santé la pratique de soins préventifs » [3]. Plus récemment, dans le Programme national de santé publique 2003-2012, on a retenu, parmi les stratégies d'intervention à privilégier, le recours aux PCP par les cliniciens et le soutien par le réseau de la santé publique pour l'implantation de cette mesure [4].

L'impact de la pratique des cliniciens sur le comportement des patients a particulièrement été étudié. On reconnaît notamment que les médecins de première ligne sont placés dans une position privilégiée pour faire de la prévention, puisqu'ils rencontrent annuellement plus des deux tiers de la population [5]. Cependant, bien que l'intégration des PCP représente un réel potentiel pour la réduction de certaines maladies et qu'une proportion de cliniciens aient déjà adopté de telles pratiques, la diffusion de ces dernières auprès des professionnels de la santé et leur application dans la pratique courante demeurent un défi pour la santé publique. D'un point de vue populationnel, une plus grande intégration des PCP permettrait de réduire la morbidité et la mortalité liées à certaines maladies évitables par la prévention.

Les barrières qui nuisent à l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens sont bien documentées. Selon la littérature, différentes composantes de la pratique des cliniciens peuvent influencer la prestation de services préventifs : 1) *L'environnement de pratique* (par exemple, le manque de temps [6] et la possibilité ou la non-possibilité de recevoir du soutien d'autres collègues pour partager ou déléguer les tâches de prévention [7]); 2) *L'environnement éducationnel*

(par exemple, le peu de soutien donné aux cliniciens à la suite des formations continues [6]); 3) *L'environnement du système de santé* (notamment, l'absence de rémunération pour la grande majorité des actes préventifs [6]); 4) *L'environnement social* (particulièrement, les médias qui ont le pouvoir de générer des demandes pour des soins de santé préventifs de la part des patients [6]); 5) *Les facteurs liés aux cliniciens* (par exemple, les caractéristiques des cliniciens, telles que leur âge et leur sexe, de même que leurs propres comportements de santé [8]); 6) *Les facteurs liés aux patients* (notamment, la demande presque exclusive pour des soins curatifs [6]); 7) *Les thèmes abordés* (par exemple, les barrières plus nombreuses pour les interventions qui impliquent du counseling que pour les thèmes qui nécessitent la prescription d'un test de dépistage [8]).

Le travail de soutien des cliniciens par le réseau de la santé publique vise précisément la reconnaissance de ces obstacles, la définition des meilleures stratégies pour les surmonter et l'implantation de celles-ci. Or, à l'examen de plusieurs documents faisant état des orientations de la santé publique en matière de PCP, force est de constater le recours très fréquent à des stratégies visant presque exclusivement l'acquisition de connaissances par les cliniciens (par exemple, la formation, la production et la distribution d'outils ainsi que de bulletins d'information). Les stratégies ayant pour cible l'environnement, l'organisation du travail ou l'accompagnement des professionnels dans leur milieu sont rarement adoptées.

Le projet de recherche *Au cœur de la vie* est l'une des rares expériences au Québec dans laquelle on a associé la stratégie de formation des professionnels de la santé à des changements organisationnels et à une présence soutenue dans un milieu de soins. Ce projet s'est déroulé dans les CLSC de quatre régions du Québec de 2001 à 2004. Malgré des résultats encourageants obtenus à la mi-projet [9], il est impossible de conclure sur le maintien des changements observés en cours de route, étant donné que les résultats pour l'ensemble de la démarche évaluative ne sont pas disponibles. Pour en connaître plus sur l'expérience d'*Au cœur de la vie*, on peut se référer au guide d'implantation du projet [10].

Par ailleurs, une étude de besoins réalisée en 2006 à la Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a permis d'interroger 14 intervenants de santé publique quant à leur travail en lien avec les PCP [11]. Il est ressorti de cette étude que les intervenants n'ont pas l'impression de bien connaître l'ensemble des stratégies

visant l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens. Les intervenants interrogés ne connaissent pas bien non plus l'efficacité des stratégies et les façons de les mettre en application. Plusieurs ont l'impression que le travail qu'ils réalisent comporte d'importantes limites et ils doutent de son impact. Ainsi, des besoins sur le plan des connaissances et des habiletés à acquérir quant aux stratégies ont été observés.

Les objectifs de la présente revue de la littérature consistent à recenser et à analyser les stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques des cliniciens de première ligne, particulièrement des médecins. Elle a été réalisée selon une approche transversale des stratégies, cette approche étant différente de celle par problématique habituellement proposée. Un accent particulier a été mis sur la description de chaque stratégie et sur les conditions permettant d'accroître son efficacité.

Cette revue de la littérature s'adresse aux intervenants du réseau de la santé préoccupés par l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques. De plus, elle répond particulièrement à une demande exprimée par les répondants régionaux en matière de PCP. Ainsi, ce document présente des éléments concrets permettant de passer de la théorie à la pratique.

La revue de la littérature comporte quatre sections. La première définit la méthode utilisée pour recenser les études. Dans la deuxième section, le matériel recueilli est présenté, et la troisième section porte sur les résultats détaillés de chacune des stratégies relevées. Finalement, la dernière section consiste en une discussion sur les principaux constats faits à la suite de l'analyse des résultats et de la littérature générale portant sur les changements de pratiques cliniques. Les limites et les forces de la revue de la littérature sont également discutées.

MÉTHODOLOGIE

La recherche d'articles a été effectuée à l'automne 2006 à partir de *Medline*, une banque de données bibliographiques dans laquelle est répertoriée une bonne partie de la documentation mondiale, entre autres dans les domaines de la médecine et des sciences infirmières. La période de publication retenue est de 2000 à 2006, et une restriction aux articles de langues française et anglaise a été demandée. Cependant, aucune étude de langue française n'est ressortie au cours de la recherche d'articles.

Plusieurs mots-clés en anglais ont été utilisés lors de la recherche bibliographique. L'utilisation de termes anglais permet le repérage des études de langue française. Dans la banque *Medline*, le repérage des études de langue française par termes anglais est possible, car tous les titres et résumés des articles sont traduits en anglais peu importe leur langue d'origine.

Les mots-clés retenus sont présentés ci-dessous selon la variable recherchée.

• **Les différentes stratégies d'intervention :**

reminder, reminder system, mass media, reimbursement incentive, financial intervention, organizational change, education, continuing medical education, multifaceted intervention, local opinion leader, academic detailing, educational outreach, facilitator, facilitation, health facilitator, nurse facilitator, consensus, consensus development conferences, feedback, audit, computerized medical record systems, electronic medical record, tools, quality improvement, tailored office system, legal regulation, educational material, patient-mediated intervention.

• **Les activités préventives :**

counselling, screening, immunization, prevention, preventive health services, preventive medicine, primary prevention, health promotion, preventive dentistry.

• **Les cliniciens ou les milieux cliniques :**

physicians, nurses, dentists, pharmacists, physician's practice patterns, primary health care, primary nursing care, family practice, provider, general practitioner, health professional, clinicians.

• **Le sens de l'impact recherché :**

improve, improving, promote, promoting, enhance, enhancing, increase, increasing.

De plus, la fonction *Related articles* dans *Medline* a été fréquemment utilisée au cours de la recherche bibliographique afin de repérer les études portant sur un sujet similaire et possiblement pertinentes à inclure.

Ainsi, pour être incluses dans la revue de la littérature, les études devaient répondre aux critères suivants :

- Avoir été publiées entre 2000 et 2006 ;
- Être de langue française ou anglaise ;
- Traiter de la promotion de la santé ou de la prévention (counseling, dépistage et détection de cas, immunisation) ;
- Viser les cliniciens (médecins, infirmières, dentistes, pharmaciens ou autres professionnels de la santé) ;
- Mesurer directement ou indirectement des effets sur le comportement du clinicien eu égard à la pratique préventive visée ;
- Avoir un devis expérimental qui comporte des éléments de comparaison (groupe témoin ou éléments temporels de comparaison).

Toutes les méta-analyses et les revues de la littérature répondant aux critères d'inclusion ont également été retenues.

Par ailleurs, les études répondant aux critères suivants n'ont pas été incluses :

- Étude descriptive ;
- Étude de faisabilité ;
- Évaluation d'implantation ;
- Interventions qui visent des personnes atteintes et qui sont liées au problème de santé diagnostiqué ;
- Interventions visant le diagnostic et le traitement.

Enfin, lors de la lecture de chaque article, une fiche de lecture type a été utilisée pour recueillir l'information de façon systématique. Le format de la fiche est présenté à l'annexe C. La majorité des informations notées dans les fiches de lecture ont été retranscrites dans les tableaux synthèses des articles. Ces tableaux, regroupés par stratégie, sont fournis à l'annexe A.

PRÉSENTATION DU MATÉRIEL RECUEILLI

Plusieurs études susceptibles d'être incluses dans la présente revue de la littérature ont été relevées grâce à la recherche bibliographique dans *Medline*. On a d'abord relevé 581 études en utilisant les mots-clés retenus. Ensuite, les titres et les résumés de ces études ont été considérés au regard des critères d'inclusion définis préalablement. Cette deuxième étape a mené à la sélection de 129 études. Par la suite, une lecture plus approfondie de ces articles a permis de conserver 88 études répondant à tous les critères d'inclusion. Ces 88 études constituent le matériel utilisé. Il s'agit le plus souvent d'essais cliniques randomisés. On trouve aussi des études avant-après, des revues de la littérature ainsi que des méta-analyses.

L'annexe B présente les 41 études qui ont été exclues lors de la dernière étape de sélection des articles. Ces études ont été exclues pour diverses raisons, les principales étant qu'elles ne réfèrent pas à une expérimentation, portaient sur une étude de faisabilité ou étaient une évaluation d'implantation. Des éléments de ces articles ont toutefois pu être utilisés comme complément d'information, principalement au regard de la définition des stratégies.

La recherche bibliographique a permis de relever 14 stratégies d'intervention : *la formation médicale continue, 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 d'amélioration de la qualité des soins, le système de bureau sur mesure – facilitation, les incitatifs d'ordres financier et législatif, les interventions visant le patient, les interventions de masse à l'aide des médias, les interventions multifacettes.*

Même s'il était possible de regrouper les stratégies selon les différentes typologies utilisées dans la littérature, cela n'a pas été fait pour la présente revue. Un certain ordre a tout de même été défini. Ainsi, les stratégies misant sur le transfert d'information aux cliniciens sont d'abord présentées. Viennent ensuite les stratégies visant les changements organisationnels, puis celles visant le patient ou la population générale. Les interventions multifacettes sont présentées en dernier. Il importe de mentionner que certaines stratégies peuvent, par nature, inclure accessoirement une autre stratégie. C'est le cas, par exemple, de la formation médicale continue, qui inclut habituellement la distribution de matériel éducatif destiné aux cliniciens.

Le tableau 1 présente le nombre d'études incluses selon les stratégies d'intervention et l'année de publication, qui varie de 2000 à 2006. À noter qu'aucune étude n'a été relevée au regard de l'évaluation de quatre stratégies lorsqu'utilisées seules pour accroître la prestation de services préventifs : 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.

L'information relative à chacune de ces stratégies est présentée dans la section des résultats selon sept aspects : la définition, la description opérationnelle, les thèmes abordés selon les études recensées, l'efficacité, les commentaires des auteurs des études recensées, les conditions d'efficacité ainsi que des éléments à retenir pour l'action. À noter que pour les quatre stratégies dont aucun article n'a été relevé, seule la définition est mentionnée.

La **définition théorique** des stratégies permet de bien comprendre ce en quoi elles consistent. Pour cet aspect, des articles généraux publiés antérieurement à la période retenue ont pu être utilisés.

La **description opérationnelle** vise à donner des exemples concrets quant à la façon d'appliquer la stratégie. Des illustrations d'interventions, le plus souvent par le biais d'un article qui donne une information détaillée sur la façon dont s'est déroulée l'intervention, sont présentées.

Un tableau permet de prendre connaissance des **thèmes abordés** dans les expérimentations selon la nature de l'intervention (par exemple, le counseling). La nature de l'intervention est rapportée telle qu'elle est présentée par les auteurs des études. Par exemple, certains auteurs ont pu considérer l'évaluation et la documentation au dossier d'un facteur de risque comme un acte préventif en soi, tandis que d'autres auteurs ont pu ne pas les considérer ainsi, bien qu'elles aient été réalisées naturellement par le clinicien comme étape préalable nécessaire à un acte préventif (par exemple, l'évaluation du statut vaccinal).

L'**efficacité** de la stratégie pour modifier la pratique des cliniciens est présentée selon les résultats obtenus dans les articles et selon la signification statistique de ces résultats.

TABLEAU 1 NOMBRE D'ÉTUDES INCLUSES SELON LES STRATÉGIES D'INTERVENTION ET L'ANNÉE DE PUBLICATION

Stratégies	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
Formation médicale continue	2	2	2	2		2		10
Distribution de matériel éducatif destiné aux cliniciens								Aucune
Approche du délégué médical	2		1	1			1	5
Audit et <i>feedback</i>	1			1			2	4
Recherche de consensus au niveau local								Aucune
Leaders d'opinion locaux								Aucune
Systèmes de rappel visant les cliniciens	1	1	2		1	3	1	9
Dossier médical électronique		1		1				2
Équipes d'amélioration de la qualité des soins	2	1					1	4
Système de bureau sur mesure – facilitation	1	3	1	1		3		9
Incitatifs d'ordres financier et législatif	1			1	1	1	1	5
Interventions visant le patient	3	1	1			1	1	7
Interventions de masse à l'aide des médias								Aucune
Interventions multifacettes	4	6	2	5	8	5	3	33
TOTAL	17	15	9	12	10	15	10	88

Les **commentaires des auteurs des études recensées** réfèrent le plus souvent aux avantages et aux inconvénients que les auteurs lient à l'intervention qu'ils ont expérimentée. Les données concernant les coûts de l'intervention, lorsqu'elles sont disponibles, sont mentionnées.

Les **conditions d'efficacité** réfèrent à divers aspects à prendre en considération afin d'accroître l'efficacité des stratégies. Le plus souvent, il s'agit d'hypothèses émises par les auteurs des études recensées concernant des éléments de contexte, des préalables, des facteurs externes, etc., qui sont parfois indépendants de la stratégie expérimentée, mais qui semblent avoir été déterminants dans le succès ou l'échec rapporté.

Sous forme d'énoncés brefs, **quelques éléments à retenir pour l'action** sont mentionnés.

Enfin, pour chacune des stratégies, un tableau synthèse des articles est fourni à l'annexe A. Les informations suivantes y sont présentées : la référence, le devis de recherche, les thèmes abordés, le lieu d'expérimentation, la population à l'étude, la description de l'intervention, les principaux résultats, les limites de l'étude selon les auteurs, de même que des commentaires généraux.

RÉSULTATS

Formation médicale continue

Continuing medical education

DÉFINITION

La formation médicale continue est l'une des stratégies les plus couramment utilisées afin de soutenir l'implantation des guides de pratique clinique [13]. L'objectif principal de la formation médicale continue est d'améliorer la pratique des cliniciens afin que les patients puissent recevoir les meilleurs soins de santé possible [14]. Plus spécifiquement, cette stratégie vise à accroître les connaissances et les habiletés des professionnels de la santé au regard de l'ensemble des services, que ceux-ci soient curatifs ou préventifs.

La formation médicale continue inclut les conférences, les présentations, les ateliers, les séminaires, les symposiums et les cours donnés à l'extérieur ou à l'intérieur du milieu de pratique [14]. Cette stratégie se divise en présentations didactiques et en ateliers interactifs [14]. La formation médicale continue didactique fait référence à la formation continue traditionnelle où l'information est diffusée de façon passive aux professionnels de la santé [14]. Elle comprend les rencontres lors desquelles les conférences et les présentations sont prédominantes, et elle peut inclure une période de questions et de réponses [14]. À l'inverse, les rencontres éducatives interactives impliquent une interaction entre les participants, par exemple par le biais de jeux de rôle, de discussions au regard de cas cliniques ou de mises en situation pour développer des habiletés [14]. Ces rencontres peuvent être réalisées auprès d'un petit groupe (moins de 10 participants), d'un groupe moyen (de 10 à 19 participants) ou d'un grand groupe (plus de 19 participants) [14]. Dans leurs écrits, Thomson O'Brien et autres [14] qualifient de mixtes (*mixed sessions*) les rencontres qui incluent à la fois des composantes didactiques et interactives.

D'après les articles analysés pour la présente stratégie, il apparaît que du matériel éducatif ou d'autres ressources sont la plupart du temps utilisés ou remis lors des rencontres de formation médicale continue. De plus, la majorité des rencontres interactives expérimentées comprennent également une composante didactique où de l'information est transmise aux cliniciens sous forme d'une présentation traditionnelle. À noter que la formation médicale continue constitue une composante dans 19 des 33 études retenues pour la stratégie des interventions multifacettes abordée plus loin.

DESCRIPTION OPÉRATIONNELLE

L'intervention expérimentée par Lustig et autres [15] afin d'accroître le dépistage et le counseling chez les adolescents au sujet de divers thèmes, permet d'illustrer une stratégie de formation médicale continue combinant des composantes didactiques et interactives. L'atelier de formation est élaboré à partir de la théorie sociale cognitive de Bandura et le modèle PRECEDE-PROCEED de Green. L'objectif est d'agir sur les connaissances des cliniciens, leurs attitudes, leur efficacité personnelle perçue ainsi que leurs habiletés pour parvenir à les faire changer de comportement.

L'atelier, divisé en deux sessions de quatre heures, comprend quatre composantes. La première composante consiste en une présentation didactique au sujet des statistiques liées aux comportements à risque chez les adolescents, du développement des adolescents et du rôle des cliniciens de première ligne auprès de cette clientèle. Sont également présentés aux cliniciens un canevas général permettant d'interroger les jeunes sur leurs comportements, l'aspect de la confidentialité ainsi que des suggestions de questions de dépistage et de messages brefs pour réaliser le counseling auprès des adolescents.

La seconde composante de l'intervention consiste en des périodes interactives de questions et de réponses ainsi que de discussions concernant l'information transmise lors de la première composante. La troisième composante est constituée de démonstrations de jeux de rôle réalisés avec des acteurs qui interprètent des adolescents. Les participants peuvent alors voir une simulation d'une visite clinique avec un adolescent. La visite débute par une discussion concernant la confidentialité, suivie de dépistage et de counseling bref au regard de thématiques spécifiques. Enfin, dans la quatrième composante de l'atelier, les participants sont invités à interpréter des rôles avec les acteurs en utilisant différents scénarios. Deux observateurs sont présents lors de cette composante pour formuler aux cliniciens des commentaires sur leur intervention.

Un manuel de formation incluant de l'information sur chacun des thèmes traités, une liste de ressources cliniques et communautaires ainsi que des articles scientifiques et une bibliographie sont remis aux cliniciens lors de la formation.

THÈMES ABORDÉS SELON LES ÉTUDES RECENSÉES

Pour cette stratégie, dix articles ont été relevés, dont une méta-analyse. Le tableau 2 présente les thèmes abordés dans ces articles.

EFFICACITÉ

Dans six des dix études analysées pour cette stratégie, on a trouvé que de façon générale, la formation médicale continue n'entraînait pas d'augmentation significative de la prestation de services préventifs

TABLEAU 2

THÈMES ABORDÉS SELON LES ÉTUDES RECENSÉES POUR LA STRATÉGIE DE LA FORMATION MÉDICALE CONTINUE

	Allison et autres, 2005 [16]	Beaulieu et autres, 2002 [17]	Cornuz et autres, 2002 [18]	Hered et Rothstein, 2003 [19]	Lustig et autres, 2001 [15]	Moore et autres, 2003 [20]	Shariff et autres, 2000 [21]	Thomson O'Brien et autres, 2001 [14] (méta-analyse) ¹	Tziraki et autres, 2000 [22]	Verhoeven et autres, 2005 [23]
Dépistage										
Cancer du col de l'utérus		✓								
Chlamydia	✓									✓
Cholestérol		✓								
Consommation excessive d'alcool		✓								
Examen clinique des seins		✓								
Glycémie à jeun		✓								
Hypertension		✓								
Mammographie		✓								
Trouble de la vision chez les enfants d'âge préscolaire				✓						
Counseling										
Activité physique		✓								
Allaitement							✓			
Casque à vélo					✓ ²					
Ceinture de sécurité					✓ ²					
Cessation tabagique		✓	✓		✓ ²					
Comportements sexuels à risque					✓ ²					
Consommation de calcium		✓								
Consommation de drogues					✓ ²					
Diète riche en fibres et faible en matières grasses		✓								
Nutrition						✓			✓ ³	
Thérapies de remplacement de la nicotine		✓								
Immunisation										
Tétanos		✓								

1. Les thèmes ne sont pas précisés par les auteurs.

2. Dépistage et counseling.

3. Dépistage, counseling et suivi.

[16, 17, 19-21, 23]. De ces six études, quatre consistent en des sessions interactives. Pour l'ensemble des articles recensés, les auteurs ne rapportent pas d'information concernant l'effet, sur la modification de la pratique des cliniciens, de caractéristiques telles que la taille du groupe, la durée de la formation ainsi que le nombre de rencontres.

Pour deux études [15, 18], on parvient à une amélioration significative de la pratique des cliniciens à la suite d'une formation interactive. Les formations visaient respectivement à accroître le dépistage et le counseling au regard de comportements à risque chez les adolescents (utilisation du casque et de la ceinture de sécurité, tabagisme, consommation d'alcool et comportements sexuels) ainsi qu'à augmenter le counseling anti-tabagique chez les patients âgés de 16 à 75 ans. Pour sa part, la formation interactive expérimentée par Tziraki et autres [22] a entraîné une amélioration significative de l'organisation du milieu clinique pour favoriser des services liés à la nutrition ainsi qu'une augmentation du dépistage de l'adhésion des patients aux recommandations alimentaires prescrites par le *National Cancer Institute*. Le counseling au regard des habitudes alimentaires ou la référence des patients vers d'autres professionnels de même que le suivi des patients quant à la modification de leurs habitudes alimentaires n'ont pas augmenté de façon significative.

Dans leur méta-analyse, dont les thèmes ne sont pas précisés, Thomson O'Brien et autres [14] concluent que les sessions didactiques ne sont pas efficaces pour modifier les comportements des cliniciens. Cependant, ces auteurs rapportent que les ateliers interactifs peuvent amener des changements dans la pratique clinique, bien que les résultats ne soient pas constants pour toutes les études qu'ils ont évaluées.

COMMENTAIRES DES AUTEURS DES ÉTUDES RECENSÉES

Certains auteurs des études recensées pour la stratégie de formation médicale continue mentionnent que les principaux avantages de cette stratégie résident dans le fait qu'elle demeure simple à réaliser et qu'elle est peu coûteuse [16, 17].

CONDITIONS D'EFFICACITÉ¹

Cornuz et autres [18] précisent que trois raisons peuvent expliquer l'efficacité de leur intervention de formation médicale continue pour accroître le counseling anti-tabagique. Tout d'abord, les participants ont passé plus de la moitié du temps accordé à la formation à utiliser des méthodes d'apprentissage actives, par exemple des jeux de rôle. Ensuite, le programme durait plus longtemps (huit heures) que la majorité des formations, qui sont habituellement d'une durée de quatre heures et moins. Les auteurs avancent l'hypothèse qu'une formation d'une intensité plus élevée peut être plus efficace. De plus, le programme de formation expérimenté était basé sur le modèle transthéorique des stades de changement du comportement élaboré par Prochaska, permettant au médecin de mieux comprendre le processus de cessation tabagique et d'adapter son intervention à la motivation de chacun de ses patients fumeurs.

Cependant, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la formation donnée seule est peu susceptible d'être une solution efficace afin de parvenir à une meilleure intégration des services préventifs dans la pratique clinique [19, 20]. D'autres stratégies plus intensives semblent être nécessaires pour parvenir à davantage d'efficacité [15, 21, 23]. Notamment, la présence de renforcement à la suite de la formation, par exemple par du *feedback* continu ou des stratégies organisationnelles comme des systèmes de rappel, apparaît essentielle afin que les cliniciens surmontent les barrières qu'ils vivent et qu'on observe un changement durable de leur comportement [14, 15, 18, 22]. De plus, quelques auteurs avancent que sans le leadership d'un médecin dans le milieu de pratique, il est peu probable que des changements durables aient lieu [19, 21], particulièrement au regard des attitudes et de la routine de soins déjà présentes dans le milieu de pratique [19].

1. Cette section réfère le plus souvent aux hypothèses des auteurs des articles recensés.

De façon plus spécifique, Thomson O'Brien et autres [14] rapportent que les ateliers interactifs, c'est-à-dire qui incluent entre autres des discussions en petits groupes de même que des activités pour développer les habiletés, sont davantage susceptibles d'être efficaces pour améliorer les pratiques que les sessions uniquement didactiques. Les formations interactives peuvent ainsi représenter une composante importante d'une intervention plus globale visant à accroître la prestation de services préventifs [15]. Enfin, pour quelques auteurs, enseigner aux médecins des habiletés liées aux services préventifs lors de leur formation universitaire pourrait être davantage efficace que de tenter de modifier leurs comportements alors qu'ils pratiquent déjà [18, 19].

QUELQUES ÉLÉMENTS À RETENIR POUR L'ACTION

- Qu'elle soit didactique ou interactive, la formation donnée seule est peu susceptible d'être efficace pour l'intégration de la prévention dans la pratique clinique.
- Bien que les ateliers interactifs semblent davantage efficaces que les sessions uniquement didactiques, l'intégration de la formation médicale continue interactive à l'intérieur d'une approche multifacette semble être préférable à l'utilisation unique de cette stratégie.
- La présence de renforcement (*feedback*, changements organisationnels, personne clé dans le milieu) à la suite de la formation apparaît essentielle pour accroître la modification des comportements des cliniciens.

Distribution de matériel éducatif destiné aux cliniciens

Educational material

La distribution de matériel éducatif aux cliniciens consiste en la distribution passive d'information (c'est-à-dire qui n'est pas accompagnée d'explication verbale ou d'autres efforts d'intégration) [12] concernant les recommandations pour les services curatifs et préventifs [24]. Cela peut se faire au moyen de journaux professionnels, de guides de pratique, de matériel audio-visuel ou de publications électroniques [24]. Le matériel peut être remis en main propre, distribué par la poste [25] ou encore par courrier électronique. Cette stratégie, qui vise un facteur prédisposant au

changement de comportement du modèle PRECEDE-PROCEED de Green, soit les connaissances, peut être utile pour informer les professionnels de la santé des nouveaux développements dans leur domaine [26]. Cependant, Woodward [26], dans un document sur les changements de pratiques professionnelles, affirme que la distribution de matériel éducatif aurait avantage à être utilisée en combinaison avec d'autres interventions.

Aucune étude dans laquelle on a évalué cette stratégie de façon unique n'a été relevée lors de la présente recherche d'articles pour la période de publication allant de 2000 à 2006. Étant donné que la distribution de matériel éducatif est jugée peu efficace pour modifier la pratique clinique lorsqu'elle est utilisée seule [12, 24], il se peut que les études récentes aient davantage porté sur des stratégies plus prometteuses, dont les interventions multifacettes, qui peuvent inclure la présente stratégie.

Approche du délégué médical

Academic detailing, educational outreach

DÉFINITION

Le délégué médical est une personne formée qui visite et rencontre en personne le clinicien dans son milieu de pratique [25] afin de l'amener à modifier ou renforcer un comportement. Les visites du délégué médical sont brèves et répétées [27, 28]. Cette approche est largement utilisée par les compagnies pharmaceutiques comme stratégie de marketing afin de promouvoir l'utilisation optimale de la prescription de médicaments par les médecins [27].

Les principales composantes de cette stratégie, appliquée à la prévention, sont l'évaluation du niveau de connaissances et de la motivation du clinicien, la mise en valeur et la répétition de messages-clés ainsi que le renforcement positif des comportements améliorés [29]. De façon plus spécifique, par l'approche du délégué médical, on vise à modifier les connaissances et le comportement du clinicien en lui donnant de l'information [25]. Cette information est la plupart du temps adaptée aux demandes du clinicien ainsi qu'à ses besoins [26, 28]. Elle peut prendre des formes variées, telles que du *feedback* concernant la performance en lien avec le comportement visé [25, 26]. Afin de modifier les croyances et les attitudes du clinicien au regard des services préventifs, le délégué médical utilise la communication persuasive pour lui transmettre l'information [27]. La communication persuasive réfère à un ensemble de techniques de négociation dans lesquelles on tient compte du rôle important des émotions dans la prise de décision [30].

Bien qu'elle soit principalement axée sur la transmission d'information, l'approche du délégué médical inclut la plupart du temps d'autres stratégies. En plus de l'information qu'il transmet au clinicien lors de ses visites, le délégué médical en prévention distribue généralement divers outils, tels que du matériel éducatif pour le patient [27]. Dans l'approche du délégué médical, des systèmes de rappel peuvent également être utilisés pour aider les cliniciens à surmonter certains obstacles organisationnels qu'ils vivent et qui nuisent à la prestation des services préventifs [27].

DESCRIPTION OPÉRATIONNELLE

La méta-analyse de Thomson O'Brien et autres [25] permet de décrire de façon plus détaillée les composantes de l'approche du délégué médical. Ces auteurs ont en effet dégagé quatre types de visites.

Dans le premier type de visites, on tente d'influencer le changement de pratiques en utilisant la persuasion. Cette démarche s'effectue selon les huit étapes de l'approche du marketing social : 1) Réaliser une entrevue initiale afin d'évaluer la motivation et les barrières au changement; 2) Élaborer le programme selon les objectifs spécifiques du clinicien; 3) Fixer les objectifs; 4) Établir la crédibilité; 5) Encourager la participation du médecin; 6) Utiliser du matériel éducatif concis; 7) Répéter les messages-clés; 8) Donner du renforcement lors de visites subséquentes.

Le deuxième type de visites implique également la persuasion, mais ne comporte pas spécifiquement une évaluation quant aux barrières liées au changement de pratique. Dans le troisième type de visites, on souhaite changer le comportement du clinicien en rendant davantage efficaces les procédures de bureau en vue de la prestation de services préventifs dans le milieu de pratique. On tente ainsi de diminuer certaines barrières organisationnelles. Enfin, dans le quatrième type de visites, l'accent est mis sur le développement des habiletés du clinicien, par exemple par des jeux de rôle. Le clinicien peut alors développer ses habiletés et obtenir du *feedback* au regard de celles-ci.

Dans toutes les interventions analysées par Thomson O'Brien et autres, on utilisait plusieurs composantes en plus des visites réalisées par le délégué, telles que la remise de matériel écrit et des formations à l'extérieur de la clinique médicale. Dans une portion des études, on utilisait également des systèmes de rappel ou de l'audit et du *feedback*. Quant à la fréquence des visites, elle variait selon les études, allant d'une seule fois durant la période d'intervention jusqu'à une fois par semaine durant sept mois.

D'autre part, l'intervention réalisée par Young et autres [31] au regard de la cessation tabagique permet d'illustrer l'approche du délégué médical en prévention. Durant l'intervention, les cliniciens étaient rencontrés par le délégué à trois reprises sur une période de quatre mois. L'objectif de la première rencontre était d'évaluer les besoins du clinicien, de donner un *feedback* sur sa performance actuelle et de mettre l'accent sur l'efficacité du counseling bref pour la cessation tabagique. Chaque clinicien recevait un profil individuel et des outils pour le counseling anti-

tabagique, par exemple une feuille avec les raisons communément utilisées par les patients pour ne pas cesser de fumer et des suggestions de réponses pour le clinicien. La deuxième visite visait à renforcer les messages donnés lors de la première visite, à déterminer les barrières vécues par le clinicien, à suggérer des solutions pour pallier les difficultés vécues et à discuter des stratégies efficaces pour aider les patients à cesser de fumer, comme fixer une date d'arrêt. Le délégué introduisait le concept de système de rappel, et des outils étaient remis aux cliniciens, tels que des trousse de cessation tabagique pour les patients et des échantillons de produits de remplacement de la nicotine. Enfin, lors de la dernière visite, on vérifiait tous les problèmes éprouvés par le clinicien, on distribuait les *Post-it* servant de systèmes de rappel et on remettait au besoin d'autre matériel au clinicien.

THÈMES ABORDÉS SELON LES ÉTUDES RECENSÉES

Pour cette stratégie, cinq articles ont été relevés, dont une méta-analyse. Le tableau 3 permet de visualiser les thèmes abordés dans ces articles.

EFFICACITÉ

Gorin et autres [27] ont vérifié l'efficacité de l'approche du délégué médical réalisée auprès de médecins et comprenant des visites, du matériel éducatif pour le clinicien et le patient, des séminaires et un bulletin d'information. Les résultats démontrent que cette intervention augmenterait de façon significative la recommandation pour la mammographie et l'examen clinique des seins chez les femmes âgées de 40 ans et plus. Cependant, une étude réalisée antérieurement par les mêmes auteurs [28] démontre que cette intervention n'entraînerait pas de changement significatif de la

TABLEAU 3

THÈMES ABORDÉS SELON LES ÉTUDES RECENSÉES POUR LA STRATÉGIE DE L'APPROCHE DU DÉLÉGUÉ MÉDICAL

	Gorin et autres, 2000 [28]	Gorin et autres, 2006 [27]	Thomson O'Brien et autres, 2000 [25] (méta-analyse) ¹	Young et autres, 2002 [31]	Young et Ward, 2003 [32]
Évaluation du risque					
Statut tabagique				✓	
Dépistage					
Cancer colorectal	✓ ²		✓		
Cancer de la prostate	✓ ²				
Cancer du col de l'utérus	✓ ²		✓		✓
Cancer du poumon	✓ ²				
Examen clinique des seins		✓	✓		
Mammographie	✓ ²	✓	✓		
Counseling					
Auto-examen des seins			✓		
Cessation tabagique			✓	✓	
Diète faible en matières grasses			✓		
Diète riche en fibres			✓		
ITSS			✓		

1. Pour cette étude, seuls les thèmes des études traitant de services préventifs ont été indiqués.

2. Pour ces thèmes, les auteurs font référence au dépistage et au counseling.

pratique clinique au regard du dépistage et du counseling pour les cancers suivants : col de l'utérus, sein, poumon, colorectal et prostate.

Dans une étude australienne, on a expérimenté une approche du délégué médical en prévention réalisée auprès de médecins et comprenant des visites, la réalisation d'un profil individuel, la distribution d'outils, la remise de matériel éducatif pour les patients ainsi qu'un système de rappel visant les médecins et les patients. Cette intervention n'entraînerait pas une augmentation du dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes âgées de 18 à 70 ans [32]. Cette même intervention a été expérimentée au regard de la documentation du statut tabagique et du counseling anti-tabagique réalisé auprès d'adultes âgés de 18 à 70 ans [31]. Seul l'avis des médecins concernant les thérapies de remplacement de la nicotine a augmenté de façon significative. Aucune différence significative n'est relevée pour les autres composantes du counseling, telles que la détermination d'une date d'arrêt ou la remise de matériel éducatif au patient, ainsi que pour la documentation du statut tabagique dans le dossier médical.

La méta-analyse de Thomson O'Brien et autres [25] démontre que la stratégie du délégué médical en prévention entraînerait des effets positifs sur la pratique des cliniciens, bien que ces effets varient de faibles à modérés. Les auteurs discutent cependant de l'incertitude concernant le maintien de ces effets positifs à plus long terme, étant donné que dans la plupart des études analysées, le suivi était de courte durée. De façon plus spécifique, 3 études seulement sur les 18 analysées dans cette méta-analyse portaient sur des actes préventifs. Les données démontrent que les résultats sont variables pour deux études (l'une portant sur les ITSS; l'autre, sur divers services préventifs), alors qu'aucune différence significative n'a été notée dans la troisième étude, qui porte sur la cessation tabagique.

COMMENTAIRES DES AUTEURS DES ÉTUDES RECENSÉES

Au regard des avantages liés à l'utilisation de l'approche du délégué médical en prévention, Gorin et autres [28] traitent du fait que le délégué propose du matériel et des approches qui sont simples à adapter aux demandes des milieux de pratique surchargés. De plus, la transmission d'information en réponse à une demande spécifique du médecin concorderait avec l'approche de résolution de problèmes utilisée par les

médecins dans leur pratique pour aborder les patients [28]. Quelques auteurs mentionnent cependant que l'approche du délégué médical serait associée à un grand coût de démarrage et à des coûts de maintien considérables [25, 26].

CONDITIONS D'EFFICACITÉ¹

L'acquisition de nouvelles connaissances chez les cliniciens de même que leur satisfaction au regard de l'intervention apparaissent comme des éléments insuffisants pour modifier leur comportement [32]. Dans le même sens, Gorin et autres [28] émettent l'hypothèse que la dissémination de nouvelles informations par le biais d'un délégué médical en prévention peut être nécessaire, mais demeure non suffisante pour parvenir à un changement dans la pratique des cliniciens. Une combinaison de plusieurs stratégies pourrait être davantage efficace pour parvenir aux changements souhaités. Bien qu'ils fassent référence à la prescription de médicaments, Thomson O'Brien et autres [25] pensent également qu'une combinaison de la stratégie avec d'autres interventions, particulièrement le marketing social, pourrait être efficace afin de parvenir à des modifications de comportements. Notamment, dans l'approche du marketing social, l'entrevue préliminaire avec le clinicien pour définir les barrières au changement constituerait une étape-clé dans le processus de modification de comportement.

Par ailleurs, dans un document général portant sur les changements de pratiques professionnelles, Woodward [26] rapporte que les visites du délégué médical peuvent être efficaces afin de modifier un comportement qui requiert des ajustements mineurs dans la routine du clinicien, tel que la prescription de médicament. Cependant, l'auteure discute du fait qu'il est possible que cette stratégie ne soit pas efficace pour parvenir à des changements de comportements qui nécessitent davantage d'habiletés et d'ajustements de la part du professionnel de la santé et des autres membres du personnel avec qui il doit coordonner ses efforts. De plus, elle mentionne qu'il est probable que cette approche soit généralement efficace en tant que stratégie prédisposante (c'est-à-dire qui aide à développer la compréhension du besoin de changer et donne de l'information concernant les différentes options de changement), particulièrement lorsque des stratégies facilitantes, telles que des systèmes de rappel ou des interventions visant le patient, accompagnent les visites réalisées par le délégué. En effet, les

1. Cette section réfère le plus souvent aux hypothèses des auteurs des articles recensés.

stratégies prédisposantes utilisées en conjonction avec des outils qui facilitent la modification du comportement des professionnels de la santé seraient davantage susceptibles d'avoir un impact sur la qualité des soins [26].

Enfin, la méta-analyse de Thomson O'Brien et autres [25] indique que le nombre de visites nécessaires par le délégué pour parvenir aux changements de comportements souhaités demeure incertain. Cependant, Gorin et autres [28] ont constaté une relation dose-réponse chez un sous-groupe de participants dans leur étude. En effet, les médecins ayant participé à davantage de visites étaient plus susceptibles de modifier leurs comportements. Ainsi, les médecins qui ont reçu trois visites ou plus du délégué ou qui ont participé aux séminaires complémentaires étaient 2,5 fois plus enclins à promouvoir des comportements préventifs chez leurs patients comparativement aux médecins ayant reçu moins de trois visites. Cette différence était significative sur le plan statistique.

QUELQUES ÉLÉMENTS À RETENIR POUR L'ACTION

- Bien qu'elle comporte généralement plusieurs composantes, l'approche du délégué médical demeure principalement une stratégie éducative.
- L'acquisition de connaissances est essentielle mais non suffisante pour parvenir à des changements de comportement.
- Cette stratégie pourrait être davantage efficace pour modifier les comportements prescriptifs que ceux qui nécessitent davantage d'habiletés et d'ajustements de la part du clinicien, tels que le counseling.
- L'approche du délégué médical pourrait servir de stratégie prédisposante (pour modifier les connaissances et les attitudes) et devrait être associée à des stratégies facilitantes telles que des changements organisationnels.

Audit et *feedback*

Audit and feedback

DÉFINITION

La stratégie d'audit et de *feedback* est fréquemment utilisée pour évaluer les pratiques des cliniciens et inciter ces derniers à améliorer leur performance [33-35]. Cette stratégie se base sur le postulat selon lequel les cliniciens seront amenés à modifier leurs comportements s'ils reçoivent du *feedback* quant au fait que leurs pratiques ne correspondent pas à celles de leurs pairs ou aux recommandations acceptées dans la communauté scientifique [34]. Woodward [26] considère d'ailleurs cette stratégie comme un facteur de renforcement au changement de comportement des cliniciens.

De façon générale, l'audit réfère à la collecte de données concernant la performance clinique. La plupart du temps, l'audit s'effectue par la révision des dossiers médicaux. L'information peut cependant être obtenue d'autres sources, soit à partir de bases de données informatisées, des patients directement ou encore d'observations réalisées auprès du clinicien [24]. Les critères utilisés pour l'audit sont habituellement explicites et acceptés préalablement par le clinicien [26]. Le *feedback* pour sa part, correspond à la présentation au clinicien des données recueillies [24].

Ainsi, la stratégie d'audit et de *feedback* se définit comme toute information sur la performance clinique collectée sur une période de temps définie et présentée au professionnel de la santé après la collecte [25, 34-36] de façon verbale ou par écrit (en format papier ou électronique) [25, 34]. Avec le *feedback*, en plus de recevoir de l'information sur sa propre performance, le clinicien peut obtenir de l'information qui lui permet de se comparer avec ses pairs ou d'évaluer ses pratiques selon les standards attendus [26]. D'autres interventions [36] et des recommandations cliniques peuvent être incluses dans le *feedback* [25, 34-36]. De plus, le *feedback* peut être donné au clinicien de façon individuelle, à un groupe de cliniciens ou encore à une organisation [35]. C'est généralement une personne externe [33], également professionnelle de la santé [26], qui passe en revue les dossiers du milieu de pratique et donne le *feedback* aux cliniciens [33].

Jamtvedt et autres [34] définissent les caractéristiques suivantes du *feedback*: 1) Le *destinataire* (un individu ou un groupe); 2) Le *format* (verbal, écrit ou verbal et écrit); 3) La *source* (un superviseur ou un collègue plus expérimenté, une organisation de révision des standards professionnels, un représentant de l'employeur ou un chercheur); 4) La *fréquence* (fréquente, c'est-à-dire de façon hebdomadaire, modérée, c'est-à-dire mensuellement, ou peu fréquente, soit moins d'une fois par mois); 5) La *durée* (prolongée, soit une année ou plus, modérée, c'est-à-dire entre un mois et une année, ou brève, soit moins d'un mois); 6) Le *contenu* (l'information concernant le patient, telle que la mesure de la tension artérielle ou un résultat de test, la conformité avec des standards, des recommandations ou les pairs, l'information au sujet des coûts, du nombre de tests demandés ou des prescriptions).

À partir de ces caractéristiques, l'intensité du *feedback* peut être déterminée [34]. Ainsi, un *feedback* intensif est donné à un destinataire individuel, se présente sous forme verbale, provient d'un superviseur ou d'un collègue plus expérimenté et a une durée prolongée ou modérée. À l'inverse, un *feedback* non intensif est donné à un groupe, ne provient pas d'un superviseur ou d'un collègue plus expérimenté, est présenté par écrit et contient de l'information au sujet des coûts et du nombre de tests réalisés. Un *feedback* modérément intensif serait constitué selon les auteurs, de toute autre combinaison que celles décrites pour le *feedback* intensif ou non intensif.

Par ailleurs, dans leur méta-analyse, Jamtvedt et autres [34] rapportent une étude établissant une autre distinction entre le *feedback* passif et le *feedback* actif. Le *feedback* passif correspondrait à la prestation d'informations non sollicitées, alors que le *feedback* actif impliquerait le clinicien dans les moyens à mettre en place pour favoriser un changement de comportement.

DESCRIPTION OPÉRATIONNELLE

Parmi les études recensées, c'est celle de Houston et autres [37] qui permet le mieux d'illustrer la forme que peut prendre la stratégie d'audit et de *feedback*. Les auteurs ont d'abord créé un outil standardisé pour extraire l'information des dossiers médicaux et ainsi effectuer de manière objective un audit de la performance des résidents de deux programmes universitaires au regard de différents services préventifs. Par la suite, un programme de *feedback* à trois composantes était réalisé. Celui-ci avait pour objectifs d'exposer les résidents au concept d'audit de

performance, d'encourager ceux-ci à réfléchir aux lacunes de leur propre performance et de les inciter à améliorer leurs pratiques.

Tout d'abord, l'équipe de recherche discutait des principes de l'audit de performance et donnait du *feedback* général pour chacun des programmes de résidence lors d'une conférence midi. Ensuite, les résidents recevaient de façon confidentielle du *feedback* individuel sur leur performance en comparaison avec la performance moyenne des 10 % des résidents dont la performance était la plus élevée. Enfin, à la moitié de l'année scolaire, le *feedback* sur la performance individuelle des résidents était révisé lors d'une séance. Cette séance était conduite par le directeur du programme ou un autre membre de la faculté qui agissait comme leader d'opinion local et basait son *feedback* sur les principes du délégué médical, soit l'investigation du niveau de base de la performance, la prestation de renforcement positif et la définition d'objectifs comportementaux clairs. Ainsi, cette personne passait en revue les domaines pour lesquels le résident affichait une bonne performance et donnait du *feedback* positif à ce sujet. Elle révisait par la suite les champs pour lesquels la performance du résident était sous-optimale ou nécessitait une amélioration et demandait au résident quel plan il avait pour améliorer sa performance. Le leader d'opinion local travaillait alors à définir des stratégies concrètes avec le résident pour que ce dernier puisse parvenir à s'améliorer.

THÈMES ABORDÉS SELON LES ÉTUDES RECENSÉES

Pour cette stratégie, quatre articles ont été relevés, dont une revue de la littérature et une méta-analyse. Le tableau 4 présente les thèmes abordés dans ces articles.

EFFICACITÉ

À la suite de leur intervention, Houston et autres [37] observent une différence significative chez le groupe exposé pour le counseling anti-tabagique, le counseling concernant l'utilisation de la ceinture de sécurité chez les enfants, le dépistage du cancer du côlon et de l'hyperlipidémie de même que pour l'immunisation contre le pneumocoque. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les groupes au regard de l'évaluation du statut tabagique, de la mammographie, du counseling concernant les sièges d'auto pour les enfants, de l'immunisation complète et du dépistage du strabisme chez les enfants.

Pour leur part, Paukert et autres [33] ont évalué l'effet d'un audit de dossiers réalisé par des pairs sur la performance d'un groupe de résidents au regard des thèmes suivants : dépistage du cancer colorectal, du cancer du col de l'utérus, de l'hyperlipidémie et de l'hypertension, mammographie, hémoglobine glyquée et microalbuminurie, counseling anti-tabagique, immunisation contre le pneumocoque, la diphtérie et le tétanos ainsi que prise d'une aspirine quotidienne pour les patients à risque de maladies coronariennes. Les auteurs concluent que dans l'ensemble, les résidents ont significativement augmenté leur prestation de services préventifs à la suite de l'intervention. Un score total était donné aux résidents lors de l'audit pour les 12 services préventifs. Les résultats pour chacun des thèmes ne sont pas disponibles.

Dans leur méta-analyse, Jamtvedt et autres [34] concluent que la stratégie d'audit et de *feedback* peut être efficace pour améliorer la pratique professionnelle, mais que ces améliorations sont généralement faibles. Les résultats de leur méta-analyse démontrent que dans les interventions multifacettes, la contribution de l'audit et du *feedback* est souvent minime, et l'efficacité des interventions multifacettes pourrait dépendre davantage de composantes de l'intervention autres que l'audit et le *feedback*. La revue de la littérature de Bordley et autres [36] permet quant à elle de constater que dans 12 des 15 études qu'ils ont retenues, on a trouvé que cette stratégie, utilisée seule ou en combinaison, était associée à une augmentation, bien que légère, de l'immunisation chez les enfants et les adultes.

COMMENTAIRES DES AUTEURS DES ÉTUDES RECENSÉES

Pour certains auteurs, la stratégie d'audit et de *feedback* permet aux cliniciens d'obtenir de l'information sur les aspects à cibler pour améliorer leurs pratiques [33, 34]. De façon plus spécifique, Bordley et autres [36] mentionnent que cette stratégie peut répondre à une des barrières en lien avec la prestation de l'immunisation, soit le manque d'information des cliniciens quant à la couverture vaccinale de leurs patients. La stratégie d'audit et de *feedback* permet alors aux cliniciens d'obtenir une évaluation objective de la couverture vaccinale. Les auteurs révèlent également que même si cette stratégie n'a pas d'effet direct immédiat, le *feedback* peut motiver les cliniciens à porter une plus grande attention à d'autres barrières potentielles à l'immunisation dans leur pratique. Par exemple, par l'audit de ses dossiers, le clinicien peut

TABLEAU 4 THÈMES ABORDÉS SELON LES ÉTUDES RECENSÉES POUR LA STRATÉGIE D'AUDIT ET DE FEEDBACK

	Bordley et autres, 2000 [36] (revue de la littérature)	Houston et autres, 2006 [37]	Jamtvedt et autres, 2006 [34] (méta-analyse) ¹	Paukert et autres, 2003 [33]
Histoire du patient				
Évaluation du statut tabagique		✓		
Dépistage				
Cancer colorectal				✓
Cancer du col de l'utérus				✓
Cancer du côlon		✓		
Hémoglobine glyquée et microalbuminurie				✓
Hyperlipidémie		✓		✓
Hypertension				✓
Mammographie		✓		✓
Rétinopathie diabétique				✓
Strabisme		✓		
Counseling				
Cessation tabagique		✓		✓
Siège d'auto pour enfant		✓		
Utilisation de la ceinture de sécurité		✓		
Immunisation				
Diptérie-tétanos	✓			✓
Diptérie-tétanos-coqueluche	✓	✓		
<i>Haemophilus influenza</i>	✓			
Influenza	✓			
Pneumocoque	✓	✓		✓
Polio	✓	✓		
Rougeole-rubéole-oreillons	✓	✓		
Varicelle		✓		
Chimioprophylaxie				
Aspirine quotidienne pour les patients à risque de maladies coronariennes				✓

1. Les thèmes ne sont pas définis de façon exhaustive par les auteurs.

être amené à prendre conscience d'un taux élevé d'occasions manquées et à prendre les moyens pour éliminer les barrières définies.

Paukert et autres [33] énumèrent aussi des avantages liés à leur intervention. Ainsi, en faisant l'audit des dossiers de leurs pairs, les résidents peuvent se rappeler

les recommandations de bonne pratique et appliquer celles-ci dans leurs consultations. De plus, l'audit de dossiers constitue une habileté pratique que plusieurs résidents pourront utiliser comme méthode d'auto-évaluation après leur formation. Enfin, ces auteurs mentionnent que le fait d'utiliser les résidents pour effectuer l'audit est moins coûteux que le fait d'utiliser

une personne externe. Ce serait aussi une bonne façon d'évaluer l'efficacité d'un programme de résidence par lequel on vise à enseigner la prestation de soins préventifs.

Enfin, Bordley et autres [36] précisent qu'en l'absence d'un système informatique efficace concernant l'information clinique et permettant la collecte, l'analyse et le compte-rendu, l'audit et le *feedback* constituent une stratégie coûteuse qui requiert beaucoup de temps.

CONDITIONS D'EFFICACITÉ¹

Dans leur méta-analyse, Jamtvedt et autres [34] constatent que dans la plupart des interventions analysées, on utilisait du *feedback* passif. Ces auteurs émettent ainsi l'hypothèse que la stratégie d'audit et de *feedback* pourrait être davantage efficace lorsque les professionnels de la santé sont activement impliqués et qu'ils ont des responsabilités spécifiques pour implanter le changement.

Il apparaît également que l'intensité du *feedback* aurait un impact sur l'efficacité de la stratégie à modifier le comportement clinique. En effet, Jamtvedt et autres [34] ont trouvé que le *feedback* intensif était associé à davantage d'efficacité. Ces résultats sous-tendent que la prestation d'un *feedback* non intensif est moins susceptible d'entraîner des changements de pratique. Le destinataire du *feedback*, sa source, le format utilisé [34] et la durée [34, 36] pourraient ainsi avoir un impact sur les résultats attendus.

De plus, Houston et autres [37] avancent que le fait d'utiliser une approche formative pour réaliser l'audit et le *feedback* pourrait augmenter l'impact de cette intervention. La motivation du clinicien à changer le comportement ciblé [34] et le fait que le changement soit perçu de façon non menaçante [26] par le professionnel de la santé seraient d'autres facteurs menant à des résultats positifs.

Jamtvedt et autres [34] doutent cependant que les données soient suffisantes pour affirmer que la prestation fréquente de *feedback*, rapprochée du moment de l'audit, à un clinicien ayant donné son accord préalable à la révision de sa pratique et à la comparaison de celle-ci avec celle de ses pairs soit un facteur déterminant dans l'efficacité de la stratégie. Les auteurs estiment également qu'il est impossible de clarifier à quel moment les effets de l'audit et du *feedback* sont plus susceptibles de s'estomper à la suite de l'arrêt du *feedback*. Aussi, ces auteurs concluent qu'il existe peu de bases empiriques quant à la façon optimale d'effectuer l'audit ainsi que le *feedback*. Selon ces auteurs, la décision sur la façon de procéder doit par conséquent être principalement guidée par des facteurs pragmatiques tels que les caractéristiques du contexte clinique. Également, ces auteurs rapportent que les résultats obtenus à la suite de leur méta-analyse ne permettent pas une recommandation formelle de l'utilisation seule de cette stratégie afin de modifier la pratique des cliniciens. Enfin, il importe de considérer que les deux expérimentations rapportées pour cette stratégie ont été réalisées auprès de résidents en médecine.

QUELQUES ÉLÉMENTS À RETENIR POUR L'ACTION

- Cette stratégie donne lieu à beaucoup de variation dans son application (par exemple, peu intensive, réalisée par des pairs, réalisée de façon active, etc.) et peut conduire à des résultats différents au regard de la modification des pratiques.
- Un *feedback* intensif, c'est-à-dire transmis à un destinataire individuel, de façon verbale, par un superviseur ou un collègue plus expérimenté, sur une période prolongée ou modérée, serait lié à davantage d'efficacité.
- Il semble qu'on a davantage à réaliser cette stratégie dans un contexte formatif en impliquant les cliniciens touchés.
- L'efficacité de la stratégie d'audit et de *feedback* employée seule pour modifier la pratique clinique est incertaine.

1. Cette section réfère le plus souvent aux hypothèses des auteurs des articles recensés.

Recherche de consensus au niveau local

Local consensus process

Par la recherche de consensus au niveau local, on souhaite amener les cliniciens d'un même milieu de pratique à participer à des discussions pour s'assurer qu'ils sont d'accord quant au fait qu'un problème clinique existe, qu'il est important et que l'approche à adopter pour le résoudre est appropriée [24]. Le consensus du groupe au niveau local serait important pour soutenir les changements liés à l'établissement d'un protocole de soins préventifs [26].

Aucun article dans lequel était évaluée la recherche de consensus au niveau local de façon unique en lien avec la prévention n'a été relevé dans *Medline* pour la période de publication retenue. Par ailleurs, seulement 2 des 33 interventions multifacettes analysées dans la présente revue de la littérature comprenaient cette stratégie. Cependant, il apparaît dans l'analyse des différents articles que cette stratégie n'est pas toujours spécifiquement nommée, bien qu'elle soit utilisée. Par exemple, des interventions qui laissent aux milieux cliniques le choix de leurs objectifs d'amélioration ainsi que des moyens pour y parvenir correspondraient à la définition de la stratégie de recherche de consensus au niveau local, mais elles ne sont pas reconnues comme telles. Aussi, la présence de consensus constitue un élément important de la stratégie d'équipes d'amélioration de la qualité des soins qui sera traitée ultérieurement.

Leaders d'opinion locaux

Local opinion leader

Les leaders d'opinion locaux, aussi nommés champions locaux, sont des cliniciens considérés par leurs collègues comme des professionnels respectés, des communicateurs efficaces et des personnes qui exercent un pouvoir d'influence sur leurs pairs [24]. Cette stratégie de transfert des connaissances se base sur la théorie de l'apprentissage social [38]. L'information peut être transmise par le leader d'opinion de différentes façons à ses collègues, notamment de manière informelle ou encore lors d'une formation en petit groupe [38].

Selon Rogers [39] (cité dans Doumit et autres [38]), quatre méthodes peuvent être utilisées pour identifier les leaders d'opinion : par observation, par auto-identification, par des informateurs ou par la méthode sociométrique. La méthode par observation vise à identifier les leaders d'opinion parmi un groupe de professionnels interagissant ensemble dans un contexte de travail. L'auto-identification exige des membres d'un réseau professionnel qu'ils rapportent leurs propres

rôles de leaders d'opinion. La méthode par informateurs consiste à demander à des individus d'identifier les personnes qui agissent comme principales sources d'influence dans leur réseau. Enfin, dans la technique sociométrique, on utilise un questionnaire standardisé auprès des membres d'un réseau. Ces membres doivent juger les individus pour leurs qualités humaines et leur pouvoir d'influence ainsi que selon le fait qu'ils soient considérés comme bien informés.

Lors de la présente recherche d'articles, on n'a relevé aucune étude portant sur l'évaluation de la stratégie de leaders d'opinion locaux utilisée seule afin de faciliter l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques. Bien qu'une méta-analyse publiée dans *Cochrane Library* soit parue en 2007 sur les leaders d'opinion [38], celle-ci n'inclut pas d'étude portant sur des services préventifs. Par ailleurs, la présence d'un leader d'opinion dans le milieu de pratique est considérée comme une condition d'efficacité dans certaines des stratégies traitées dans la présente revue de la littérature, notamment les systèmes de rappel visant les cliniciens de même que les équipes d'amélioration de la qualité des soins.

Systèmes de rappel visant les cliniciens

Reminders

DÉFINITION

Les systèmes de rappel sont utilisés dans le but d'inciter les professionnels de la santé à faire un acte préventif [24, 35]. Les systèmes de rappel peuvent être produits à la main ou par ordinateur et sont transmis aux professionnels sur papier ou encore par voie électronique [35]. Les rappels peuvent coïncider avec la consultation ou survenir entre les consultations [24].

Dexheimer et autres [40] ont regroupé les systèmes de rappel selon trois catégories : 1) Les rappels gérés par ordinateur; 2) Les rappels générés par ordinateur; 3) Les rappels sur papier. Les rappels gérés par ordinateur sont entièrement électroniques, et c'est le système informatique qui détermine l'admissibilité des patients à l'acte préventif. Les rappels sont alors transmis au professionnel lorsque celui-ci accède au système informatique. Lorsque les rappels sont générés par ordinateur, l'admissibilité des patients est déterminée par le système informatique, mais le rappel est présenté sur papier au clinicien. Enfin, les rappels sur papier peuvent prendre la forme de mémos, d'autocollants ou de fiche placée dans le dossier médical du patient [40] et peuvent être accompagnés ou non d'un message verbal [24].

Les systèmes de rappel peuvent également s'adresser aux patients, par exemple sous la forme de carte de rappel [41]. On utilise de tels systèmes de rappel pour amener les patients à demander ou à utiliser un service préventif. Ce type de rappel sera traité plus loin dans la stratégie des interventions visant le patient.

DESCRIPTION OPÉRATIONNELLE

Il est possible de mieux comprendre la stratégie des systèmes de rappel à l'aide de la description des interventions réalisées dans quelques-unes des études recensées. Ainsi, Dubey et autres [42] ont expérimenté une fiche contenant une liste d'actes préventifs recommandés par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, intitulée *Fiche de contrôle des soins préventifs*. Cet outil est inséré dans le dossier du patient avant la consultation et consiste en une feuille recto verso, spécifique selon le genre. La fiche est de couleur bleue pour les hommes et rose pour les

femmes. Les recommandations de niveaux A (preuves suffisantes pour recommander l'acte) et B (preuves acceptables pour recommander l'acte) sont respectivement en caractères gras et en italique. Une feuille expliquant ces recommandations accompagne aussi la fiche. Cette intervention implique à la fois les secrétaires, qui joignent la fiche au dossier des patients ayant un rendez-vous pour un examen annuel, l'infirmière, qui peut remplir certaines sections avec le patient avant la rencontre avec le médecin, ainsi que le médecin, qui remplit la fiche en totalité ou en partie lors de la consultation.

Burns et autres [43] ont pour leur part expérimenté une fiche de rappel spécifique à l'immunisation recommandée chez l'enfant. Leur intervention consiste en une revue des dossiers réalisée par une infirmière, suivie d'une fiche de rappel placée dans le dossier de l'enfant. Ainsi, chaque matin, une infirmière désignée produit la liste des enfants ayant un rendez-vous le jour même. Elle examine par la suite le dossier de chaque enfant au regard des vaccins reçus antérieurement afin de déterminer s'il est admissible à une immunisation lors de sa visite qui aura lieu cette journée. Une fiche qui concerne l'immunisation recommandée et qui nécessite l'approbation du médecin est alors jointe au dossier. Aucune fiche n'est remplie si le calendrier de vaccination de l'enfant est à jour. Lors de la consultation, la fiche incite le médecin à demander à l'adulte qui accompagne l'enfant si ce dernier a reçu l'immunisation indiquée. Si le médecin détermine que l'administration du vaccin n'est pas nécessaire lors de cette visite, il coche *Ne pas vacciner*. S'il n'existe aucune contre-indication à l'immunisation et si l'accompagnateur de l'enfant consent à la vaccination, le médecin coche *Vacciner*.

La méta-analyse produite par Balas et autres [41] permet quant à elle de prendre connaissance de certaines des caractéristiques des systèmes de rappel. En effet, il ressort des 33 études que ces auteurs ont analysées que les rappels étaient toujours transmis avant la consultation, par exemple une fois l'an pendant le mois anniversaire du patient, un mois avant la date ciblée pour l'acte préventif, la nuit précédant la consultation ou le matin de la visite. L'information présentée dans le rappel était le plus souvent le nom du patient, son diagnostic, une note sur la déviation par rapport aux standards (par exemple, un retard pour un test), les critères pour les soins ou les tests, les recommandations sur le traitement ou l'action ainsi qu'une indication sur les dates au cours desquelles les soins ou les tests devraient être faits. Un espace était

réservé pour que le clinicien indique si les soins ou les tests avaient été offerts ou encore pourquoi ceux-ci ne l'avaient pas été le cas échéant.

THÈMES ABORDÉS SELON LES ÉTUDES RECENSÉES

Pour cette stratégie, neuf articles ont été relevés, dont une revue de la littérature et deux méta-analyses. Les thèmes abordés dans ces articles sont présentés dans le tableau 5.

**TABLEAU 5 THÈMES ABORDÉS SELON LES ÉTUDES RECENSÉES
POUR LA STRATÉGIE DES SYSTÈMES DE RAPPEL VISANT LES CLINICIENS**

	Balas et autres, 2000 [41] (méta-analyse)	Burns et autres, 2002 [43]	Dexheimer et autres, 2005 [40] (revue de la littérature)	Dubey et autres, 2006 [42]	Frank et autres, 2004 [44]	Garg et autres, 2005 [45] (méta-analyse)	Kelley et autres, 2002 [46]	Price, 2005 [47]	Shannon et autres, 2001 [48]
Histoire du patient									
Abus de substances ¹									✓
Allergies					✓				
Cancer de la peau									✓
Consommation d'alcool	✓		✓	✓		✓			
Consommation de tabac				✓	✓	✓			
Dépression									✓
Enregistrement du poids					✓				
ITSS (autres que le VIH)									✓
Maladie de la glande thyroïde									✓
Syphilis									✓
VIH									✓
Violence conjugale									✓
Dépistage									
Cancer colorectal	✓		✓	✓		✓		✓	✓
Cancer du col de l'utérus	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Cholestérol	✓ ²		✓ ²			✓			✓
Diabète	✓ ²		✓ ²		✓				
Examen clinique des seins				✓		✓			
Glande thyroïde						✓			
Glaucome	✓		✓						
Gonocoque-chlamydia									✓
Hémoglobine	✓ ²		✓ ²						
Hyperlipidémie					✓			✓	
Hypertension	✓ ²		✓ ²	✓	✓	✓		✓	
Maladies cardiovasculaires						✓			
Mammographie	✓		✓	✓	✓	✓			✓
Poids						✓			

TABLEAU 5

**THÈMES ABORDÉS SELON LES ÉTUDES RECENSÉES
POUR LA STRATÉGIE DES SYSTÈMES DE RAPPEL VISANT LES CLINIENS (suite)**

	Balas et autres, 2000 [41] (méta-analyse)	Burns et autres, 2002 [43]	Dexheimer et autres, 2005 [40] (revue de la littérature)	Dubey et autres, 2006 [42]	Frank et autres, 2004 [44]	Garg et autres, 2005 [45] (méta-analyse)	Kelley et autres, 2002 [46]	Price, 2005 [47]	Shannon et autres, 2001 [48]
Dépistage (suite)									
Soins cardiaques ¹	✓		✓						
Soins prénatals ¹	✓		✓						
Surdité				✓					
Tuberculose	✓		✓			✓			
Counseling									
Activité physique									✓
Brossage des dents et utilisation de la soie dentaire				✓					
Cessation tabagique	✓		✓	✓		✓			✓
Consommation d'alcool									✓
Diète faible en matières grasses									✓
Diète riche en fibres									✓
Prévention des blessures									✓
Prise de supplément d'acide folique				✓					
Réduction du poids						✓			
Immunisation									
Diphthérie-tétanos									✓
Diphthérie-tétanos-coqueluche		✓							
Hépatite B		✓				✓			
Influenza	✓		✓		✓	✓			
Pneumocoque	✓		✓		✓	✓			
Polio		✓							
Rougeole						✓			
Rougeole-rubéole-oreillons		✓			✓				
Rubéole				✓		✓			
Tétanos	✓		✓	✓	✓	✓			
Chimioprophylaxie									
Aspirine pour les patients à risque de maladies coronariennes								✓	

1. Les auteurs ne définissent pas ce thème.

2. Pour ces thèmes, les auteurs font référence au management sans donner plus de détails.

EFFICACITÉ

Dubey et autres [42] ont évalué la *Fiche de contrôle des soins préventifs*. Cette fiche contient une liste d'actes préventifs recommandés par des organismes reconnus. Elle est ajoutée au dossier du patient et est utilisée lors de l'examen annuel chez l'adulte. Cet outil augmenterait significativement la prestation de services préventifs pour 8 actes sur 13, soit la documentation au dossier de l'histoire de la consommation d'alcool et de tabac, le dépistage du cancer colorectal, la prise de la tension artérielle, le counseling concernant le brossage des dents et l'utilisation de la soie dentaire, la prise de supplément d'acide folique, la cessation tabagique et l'immunisation contre le tétanos [42].

Le *Comprehensive Annotated Reminder Tool (CART)* est une fiche contenant une liste d'actes préventifs recommandés par des organismes reconnus. Le CART est ajouté au dossier des patients adultes. Il augmenterait significativement la prestation appropriée de 16 services préventifs sur 20 : antécédents de syphilis, VIH et autres ITSS, maladie de la glande thyroïde, dépression, cancer de la peau, consommation de substances (les auteurs ne définissent pas ce thème) et violence conjugale, dépistage du gonocoque-chlamydia, cancer du sein, cholestérol, cancer du col de l'utérus, counseling sur l'alcool, diète riche en fibres, tabagisme et prévention des blessures [48].

Une revue des dossiers réalisée par une infirmière, suivie d'une fiche de rappel placée dans le dossier du patient entraînerait une augmentation statistiquement significative de la proportion d'enfants ayant reçu leurs vaccins pour trois types d'immunisations sur sept (4^e dose contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche; 3^e dose contre la polio; 1^{re} dose contre la rougeole, la rubéole et les oreillons) [43]. Kelley et autres [46] ont pour leur part vérifié si un formulaire d'admission rempli à l'hôpital par des infirmières praticiennes et incluant une section pour documenter les actes préventifs, dont le dépistage du cancer du col de l'utérus, avait pour effet d'inciter les patientes âgées de 18 à 75 ans à aller passer ce type de dépistage dans les quatre mois suivant leur sortie de l'hôpital. À la suite de l'implantation de l'intervention, la documentation du dépistage du cancer du col de l'utérus par les infirmières praticiennes augmente de façon significative, à savoir que l'information est inscrite au dossier, sans toutefois entraîner pour autant un impact sur les tests de dépistage subis par les patientes dans les mois suivant leur sortie de l'hôpital.

Par ailleurs, Frank et autres [44] ont expérimenté un système de rappel informatisé et automatique utilisé pour une clientèle de tout âge. Ce système entraînerait

une augmentation significative de la prestation de 4 actes préventifs sur 12, soit l'immunisation contre le tétanos et le pneumocoque, l'enregistrement du poids et des allergies. Price [47] a quant à lui évalué un système de rappel sur ordinateur de poche. Bien que la signification statistique des résultats ne soit pas mentionnée dans l'article, une augmentation a été observée pour l'utilisation d'aspirine chez les patients à risque de maladies coronariennes ainsi que pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, du cancer colorectal et de l'hyperlipidémie. Aucune augmentation n'a été observée pour le dépistage de l'hypertension.

Dans leur méta-analyse, Balas et autres [41] démontrent que de façon générale, les systèmes de rappel permettent d'augmenter de façon significative la prestation d'une variété de soins préventifs, excepté le dépistage du cancer du col de l'utérus. Le type de rappel et la durée de l'intervention n'entraîneraient pas de différence quant à l'effet clinique. Dans leur revue de la littérature, Dexheimer et autres [40] concluent que les systèmes de rappel en format papier seraient davantage efficaces que les systèmes de rappel informatisés. Également, l'augmentation des actes préventifs réalisés par le clinicien serait plus grande lorsque le système de rappel porte sur l'immunisation. Enfin, dans leur méta-analyse portant sur les systèmes informatiques d'aide à la décision, Garg et autres [45] rapportent des résultats positifs pour une large variété de thèmes se rapportant à la prévention.

COMMENTAIRES DES AUTEURS DES ÉTUDES RECENSÉES

Les systèmes de rappel visant le clinicien ont pour principal avantage de lui fournir un accès visuel immédiat aux lignes directrices concernant les actes préventifs recommandés par les organismes reconnus. Cette stratégie rappelle au clinicien des sujets parfois difficiles à mémoriser, par exemple les actes spécifiques selon l'âge et le sexe, augmentant par le fait même la prestation adéquate de soins [42, 48]. Le CART donne notamment de l'information succincte dans une section adjacente à chaque recommandation, incluant la fréquence recommandée, la force de la recommandation ainsi que la clientèle appropriée pour chaque intervention [48]. Par ailleurs, le système de rappel sous forme de fiche s'intégrerait harmonieusement à la pratique. En effet, celui-ci serait simple et facile à utiliser par le clinicien [41, 42, 48]. Par exemple, l'outil élaboré par Dubey et autres [42] ne nécessite aucune formation, ni la présence d'infirmières facilitatrices ou de matériel pour le patient. En plus de permettre une prestation

plus rapide de soins préventifs, la fiche de rappel permet la documentation de la consultation de façon générale [42].

De façon plus spécifique, Kelley et autres [46] affirment que l'outil qu'ils ont expérimenté et qui est utilisé par des infirmières praticiennes permet de susciter une discussion concernant la prévention, même dans un contexte hospitalier. Pour leur part, Dubey et autres [42] mentionnent que la *Fiche de contrôle des soins préventifs*, du fait qu'elle est spécifique selon le genre, est facilement repérable dans le dossier du patient. Cet outil, qui est également disponible en format électronique, peut être incorporé dans le dossier médical informatisé, et les fiches peuvent être mises à jour au fur et à mesure que les recommandations changent. Ces auteurs estiment que cette fiche de rappel constitue une stratégie de faible coût [42, 46].

Enfin, Price [47] rapporte que le système de rappel sur ordinateur de poche possède plusieurs avantages qui surpassent ceux des rappels électroniques sur ordinateur de bureau. Ainsi, le système de rappel sur ordinateur de poche permet de réduire la quantité d'information présentée au clinicien, puisque l'accent est mis uniquement sur les recommandations spécifiques au patient lors de la consultation. De plus, l'auteur ajoute que ce type de système de rappel est simple, peu coûteux et disponible en tout temps, puisqu'il peut être inséré dans une poche de vêtement et qu'il s'intègre facilement dans le cadre du travail du clinicien.

CONDITIONS D'EFFICACITÉ¹

Les auteurs émettent quelques hypothèses en lien avec l'efficacité des outils présentés. Ainsi, Kelley et autres [46] croient que la dynamique des pairs, telle que le soutien de ceux-ci et la motivation partagée au regard de l'importance de faire de la prévention, joue un rôle important dans la modification de comportements cliniques en vue d'une plus grande intégration de la prévention. Les auteurs pensent que de mettre en place un programme visant le

soutien par les pairs à l'intérieur de l'organisation peut aider à maintenir le comportement. Dans le même sens, la méta-analyse de Garg et autres [45] rappelle l'importance d'un champion local afin de faciliter l'implantation d'un système de rappel dans le milieu clinique.

Dubey et autres [42] émettent l'hypothèse que le succès de leur outil visant à augmenter la prestation de services préventifs est lié au fait que le système de rappel s'harmonise bien à la pratique du clinicien, notamment par son intégration dans le dossier médical déjà existant. Les auteurs soulignent également que la flexibilité, c'est-à-dire la possibilité d'adapter l'outil aux besoins et aux possibilités du milieu, constitue une caractéristique qui augmente l'efficacité de l'intervention pour modifier le comportement du clinicien. Dans un autre ordre d'idées, le fait de recommander au patient de passer un test de dépistage serait lié à davantage de succès que le simple fait de documenter la date du dernier test de dépistage qu'il a passé [46]. Le fait de pouvoir accomplir l'acte préventif immédiatement à l'intérieur de la visite lors de laquelle le rappel a lieu, par exemple l'immunisation, serait également lié à une plus grande intégration de services préventifs [40].

Garg et autres [45] rapportent qu'un système programmé pour que le rappel soit donné de façon automatique au clinicien serait plus efficace qu'un système pour lequel le clinicien doit accomplir une action. Un rappel automatique s'intégrerait notamment plus facilement dans la routine de soins. Ces auteurs estiment également que le choix d'adopter un système informatique d'aide à la décision doit se baser sur divers éléments tels que l'acceptation par les cliniciens, la compatibilité avec leurs obligations légales (par exemple, la confidentialité) et la disponibilité de mises à jour du système. Enfin, à la suite de leur méta-analyse, Balas et autres [41] concluent que pour parvenir à davantage de changements dans les pratiques cliniques, le système de rappel doit être combiné à d'autres stratégies, telles que des systèmes de rappel visant les patients.

QUELQUES ÉLÉMENTS À RETENIR POUR L'ACTION

- Les systèmes de rappel peuvent prendre des formes variées.
- Les résultats concernant l'efficacité de cette stratégie sont probants pour plusieurs actes préventifs.
- Son intégration au dossier médical et son adaptabilité aux besoins du milieu augmenteraient son efficacité.
- L'acceptation du système de rappel par les cliniciens et la disponibilité de mises à jour seraient des éléments essentiels à une utilisation optimale de cette stratégie par les milieux cliniques.
- La motivation du milieu et la présence d'un champion local constitueraient d'autres éléments facilitant l'intégration des systèmes de rappel dans la pratique ainsi que la modification de comportements cliniques.

1. Cette section réfère le plus souvent aux hypothèses des auteurs des articles recensés.

Dossier médical électronique

Electronic medical record

DÉFINITION

Le dossier médical électronique a été conçu pour compléter ou même remplacer le dossier médical traditionnel. Ce type de dossier demande au clinicien d'entrer directement les données concernant le patient dans l'ordinateur [49]. En plus de contenir les informations généralement fournies dans les dossiers en format papier, le dossier médical électronique peut posséder différents attributs. Notamment, il peut inciter le clinicien à suivre les recommandations de services préventifs en donnant des rappels automatiques lorsque ces services doivent être dispensés [50, 51]. Le système peut également générer des listes de patients qui sont admissibles à des services préventifs spécifiques, par exemple l'immunisation contre l'influenza [49]. Par ailleurs, du matériel éducatif pour les patients peut être accessible à partir de l'ordinateur [51].

DESCRIPTION OPÉRATIONNELLE

L'étude de Gill et autres [50] permet de décrire l'implantation du dossier médical électronique dans un milieu de pratique afin d'accroître divers services préventifs. Le système expérimenté inclut toutes les informations présentes habituellement dans les dossiers médicaux traditionnels (par exemple, les problèmes médicaux et les allergies) ainsi que les caractéristiques démographiques des patients. De plus, il comprend diverses caractéristiques qui visent à accroître la qualité des soins.

Le système facilite l'organisation des données relatives au patient. Chaque dossier électronique comprend une liste de problèmes et de médicaments qui apparaît dès que le clinicien ouvre le dossier. Pour que l'information collectée par le clinicien demeure inscrite au dossier, cette liste est mise à jour automatiquement lorsque le clinicien ferme le dossier. Dans le dossier médical électronique, on peut également organiser l'information concernant le patient sous forme de fiches incluant les dates et les résultats des examens, les soins dispensés, les immunisations et d'autres données liées à un état de santé particulier. Le clinicien peut décider d'activer une fiche particulière pour un patient lors de la consultation, tout en ayant accès aux autres fiches en cas de besoin. De plus, les données ne sont entrées qu'une seule fois. Par exemple, lorsque la tension artérielle est

entrée dans l'ordinateur, elle devient visible automatiquement sur toutes les fiches pertinentes.

D'autre part, les guides de pratique sont incorporés dans le dossier médical électronique sous forme de protocoles. Des critères de décision (par exemple, l'âge et le sexe) permettent de définir à quel moment les services sont requis, et les recommandations deviennent alors en vigueur pour toute personne répondant à ces critères. Basé sur ces caractéristiques, le système génère de façon automatique des rappels pour le clinicien chaque fois qu'une intervention recommandée est nécessaire. Le système considère que l'intervention est requise lorsqu'aucun résultat n'est disponible pour une période donnée dans le dossier médical électronique. Qui plus est, le dossier médical électronique produit des rapports pour les patients qui requièrent une intervention. Par exemple, le clinicien a la possibilité de faire sortir la liste des patients qui doivent passer un test de dépistage précis. La clinique peut par la suite communiquer avec ces patients pour leur rappeler que l'intervention est due et pour fixer un rendez-vous.

THÈMES ABORDÉS SELON LES ÉTUDES RECENSÉES

Deux articles ont été relevés pour la stratégie du dossier médical électronique. Les thèmes abordés dans ces articles sont présentés dans le tableau 6.

EFFICACITÉ

Gill et autres [50] ont évalué l'efficacité d'un dossier médical électronique incluant les recommandations pour les soins préventifs et un système de rappel visant les cliniciens lorsque les interventions sont nécessaires. Bien qu'aucune donnée ne soit disponible concernant la signification statistique des résultats, les auteurs rapportent que l'intervention augmente la prestation des services préventifs pour tous les thèmes, soit la mammographie, le dépistage du cholestérol, l'immunisation contre l'influenza et le pneumocoque chez les adultes selon l'âge et le genre ainsi que l'immunisation contre l'hépatite B et la varicelle chez les enfants âgés de 1 à 12 ans.

Pour leur part, Adams et autres [51] ont expérimenté l'implantation d'un dossier médical électronique comprenant de la formation pour les cliniciens et une offre de soutien provenant de l'extérieur. Les résultats démontrent qu'après l'implantation de ce système, les cliniciens étaient significativement plus susceptibles

TABLEAU 6

THÈMES ABORDÉS SELON LES ÉTUDES RECENSÉES
POUR LA STRATÉGIE DU DOSSIER MÉDICAL ÉLECTRONIQUE

	Adams et autres, 2003 [51]	Gill et autres, 2001 [50]
Évaluation du risque		
Armes à feu gardées à la maison	✓	
Exposition à la fumée secondaire	✓	
Exposition au plomb	✓	
Programme de suppléments nutritionnels pour les mères et enfants défavorisés (<i>Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children – WIC</i>)	✓	
Santé dentaire	✓	
Tuberculose	✓	
Violence conjugale	✓	
Dépistage		
Acuité visuelle	✓	
Anémie	✓	
Audition	✓	
Cholestérol		✓
Exposition au plomb	✓	
Mammographie		✓
Tuberculose	✓	
Counseling		
Allaitement	✓	
Santé dentaire	✓	
Sécurité pour les enfants ¹	✓	
Immunisation		
Hépatite B		✓
Immunisation complète chez les enfants ²	✓	
Influenza		✓
Pneumocoque		✓
Varicelle		✓

1. Les auteurs ne définissent pas ce thème.

2. Les auteurs mentionnent seulement immunisations.

d'inscrire dans les dossiers la prestation des services préventifs suivants : l'évaluation du risque concernant la santé dentaire, l'exposition à la fumée secondaire, la violence conjugale, les armes à feu gardées à la maison, le Programme de suppléments nutritionnels pour les mères et les enfants défavorisés (*Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children – WIC*), l'exposition au plomb et la tuberculose de même que le counseling sur l'allaitement.

Toutefois, aucune augmentation significative n'a été notée pour la documentation du dépistage de l'acuité visuelle, de l'anémie, de l'audition, de la tuberculose et de l'exposition au plomb, du counseling sur la sécurité et la santé dentaire et de l'immunisation complète chez les enfants.

COMMENTAIRES DES AUTEURS DES ÉTUDES RECENSÉES

Gill et autres [50] mentionnent que le principal avantage du dossier médical électronique est qu'il est en mesure de rendre disponibles les recommandations liées aux services préventifs au moment opportun et qu'il organise les informations concernant le patient de façon à ce que ces recommandations puissent être suivies plus facilement. De plus, ce système rend possible l'utilisation d'une liste plus adéquate de médicaments et de problèmes de santé, comporte des fiches interactives, offre des systèmes de rappel automatiques et permet la production de rapports [50].

Adams et autres [51] ajoutent que cette stratégie facilite l'accès aux données concernant le patient, offre une vision longitudinale des données relatives au patient, réduit le risque d'erreurs, favorise le partage de l'information clinique et augmente la communication entre le clinicien et le patient. Gill et autres [50] rapportent cependant que l'utilisation du dossier informatisé diminue le contact visuel avec le patient

et allonge la durée de la consultation. De plus, ces auteurs mentionnent que le coût d'implantation du dossier médical électronique demeure élevé, principalement en raison du temps que la clinique prend pour apprendre le fonctionnement de tels systèmes et pour convertir les dossiers médicaux traditionnels sur papier en format électronique.

CONDITIONS D'EFFICACITÉ¹

Les articles analysés pour cette stratégie ne permettent pas la définition de conditions d'efficacité semblables à celles mentionnées pour les autres stratégies. Notamment, la nécessité de soutien pour que le système soit utilisé plus efficacement de même que l'importance de l'adhésion des membres de la clinique pour parvenir à des modifications de comportements ne sont pas abordés par les auteurs. Toutefois, Gill et autres [50] pensent que le fait que le clinicien utilise des outils comme le dossier médical électronique dans sa pratique permet une meilleure prestation de services préventifs.

QUELQUES ÉLÉMENTS À RETENIR POUR L'ACTION

- Les articles analysés pour cette stratégie ne permettent pas la définition de conditions d'efficacité semblables à celles mentionnées pour les autres stratégies.
- Cette stratégie, relativement récente, tend à se répandre, et des expérimentations plus nombreuses et plus poussées permettront de préciser son niveau d'efficacité dans le champ des services cliniques préventifs.
- Le fait que les données sont entrées une seule fois dans l'ordinateur et qu'elles deviennent inscrites dans l'ensemble des fiches représente un avantage important.
- Ce type de système diminue cependant le contact visuel entre le clinicien et le patient, ce qui peut nuire à la qualité de leurs échanges.

1. Cette section réfère le plus souvent aux hypothèses des auteurs des articles recensés.

Équipes d'amélioration de la qualité des soins

Quality improvement, continuous quality improvement

DÉFINITION

Avec la stratégie d'équipes d'amélioration de la qualité des soins, on vise à changer l'organisation de la pratique [52]. Cette stratégie se base sur le postulat que pour parvenir à modifier la pratique, il faut changer le système ou les processus de prestation de soins au lieu d'agir uniquement sur des composantes individuelles [26, 52]. Ainsi, les individus seront amenés à modifier leur pratique si l'organisation change [52] et que cela résulte en un environnement favorisant la prestation de services préventifs [53]. Selon la stratégie d'équipes d'amélioration de la qualité des soins, les cliniciens savent ce qu'ils doivent faire pour atteindre les résultats escomptés, mais ils font face à des barrières dans leur milieu pour y parvenir. La stratégie vise donc à restreindre cet écart [54].

La composante clé de cette stratégie demeure le travail d'équipe. Les professionnels d'un milieu sont amenés à apprendre ensemble comment surpasser les barrières vécues dans leur pratique. Ils apprennent en équipe à définir des objectifs de qualité, à élaborer des plans de changements novateurs à l'intérieur de leur système et à utiliser des outils de mesure pour vérifier si les changements souhaités ont eu lieu [54]. Les membres du milieu clinique sont amenés à s'exprimer, à partager leurs idées et à collaborer [54]. Cette stratégie requiert des interactions entre les cliniciens et les autres membres du personnel, la redistribution des rôles et des tâches entre ces personnes de même que la participation de tous les membres du milieu dans des rôles variés [52].

La stratégie d'équipes d'amélioration de la qualité des soins vise également l'autonomie des milieux de pratique en encourageant ceux-ci à déterminer leurs propres objectifs de performance [53] et à se prendre en charge dans le processus de changement, référant au concept d'*empowerment* [55]. La stratégie d'équipes d'amélioration de la qualité des soins se distingue de celle de système de bureau sur mesure, ou facilitation, en ce sens que pour la première stratégie, se sont les milieux qui se prennent en charge eux-mêmes, en recevant tout de même un soutien minimal. La facilitation, telle qu'elle est abordée plus loin, repose

plutôt sur une personne issue le plus souvent de l'extérieur, un facilitateur, qui va dans les milieux pour soutenir ceux-ci dans leur processus de changement.

DESCRIPTION OPÉRATIONNELLE

Une équipe d'amélioration de la qualité des soins est composée de différents types de professionnels de la santé et est formée avec des membres du milieu clinique. Les concepts et techniques propres à l'amélioration de la qualité, tels que le travail d'équipe, l'exercice de leadership, etc., sont enseignés à l'équipe généralement lors de courtes formations [26, 55].

L'amélioration continue de la qualité est un processus de changement cyclique [55]. Le modèle *Plan-Do-Study-Act* produit par Langley et autres [56] (cités dans Kohrt et Kohrt [57]) est utilisé pour décrire ce processus. L'équipe doit se poser trois questions : 1) Quels objectifs voulons-nous atteindre? 2) Comment allons-nous reconnaître qu'un changement résulte en une amélioration? 3) Quels changements pouvons-nous faire pour atteindre les objectifs fixés? Le modèle *Plan-Do-Study-Act* peut être utilisé pour tous les aspects identifiés par l'équipe comme nécessitant un changement. Ainsi, l'équipe évalue sa pratique actuelle, détermine les objectifs d'amélioration de la qualité, expérimente cette solution, évalue les résultats, puis applique la solution à tout le milieu de pratique [56].

L'étude réalisée par Young et autres [54] afin d'accroître la prestation de services préventifs auprès des enfants âgés de deux et quatre ans permet d'illustrer la stratégie d'équipes d'amélioration de la qualité des soins. L'expérimentation comprend quatre phases et est sous la supervision d'une équipe de recherche d'un organisme voué à l'amélioration de la qualité des soins pédiatriques. Lors de la première phase, une équipe composée d'un pédiatre, d'une infirmière, d'un assistant médical et d'un membre du personnel administratif, par exemple une secrétaire, est formée dans chaque milieu de pratique. Cette équipe fait l'audit d'un certain nombre de dossiers médicaux de son cabinet au regard de la prestation des services préventifs.

La deuxième phase se caractérise par la participation de l'équipe à un atelier d'une journée portant sur l'amélioration de la qualité. Un expert local en prévention, extérieur à la clinique, présente les données concernant les services préventifs et décrit la situation de la prévention dans l'État américain où l'étude s'est déroulée. Les équipes reçoivent les résultats de leur audit et déterminent à ce moment, avec l'équipe de

recherche, les services qu'ils désirent améliorer. Les méthodes d'amélioration de la qualité sont enseignées aux équipes, entre autres le modèle *Plan-Do-Study-Act*. Puis, les équipes sont amenées à élaborer les plans de changement et à choisir les méthodes qui serviront à déterminer dans quelle mesure les changements souhaités seront atteints. Lors de la troisième phase, d'une durée de six mois, une conférence téléphonique est réalisée de façon mensuelle avec le milieu de pratique par l'équipe de recherche, notamment pour discuter des problèmes éprouvés et des solutions potentielles. Durant cette période, un audit de dossiers est réalisé par les chercheurs, et les résultats sont transmis aux milieux cliniques. Enfin, lors de la quatrième phase, un audit final des dossiers, conduit par l'équipe du milieu clinique, est réalisé. Cet audit sert à évaluer l'atteinte des objectifs poursuivis.

L'étude de McBride et autres [53], en lien avec la prévention des maladies cardiovasculaires, constitue un autre exemple de la stratégie d'équipes d'amélioration de la qualité des soins. Quatre situations expérimentales étaient évaluées, un groupe étant lié à chaque situation. Ainsi, les quatre groupes participaient à une conférence d'une journée, élaborée et présentée par les chercheurs, lors de laquelle les concepts d'amélioration de la qualité étaient présentés. Des changements dans l'organisation, dans les rôles ainsi que dans la routine de pratique étaient recommandés aux participants. De plus, lors de cette journée, on rencontrait les médecins et l'équipe de travail de chaque milieu afin d'évaluer leur pratique actuelle et les rôles de chacun. Les milieux étaient alors encouragés à définir des objectifs d'amélioration de la qualité ainsi que les moyens pour y parvenir. Une trousse d'outils, comprenant entre autres du matériel éducatif pour le patient de même que des systèmes de rappel, était également remise aux participants.

En plus de la conférence, les milieux de pratique de la deuxième situation expérimentale recevaient, sur une période d'une année, trois consultations en amélioration de la qualité réalisées par des consultants de l'équipe de recherche ainsi que deux visites de renforcement. Les rencontres se tenaient dans le milieu de pratique et incluaient tous les cliniciens et les

membres du personnel. Lors de la première consultation, le milieu recevait du *feedback* sur sa prestation de services préventifs. Chaque clinique choisissait ses objectifs d'amélioration de la qualité et son plan d'action. De plus, deux leaders de prévention, un médecin et un autre membre du personnel, étaient nommés dans le milieu, notamment pour coordonner les activités d'amélioration de la qualité à réaliser.

Toujours au regard de la deuxième situation expérimentale, lors des deuxième et troisième rencontres de consultation, on avait pour objectif de transférer aux milieux de pratique le leadership et les responsabilités des consultants. Lors de la deuxième consultation, les leaders de prévention présentaient leurs objectifs d'amélioration de la qualité ainsi que leur plan d'implantation, plan qui était alors discuté, modifié et approuvé par les consultants. Pendant la troisième rencontre, on mettait l'accent sur l'évaluation des objectifs fixés initialement et des efforts investis pour l'implantation. Entre les consultations, une infirmière ou une nutritionniste de l'équipe de recherche effectuait deux visites de renforcement auprès des leaders de prévention afin de revoir le progrès réalisé, de discuter des difficultés éprouvées et de donner des conseils ou des ressources pour pallier ces difficultés.

À la suite de la conférence initiale, les milieux de pratique de la troisième situation expérimentale travaillaient avec les chercheurs pour nommer une personne par milieu qui consacrerait quatre heures et demie par semaine durant un an pour les activités de prévention des maladies cardiovasculaires, notamment l'évaluation, la facilitation et la coordination du système de prévention. Cette personne, en plus de participer à un atelier de deux jours sur le développement d'habiletés, recevait du soutien de façon continue de la part de l'équipe de recherche, par exemple par le biais d'appels téléphoniques mensuels. Enfin, les milieux de pratique de la quatrième situation expérimentale faisaient l'objet de toutes les interventions, soit la conférence, les consultations en amélioration de la qualité ainsi que la nomination d'un coordonnateur de prévention par le milieu.

THÈMES ABORDÉS SELON LES ÉTUDES RECENSÉES

Quatre études ont été relevées pour la stratégie d'équipes d'amélioration de la qualité des soins. Le tableau 7 présente les thèmes abordés dans ces articles.

EFFICACITÉ

Lors de leur intervention menée en quatre phases, Young et autres [54] ont trouvé qu'après six mois, l'intervention augmentait significativement la proportion des enfants âgés de deux ans ayant passé un test de dépistage de l'acuité visuelle et reçu une évaluation

de leur santé dentaire et de l'utilisation de la ceinture de sécurité. Une augmentation était aussi observée pour la prise de la tension artérielle, le calcul de l'indice de masse corporelle de même que l'immunisation complète. De plus, chez les enfants âgés de quatre ans, une augmentation significative a été relevée concernant l'évaluation de la santé dentaire, l'évaluation de l'exposition à la fumée secondaire ainsi que le dépistage de l'anémie. Aucune augmentation significative n'est observée pour l'immunisation complète chez ce groupe d'âge. À la suite d'une intervention semblable, Bordley et autres [58] observent également une augmentation significative pour l'immunisation complète à 12 et 24 mois ainsi que pour le dépistage de

TABLEAU 7 THÈMES ABORDÉS SELON LES ÉTUDES RECENSÉES POUR LA STRATÉGIE D'ÉQUIPES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS

	Bordley et autres, 2001 [58]	McBride et autres, 2000 [53]	Solberg et autres, 2000 [55]	Young et autres, 2006 [54]
Évaluation du risque pour la santé				
Exposition à la fumée secondaire				✓
Santé dentaire ¹				✓
Statut tabagique			✓	
Utilisation de la ceinture de sécurité				✓
Dépistage				
Acuité visuelle				✓
Anémie	✓			✓
Cancer du col de l'utérus			✓	
Cholestérol			✓	
Examen clinique des seins			✓	
Exposition au plomb	✓			
Indice de masse corporelle				✓
Maladies cardiovasculaires ²		✓		
Mammographie			✓	
Prise de la tension artérielle			✓	✓
Tuberculose	✓			
Immunisation				
Immunisation complète à 12 mois	✓			
Immunisation complète à 24 mois	✓			✓
Immunisation complète à 4 ans				✓
Influenza			✓	
Pneumocoque			✓	

1. Examen buccal et questionnaire au sujet des pratiques de santé dentaire (brossage des dents, fluorure, etc.).

2. Les auteurs font référence au dépistage et à la gestion des facteurs de risque.

l'anémie et de l'exposition au plomb, mais non pour le dépistage de la tuberculose.

Solberg et autres [55] ont obtenu des résultats plus mitigés à la suite de leur évaluation du programme *IMproving PRevention through Organization, Vision and Empowerment* (IMPROVE). En effet, seuls l'immunisation contre le pneumocoque et le dépistage du cholestérol chez les patients âgés de 19 ans et plus ont augmenté de façon significative par comparaison avec le groupe témoin. Aucune augmentation significative n'a été trouvée entre les deux groupes concernant l'évaluation du statut tabagique, la mammographie, l'examen clinique des seins, la prise de la tension artérielle et le dépistage du cancer du col de l'utérus. Quant à l'immunisation contre l'influenza, aucun résultat n'est disponible, étant donné que l'évaluation a été réalisée au printemps et que l'immunisation a lieu à l'automne.

Enfin, McBride et autres [53] ont expérimenté le programme *Health Education and Research Trial* (HEART), qui vise la prévention des maladies cardiovasculaires chez les patients âgés de 21 à 70 ans. Les auteurs ont évalué quatre situations expérimentales en lien avec l'amélioration de la qualité : 1) Conférence en lien avec les concepts d'amélioration de la qualité (groupe 1, considéré comme le groupe témoin); 2) Conférence et consultations en amélioration de la qualité réalisées par des consultants externes (groupe 2); 3) Conférence et nomination d'un coordonnateur de prévention par le milieu (groupe 3); 4) Interventions combinées, soit conférence, nomination d'un coordonnateur de prévention et consultations en amélioration de la qualité (groupe 4).

Deux mesures de résultats ont été considérées par les auteurs pour évaluer le programme HEART, soit la documentation au dossier du dépistage et de la gestion des facteurs de risque cardiovasculaires. Après 12 mois, les résultats démontrent que la documentation du dépistage des facteurs de risque cardiovasculaires a augmenté significativement en comparaison du groupe témoin pour les milieux ayant reçu l'intervention combinant la conférence d'une journée sur l'amélioration de la qualité, la nomination d'un coordonnateur de prévention dans le milieu ainsi que les consultations en amélioration de la qualité (groupe 4). Une différence significative s'est maintenue à 18 mois. De plus, la documentation de la gestion des facteurs de risque cardiovasculaires a augmenté de façon significative à 12 mois pour ce groupe. Le groupe 3 a démontré une augmentation significative à 12 mois pour la documen-

tation du dépistage et à seulement 18 mois pour la documentation de la gestion des facteurs de risque. Quant au groupe 2, seule une augmentation significative a été notée à 18 mois pour la documentation de la gestion des facteurs de risque cardiovasculaires.

COMMENTAIRES DES AUTEURS DES ÉTUDES RECENSÉES

La stratégie d'équipes d'amélioration de la qualité des soins a pour avantage de favoriser l'animation du milieu de travail. Cela permet d'améliorer le travail d'équipe, la communication et l'atteinte de consensus entre les membres du milieu de pratique [53].

CONDITIONS D'EFFICACITÉ¹

Woodward [26], dans un document portant sur les changements de pratiques professionnelles, estime que les équipes d'amélioration de la qualité des soins qui parviennent au succès ont des objectifs clairs, un leadership efficace de même qu'un environnement de collaboration dans lequel les membres de l'équipe connaissent ce qui est attendu et la façon d'accomplir les tâches. Un soutien externe [26, 54] de même que la reconnaissance de l'organisation et de sa direction face au changement et à l'importance de l'implication du personnel pour y parvenir [26, 53] sont également des facteurs qui favorisent l'implantation de la stratégie. Les ressources nécessaires, sur les plans tant administratif que financier et humain, doivent également être disponibles pour implanter les solutions [26, 52]. Enfin, l'équipe du milieu de pratique doit être motivée à apprendre et désireuse d'appliquer les méthodes d'amélioration de la qualité [53-55].

De façon plus spécifique, au regard des résultats qu'ils ont obtenus pour leur programme HEART, McBride et autres [53] concluent que la communication et la collaboration présentes lors des consultations en amélioration de la qualité réalisées par les consultants externes dans le milieu de pratique ont facilité la détermination d'objectifs par l'équipe et que le temps alloué (quatre heures et demie par semaine durant un an) par le coordonnateur de prévention nommé par la clinique a favorisé l'implantation de ces objectifs. Cela laisse croire que le temps consacré de même que le leadership du coordonnateur de prévention sont des éléments nécessaires au changement et à son maintien. De plus, les auteurs émettent l'hypothèse que le plus grand nombre de rencontres réalisées dans le groupe 4

1. Cette section réfère le plus souvent aux hypothèses des auteurs des articles recensés.

peut avoir résulté en un changement du système de prévention plus important. Les rencontres de groupe faciliteraient la communication et l'atteinte du consensus, ce qui représente une partie importante du changement organisationnel. En effet, le changement dans le processus de pratique requiert des efforts significatifs, et il apparaît que la présence de consensus et de soutien de la part du groupe sont nécessaires pour l'amorcer.

Knox et autres [52] ont réalisé une étude de cas comprenant deux milieux de pratique représentatifs des quatre situations expérimentales de l'étude de McBride et autres [53]. À noter que cet article n'est pas inclus comme expérimentation, étant donné qu'il s'agit d'une analyse qualitative de données. Knox et autres ont donc défini des influences positives qui aident à parvenir au changement, dont un leadership efficace, comme le fait de nommer un leader de prévention compétent qui est bien informé et engagé dans l'amélioration des procédures de prévention dans le milieu. La personne nommée peut aider les membres de ce milieu qui sont prêts à modifier leur pratique dans la mesure où la culture organisationnelle soutient les changements souhaités. Dans un milieu plus réticent, le leader peut avoir pour principal rôle d'éveiller la conscience des membres au regard des conditions nécessaires pour l'amélioration des services préventifs.

D'autres conditions d'efficacité sont définies par Knox et autres [52] : la définition, d'un commun accord, d'objectifs d'amélioration, la concordance de ces objectifs avec les priorités déjà existantes du milieu de pratique, la coopération et le travail d'équipe, la motivation des membres à s'engager dans le changement en adoptant des rôles variés et la reconnaissance de la contribution de chacun. De plus, la transmission de *feedback* tout au long du processus,

afin de souligner les progrès et de guider les efforts d'amélioration, ainsi que la disponibilité de ressources financières et l'offre de soutien administratif pour l'amélioration et le maintien des procédures de prévention sont considérés comme des éléments favorisant le changement. L'étude de Bordley et autres [58] révèle que des facteurs prédisposant au changement présents dans le milieu de pratique augmenteraient la probabilité d'atteindre un changement significatif. La flexibilité administrative de l'organisation est un exemple de facteur qui prédispose au changement.

À l'inverse, un manque de communication et une fragmentation à l'intérieur de la clinique constitueraient des facteurs faisant obstacle au changement [52]. Knox et autres [52] ont également constaté que l'affiliation à un centre hospitalier pouvait entraîner davantage de résistance au changement, sans toutefois présenter d'hypothèse à ce sujet. Enfin, ces auteurs rappellent que dans chaque milieu de pratique sont présents des éléments qui facilitent la disposition et la réceptivité du milieu au changement ou qui agissent comme barrières. Par conséquent, une analyse de ces facteurs devrait être réalisée dès le début afin d'éviter des efforts inutiles [52].

Par ailleurs, les résultats mitigés de l'évaluation du programme IMPROVE montrent que l'implantation des équipes d'amélioration de la qualité des soins est complexe et exigeante, et que certaines conditions sont déterminantes dans le succès de cette stratégie [59]. Notamment, les auteurs estiment que les objectifs d'amélioration doivent être clairement formulés et orientés vers des aspects qui sont jugés importants pour le milieu de pratique. Un bon leadership doit être présent, le milieu doit être réellement préparé à faire un changement et l'environnement doit être propice au changement.

QUELQUES ÉLÉMENTS À RETENIR POUR L'ACTION

- Les études actuellement disponibles pour cette stratégie font état de résultats intéressants dans le domaine de la prévention et des études ultérieures permettront d'apprécier davantage son efficacité.
- Il apparaît qu'un environnement favorable est nécessaire pour favoriser la prestation de services préventifs.
- La stratégie d'équipes d'amélioration de la qualité des soins favorise l'animation du milieu de travail.
- Cette stratégie donne la possibilité aux membres du milieu de participer activement au processus de changement et peut favoriser le développement d'une culture de changement.
- Les éléments clés de la stratégie d'équipes d'amélioration de la qualité des soins sont les suivants : objectifs clairs, concordance entre les objectifs et les priorités du milieu, nomination d'un leader de prévention compétent, informé et engagé, travail d'équipe, recherche de consensus, reconnaissance de la contribution de chacun, présence de *feedback*.

Système de bureau sur mesure – facilitation

Tailored office system – practice facilitator

DÉFINITION

La stratégie de système de bureau sur mesure, ou facilitation, s'effectue par l'intermédiaire d'un facilitateur. Cette personne travaille avec les cliniciens et leur équipe dans le milieu clinique afin de les soutenir dans leur démarche de changement de pratique [60]. Le système, c'est-à-dire le processus qui intègre les rôles et les responsabilités du personnel de même que les outils pour la prestation de services préventifs [61], est alors adapté au contexte de pratique de chaque milieu. En effet, l'environnement et les caractéristiques propres aux milieux de pratique auraient une influence importante sur la façon dont se met en place le processus de changement de pratique et, par conséquent, sur le succès de cette démarche [62]. La stratégie de système de bureau sur mesure s'adapte donc aux barrières locales [62], aux besoins de la pratique [61, 63] et aux forces présentes dans le milieu [61]. Le milieu de pratique définit ainsi un système approprié pour lui [61], contrairement à une approche *One-size-fits-all* dans laquelle la même intervention est appliquée pour tous les milieux [62].

La stratégie de système de bureau sur mesure comporte plusieurs étapes. Les principales sont 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 [64].

La stratégie de système de bureau sur mesure peut mener à l'utilisation d'autres stratégies. Par exemple, le facilitateur peut faire de l'audit de dossiers et donner du *feedback* au milieu [63], et différents outils peuvent être retenus par la clinique, tels que des systèmes de rappel visant le clinicien, du matériel éducatif pour le patient, etc. [64]. Le matériel est choisi et adapté en fonction de la situation de chaque milieu [65]. Certains éléments de la stratégie d'équipes d'amélioration de la qualité des soins se retrouvent également dans la stratégie de système de bureau sur mesure, étant donné que cette dernière favorise le travail d'équipe [65] et peut mener à une redistribution des rôles et des tâches

entre les cliniciens et les autres membres du personnel [64]. De plus, bien que ces deux stratégies soient par nature multifacettes et que l'analyse du milieu de pratique soit partie prenante de l'intervention, elles se différencient surtout par le fait que les équipes d'amélioration de la qualité des soins visent l'autonomie des milieux, alors que le système de bureau sur mesure s'effectue par l'intermédiaire d'un facilitateur qui soutient les milieux de façon continue. Enfin, il semble que la stratégie de système de bureau sur mesure soit presque exclusivement utilisée pour favoriser des pratiques préventives et rarement des pratiques curatives [64].

DESCRIPTION OPÉRATIONNELLE

Le programme *Study To Enhance Prevention by Understanding Practice (STEP-UP)* [62] permet de mieux comprendre la stratégie de système de bureau sur mesure. Ce programme consiste en une journée d'évaluation de la pratique par une infirmière facilitatrice, suivie de rencontres avec les cliniciens et le personnel pour assister ceux-ci dans le choix et l'implantation d'outils et d'approches individualisées visant à augmenter la prestation de services préventifs [62].

Par l'évaluation de la pratique, on vise à déterminer les possibilités d'adapter les stratégies d'intervention à chaque milieu de pratique. L'infirmière effectue ainsi de l'observation dans la clinique et des entrevues avec des informateurs-clés afin d'obtenir de l'information sur les caractéristiques spécifiques au milieu de pratique et la vision qu'en ont les personnes qui y travaillent. L'infirmière facilitatrice collecte également des données sur les procédures liées au fonctionnement, la culture du milieu et les approches courantes utilisées pour la prévention. De plus, un organigramme de la pratique servant à décrire les relations entre chaque travailleur de la clinique de même que leurs liens avec l'environnement extérieur est élaboré [62].

À la suite de ces évaluations, une rencontre d'environ une heure trente est organisée dans chaque milieu avec tous les cliniciens et les autres membres du personnel. Au cours de cette rencontre, du *feedback* concernant la prestation de services préventifs est donné. Les bons coups et les occasions manquées concernant l'approche courante au regard de la prévention font l'objet d'une discussion. Une variété d'outils (par exemple, des systèmes de rappel, du matériel éducatif pour les patients et des affiches) sont alors présentés et choisis avec l'infirmière selon la taille et la structure du milieu, le personnel disponible, les valeurs du milieu et les forces présentes. Un plan de changement est créé,

et un leader local est nommé. Durant plusieurs visites de suivi, l'infirmière facilitatrice aide le milieu à individualiser et implanter les outils et moyens retenus pour le changement de pratique ainsi qu'à les réviser au besoin. Du *feedback* sur la prestation de services préventifs est transmis lors de ces rencontres. Dans l'étude de Goodwin et autres [62] portant sur le programme STEP-UP, les milieux ont reçu en moyenne 4 visites de suivi sur une période de 12 mois.

Le programme *Put Prevention Into Practice* (PPIP) est un autre exemple de la stratégie de système de bureau sur mesure. Celui-ci consiste en une démarche basée sur le *Total Transformation Management Process*, une approche de développement organisationnel qui comprend six étapes : 1) Évaluer la disposition au changement du milieu; 2) Évaluer les pratiques actuelles de prévention; 3) Établir les standards pour les soins préventifs; 4) Évaluer le système déjà en place pour donner les services préventifs ainsi que la compatibilité des nouveaux standards établis avec le débit actuel de la clientèle; 5) Planifier le changement et l'évaluation;

6) Implanter le changement et collecter les données d'évaluation (Mink [66], cité dans Tyler et autres [67]). Une trousse d'outils est également remise aux milieux. Celle-ci comprend des autocollants de rappel et des aide-mémoire pour les dossiers, des affiches pour la salle d'attente et la salle d'examen, un calepin de prescription pour la prévention, des cartes postales de rappel pour les patients, des carnets de santé que les patients pourront remplir, du matériel éducatif pour le patient et un manuel pour le clinicien. Les milieux de pratique peuvent utiliser tous les outils ou une partie de ceux-ci et sont libres de les adapter selon leurs besoins [68].

THÈMES ABORDÉS SELON LES ÉTUDES RECENSÉES

Pour cette stratégie, neuf articles ont été relevés, dont une revue de la littérature concernant la facilitation. Le tableau 8 fournit la liste des thèmes abordés dans ces articles.

TABLEAU 8

THÈMES ABORDÉS SELON LES ÉTUDES RECENSÉES POUR LA STRATÉGIE DE SYSTÈME DE BUREAU SUR MESURE – FACILITATION

	Backer et autres, 2005 [69]	Goodwin et autres, 2001 [62] ¹	Gottlieb et autres, 2001 [70]	Lemelin et autres, 2001 [63]	Melnikow et autres, 2000 [71]	Nagykaldi et autres, 2005 [64] (revue de la littérature) ²	Stange et autres, 2003 [72] ¹	Wei et autres, 2005 [65]	Yeazel et autres, 2002 [68]
Évaluation du risque pour la santé									
Activité physique									✓
Nutrition									✓
Statut tabagique			✓						✓
Dépistage									
Acuité visuelle		✓					✓		
Analyse d'urine		✓					✓		
Audition		✓					✓		
Cancer colorectal		✓			✓		✓	✓	✓
Cancer du col de l'utérus	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓
Cholestérol		✓	✓		✓		✓		✓
Examen clinique des seins		✓		✓	✓		✓		✓
Examen des yeux		✓					✓		
Exposition au plomb		✓					✓		
Hémoglobine		✓					✓		
Mammographie	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓

**TABLEAU 8 THÈMES ABORDÉS SELON LES ÉTUDES RECENSÉES
POUR LA STRATÉGIE DE SYSTÈME DE BUREAU SUR MESURE – FACILITATION**

	Backer et autres, 2005 [69]	Goodwin et autres, 2001 [62] ¹	Gottlieb et autres, 2001 [70]	Lemelin et autres, 2001 [63]	Melnikow et autres, 2000 [71]	Nagykaldi et autres, 2005 [64] (revue de la lit- térature) ²	Stange et autres, 2003 [72] ¹	Wei et autres, 2005 [65]	Yeazel et autres, 2002 [68]
Dépistage (suite)									
Poids		✓					✓		
Prise de la tension artérielle		✓	✓	✓			✓		
Taille		✓					✓		
Counseling									
Activité physique		✓					✓		✓
Cessation tabagique		✓		✓			✓		✓
Consommation d'alcool		✓					✓		
Consommation de drogues		✓					✓		
Contraception		✓					✓		
Exposition à la fumée secondaire		✓					✓		
Hormonothérapie		✓					✓		
ITSS		✓		✓			✓		
Nutrition		✓					✓		✓
Prévention des blessures		✓					✓		
Prise de supplément d'acide folique				✓					
Protection solaire		✓					✓		
Santé dentaire		✓					✓		
VIH		✓					✓		
Immunisation									
Diphtérie-tétanos			✓		✓				
Diphtérie-tétanos-coqueluche		✓					✓		
<i>Haemophilus influenza</i>		✓					✓		
Hépatite B		✓					✓		
Influenza		✓	✓	✓	✓		✓		
Pneumocoque		✓	✓		✓		✓		
Polio		✓					✓		
Rougeole-rubéole-oreillons		✓					✓		
Tétanos		✓					✓		
Varicelle		✓					✓		

1. Les résultats sont disponibles uniquement par catégories de services préventifs (dépistage, counseling et immunisation).

2. Les thèmes ne sont pas précisés par les auteurs.

EFFICACITÉ

Le programme STEP-UP, une approche individualisée selon les besoins particuliers des milieux de pratique, augmenterait de façon significative la prestation globale de services préventifs un an après l'intervention [62]. De façon plus spécifique, une augmentation significative a été observée dans le groupe exposé à l'intervention pour le dépistage et le counseling sur les habitudes de vie, mais non pour l'immunisation. De plus, Stange et autres [72] ont trouvé que ces résultats se maintenaient 24 mois après la mise en place de l'intervention. Ces auteurs concluent ainsi qu'une approche individualisée selon le milieu de pratique peut résulter en des augmentations soutenues de la prestation de services préventifs, même un an après la fin de l'intervention directe dans le milieu.

Au regard du programme PPIP, l'étude de Gottlieb et autres [70] démontre une augmentation significative de la documentation au dossier du statut tabagique, du dépistage du cholestérol, du dépistage du cancer du col de l'utérus, de la mammographie, de l'immunisation contre le pneumocoque et l'immunisation contre la diphtérie et le tétanos trois ans après le début du programme. Cependant, aucune augmentation statistiquement significative n'est trouvée concernant l'immunisation contre l'influenza et la prise de la tension artérielle. À noter que la prise de la tension artérielle était déjà effectuée dans 99 % des cas avant le début de l'intervention.

Lors d'une autre étude sur le PPIP réalisée sur une période de 30 mois [71], on a noté que la prestation de services préventifs (l'absence de tableau dans l'article ne permet pas de connaître les thèmes ainsi que la signification statistique des résultats) était plus élevée à 6 mois dans les cliniques exposées, puis a plafonné ou décliné à 18 et 30 mois. La prestation de quatre services préventifs sur huit (examen clinique des seins, immunisation contre l'influenza, le pneumocoque et la diphtérie-tétanos) était tout de même significativement plus élevée dans le groupe exposé par comparaison avec le groupe non exposé à la fin de la période d'intervention. Yeazel et autres [68] concluent pour leur part que le programme PPIP n'entraîne pas de différence statistiquement significative entre les cliniques exposées et les cliniques non exposées au programme après un an pour tous les thèmes évalués. Par ailleurs, Melnikow et autres [71] rapportent que les études d'efficacité réalisées depuis les débuts du programme PPIP présentent des résultats variables.

D'autre part, l'étude réalisée en Ontario par Lemelin et autres [63] avec des infirmières facilitatrices montre une augmentation statistiquement significative de la performance globale concernant les huit services préventifs mesurés. Par contre, lorsque les thèmes sont analysés séparément, seuls le counseling concernant l'acide folique et la vaccination contre l'influenza présentent une augmentation significative dans les cliniques exposées par comparaison avec celles non exposées.

En lien avec le dépistage du cancer colorectal, Wei et autres [65] observent, à la suite d'une intervention de facilitation, une augmentation significative du nombre de patients à jour pour les recommandations et le dépistage de ce cancer de même qu'une augmentation significative pour deux comportements liés au dépistage, soit l'éducation aux patients et le monitoring de la compliance des patients pour le test de sang occulte dans les selles. Toutefois, une autre intervention de facilitation individualisée dans sept milieux de pratique démontre qu'un seul milieu a réalisé un changement statistiquement significatif pour la mammographie et le test de dépistage du cancer du col de l'utérus selon le niveau de base un an après le début de l'intervention [69].

Enfin, bien que la signification statistique des résultats ne soit pas disponible, la revue de la littérature de Nagykaldis et autres [64] démontre que l'utilisation de la facilitation augmente la prestation de services préventifs.

COMMENTAIRES DES AUTEURS DES ÉTUDES RECENSÉES

Le principal avantage de la stratégie de système de bureau sur mesure réside dans le fait que les outils peuvent être adaptés aux besoins de la pratique, offrant une flexibilité permettant aux milieux de procéder aux changements à leur propre rythme [62]. Dans un autre ordre d'idées, Kottke et Solberg [73], en commentant le programme STEP-UP, discutent du fait que l'utilisation d'une infirmière pour effectuer la facilitation représente un avantage parce que celle-ci est davantage susceptible de comprendre l'ensemble des processus existants dans la prestation de soins, qu'elle est socialement plus proche de la majorité des employés d'une clinique médicale et qu'elle est plus crédible aux yeux du médecin. Celle-ci devrait toutefois provenir de l'extérieur du milieu afin d'être en mesure d'avoir du recul au regard de la pratique et de pouvoir partager l'expérience vécue par d'autres milieux.

Selon une analyse coûts-avantages réalisée par Hogg et autres [74], l'application de la stratégie de système de bureau sur mesure serait coûteuse. Nagykalldi et autres [64] rapportent cependant dans leur revue de la littérature que les coûts en soins évités par la stratégie de facilitation justifieraient les coûts reliés à son application.

CONDITIONS D'EFFICACITÉ¹

À la suite de l'évaluation du programme STEP-UP, Goodwin et autres [62] rappellent l'importance d'adapter la stratégie d'intervention sur la base de l'évaluation de la pratique, étant donné que certaines caractéristiques de la pratique seraient associées à la capacité d'accroître la prestation de services préventifs. Ces auteurs ne sont toutefois pas en mesure de définir clairement ces facteurs. Dans le même sens, Murphy-Smith et autres [75], qui ont rédigé un article sur les leçons à tirer de l'expérience du programme PPIP au Texas, mentionnent que l'un des plus importants apprentissages des programmes menés, est qu'on doit tenir compte de la nature complexe de l'environnement clinique pour l'implantation de services préventifs. Notamment, l'implantation du programme PPIP de façon uniforme dans tous les milieux s'avérerait inefficace. Dans leur revue de la littérature, Nagykalldi et autres [64] rapportent entre autres que la facilitation serait davantage optimale pour les milieux de pratique de petite ou de moyenne taille. En plus de la flexibilité de l'organisation, l'étude de cas de Backer et autres [69] permet de dégager d'autres variables qui influencent le processus de changement : le leadership, la capacité de travailler en équipe ainsi que les ressources disponibles dans le milieu clinique.

Hogg et autres [60] ont analysé plus en profondeur sept milieux de pratique de l'étude de Lemelin et autres [63]. L'implication de l'équipe de travail de même que l'attitude positive de celle-ci au regard de l'implantation du changement ont été trouvés comme des

facteurs centraux pour modifier la prestation de services préventifs. Par exemple, un milieu où les interactions et la communication sont positives entre les travailleurs était associé à plus de succès sur le plan de l'intervention. Également, la présence d'un médecin enthousiaste dans le milieu, d'un leader local, aurait un effet d'entraînement sur les autres cliniciens et les membres du personnel. En plus d'être lié au climat déjà existant dans le milieu, le succès de l'amélioration de la performance serait en lien avec la relation développée entre l'équipe de travail et le facilitateur. Celle-ci serait influencée par la disponibilité du facilitateur, sa flexibilité de même que la régularité des visites et du *feedback* qu'il effectue. Inversement, une faible implication du personnel, une rotation élevée du personnel et un faible soutien de la part des médecins seraient associés à une faible amélioration de la performance.

La seule disponibilité d'outils ne serait donc pas suffisante pour produire un changement. Le soutien constituerait un facteur-clé [71]. À ce sujet, Wei et autres [65] concluent que bien que les cliniciens ayant participé à leur expérimentation aient été motivés, ceux-ci n'auraient pas implanté des changements aussi efficacement sans l'attention et le soutien des facilitateurs. Le fait de donner du *feedback* de façon régulière au cours de la démarche aiderait notamment à maintenir la motivation face au changement [72].

Enfin, le succès initial de l'implantation ne serait pas une variable prédictive du maintien du changement [76], puisque le maintien du changement de la pratique serait plus difficile que son implantation [71]. Stange et autres [72] soulignent qu'une intervention adaptée aux caractéristiques uniques de chaque milieu est cependant davantage susceptible d'être incorporée à l'intérieur de la structure et des opérations quotidiennes, puis de devenir ainsi indépendante de l'intervention extérieure. La planification du maintien devrait par ailleurs être une composante importante de chaque intervention visant le changement de pratique [72].

1. Cette section réfère le plus souvent aux hypothèses des auteurs des articles recensés.

QUELQUES ÉLÉMENTS À RETENIR POUR L'ACTION

- Il apparaît que la stratégie de système de bureau sur mesure – facilitation peut accroître la prestation de services préventifs.
- Le soutien du milieu clinique par le facilitateur constitue un élément-clé de cette stratégie.
- La seule disponibilité d'outils ne serait pas suffisante pour produire un changement de comportement.
- Il importe de tenir compte du caractère unique et complexe du contexte de pratique des milieux cliniques ainsi que d'individualiser l'intervention. Des facteurs tels que les ressources disponibles dans le milieu, la présence de leadership et la flexibilité de l'organisation peuvent influencer la disposition du milieu à entreprendre les changements souhaités.
- Plusieurs composantes importantes doivent être prises en compte dans cette stratégie : évaluer la pratique actuelle et l'environnement de pratique; adapter l'intervention aux besoins du milieu; avoir un facilitateur crédible, disponible, flexible et apportant un soutien constant; constituer une équipe de travail; avoir un leader local enthousiaste; planifier le maintien.

Incentifs d'ordres financier et législatif

Economic incentives and legal regulations

DÉFINITION

Les incitatifs d'ordre financier visent à pallier la barrière de nature financière fréquemment considérée comme élément nuisant à la prestation des services préventifs [77]. En effet, le mode de rémunération des cliniciens pourrait influencer leur pratique [78]. Les incitatifs d'ordre financier peuvent aussi être utilisés pour accroître la qualité des soins, le contrôle des coûts et le recrutement de cliniciens pour les régions où la population est moins bien desservie relativement aux services médicaux [78].

De façon plus spécifique, les incitatifs d'ordre financier réfèrent aux modes de rémunération globale des médecins ou aux primes de remboursement de certains actes médicaux [13]. Ces mesures comprennent la capitation, le salaire, la rémunération à l'acte ainsi que les paiements ciblés [12]. Dans un système à capitation, le clinicien est payé pour un nombre de patients enregistrés [79], alors que le clinicien salarié reçoit un salaire annuel qui correspond habituellement à un nombre moyen d'heures travaillées par semaine, par année [79]. Selon le paiement à l'acte, on rémunère les cliniciens pour chaque service donné au patient [78]. Pour ce qui est des paiements ciblés, ou primes, il s'agit d'un système de paiement par lequel les professionnels de la santé sont rémunérés uniquement s'ils donnent un niveau minimal et prédéterminé de prestation pour certains soins [78]. Le *feedback* concernant la performance est inhérent à ce dernier type d'incitatif. En effet, le *feedback* peut être effectué de façon directe par le biais de rapports ou, encore, de façon indirecte, la réception de l'incitatif financier agissant alors comme *feedback* quant au niveau de performance atteint [77].

Les incitatifs d'ordre financier peuvent également faire référence à des récompenses [35, 80] ou des pénalités [80] financières données au clinicien [35, 80], à un établissement [80] ou au patient [35, 80] (par exemple, par la réduction de paiement pour les patients [35]). Aux États-Unis, les incitatifs financiers sont à la base du *Kaiser Permanente*, une compagnie d'assurance dont la mission est d'améliorer et de maintenir la santé de ses membres en offrant des soins de santé prépayés

accessibles, abordables, globaux et d'une grande qualité. Dans le modèle du *Kaiser Permanente*, un accent particulier est mis sur la prévention par le biais de l'évaluation de l'état de santé ainsi que de programmes de dépistage et de counseling appropriés. Les médecins, qui sont à la fois employés et actionnaires, sont responsables individuellement et collectivement du traitement, du coût-efficacité et du contrôle des coûts. Des efforts sont donc investis afin de changer les comportements cliniques et d'économiser de l'argent [81]. Étant donné qu'aucune étude sur le sujet n'est ressortie au cours de la recherche d'articles pour la présente revue de la littérature, le modèle du *Kaiser Permanente* ne sera pas abordé plus en détail dans les pages qui suivent.

En ce qui a trait aux incitatifs d'ordre législatif, ceux-ci se rapportent aux règlements des organismes d'accréditation, des organismes gouvernementaux ainsi que des organismes qui délivrent les permis [13]. Ces mesures sont de niveau national ou régional et sont élaborées à l'extérieur des milieux cliniques dans l'objectif de modifier le contexte environnemental, légal ou organisationnel dans lequel les cliniciens pratiquent [35]. Cela peut se faire par la mise en place d'un règlement visant le remboursement d'un service ou d'un règlement concernant la prestation de soins. Par exemple, on peut établir que les patients qui répondront à certains critères feront l'objet d'un dépistage donné [80].

En raison de systèmes de santé différents, certains des éléments présents dans les articles obtenus lors de la recension ne peuvent s'appliquer au contexte québécois. Ces éléments, par exemple les incitatifs financiers visant les patients, ne seront mentionnés que de façon succincte. D'autre part, au Québec, deux actes préventifs réalisés par le médecin sont maintenant rémunérés depuis 2007, soit le soutien médical à l'abandon du tabagisme et l'intervention relative aux ITSS.

DESCRIPTION OPÉRATIONNELLE

La recension des écrits de Giuffrida et autres [78] sur les paiements ciblés permet de donner un exemple de ce type de rémunération. Dans une étude relevée par ces auteurs, l'intervention consistait à ajouter une rémunération additionnelle de 10 %, soit 0,80 \$, ou de 20 %, soit 1,60 \$, au paiement standard de 8 \$ pour chaque immunisation contre l'influenza réalisée au-dessus du taux ciblé de 70 % ou 85 % de la population admissible enregistrée auprès de chaque médecin.

L'étude de Dunn et autres [82] présente pour sa part un incitatif législatif réalisé auprès de résidences pour personnes âgées. En effet, le département de santé de l'État du Tennessee aux États-Unis a approuvé en 1998 un amendement obligeant tous ces établissements à prouver que l'immunisation contre l'influenza et le pneumocoque était offerte à tous les résidents, plus précisément que le vaccin contre l'influenza était proposé annuellement avant le 30 novembre et que le vaccin contre le pneumocoque était offert à tous les résidents actuels et les nouveaux résidents âgés de 65 ans et plus à moins de contre-indications médicales ou de refus de la part du patient. Une lettre décrivant la nouvelle loi ainsi que la procédure de remboursement par le programme *Medicare* était envoyée aux établissements pour les informer de cette mesure.

THÈMES ABORDÉS SELON LES ÉTUDES RECENSÉES

Lors de la recherche d'articles, cinq études ont été relevées pour cette stratégie, dont trois revues de la littérature. Les thèmes évalués dans ces articles sont présentés dans le tableau 9.

EFFICACITÉ

Zimmerman et autres [84] ont évalué l'efficacité d'un programme de vaccins gratuits (diphtérie-tétanos-coqueluche, polio et rougeole-rubéole-oreillons) visant

à diminuer la référence, par les médecins, des enfants âgés de cinq ans et moins assurés avec *Medicaid* ou non assurés vers les cliniques de santé publique en faveur d'une vaccination en cabinet. Les résultats obtenus confirment l'hypothèse des chercheurs, puisque la probabilité de référence, par les médecins ayant participé au programme, de ces enfants vers les cliniques de santé publique pour la vaccination a diminué de façon significative après l'intervention.

De plus, la revue de Town et autres [77], dont les thèmes ne sont pas précisés, permet de remarquer que dans une seule étude sur six, on constate une relation significative entre la mesure financière et le comportement des cliniciens, soit le paiement à l'acte des médecins pour donner l'immunisation. Giuffrida et autres [78] observent pour leur part que l'utilisation de paiements ciblés est associée à une augmentation significative de l'immunisation contre l'influenza chez les personnes âgées de 65 ans et plus, mais à aucune augmentation significative de l'immunisation des enfants d'âge préscolaire.

La revue de la littérature de Kane et autres [83] porte à la fois sur les incitatifs d'ordre financier visant les cliniciens (paiement direct ou prime liée à la performance) et les patients (paiement direct, cadeaux, loteries, coupons pour des biens et des services médicaux ou non médicaux à prix réduits ou gratuits et possibilité d'éviter des sanctions). Pour les incitatifs visant les cliniciens, les résultats sont équivoques.

TABLEAU 9

THÈMES ABORDÉS SELON LES ÉTUDES RECENSÉES POUR LA STRATÉGIE DES INCITATIFS D'ORDRES FINANCIER ET LÉGISLATIF

	Dunn et autres, 2003 [82]	Giuffrida et autres, 2000 [78] (revue de la littérature)	Kane et autres, 2004 [83] (revue de la littérature) ¹	Town et autres, 2005 [77] (revue de la littérature) ¹	Zimmerman et autres, 2006 [84]
Immunisation					
Diphtérie-tétanos-coqueluche					✓
Immunisation complète pour les enfants de 2 et 5 ans ²		✓			
Influenza		✓			
Pneumocoque	✓				
Polio					✓
Rougeole-rubéole-oreillons					✓

1. Les thèmes ne sont pas précisés par les auteurs.

2. Les auteurs parlent d'immunisation primaire pour les enfants de deux ans et d'immunisation préscolaire pour les enfants de cinq ans.

En effet, dans quatre études, on a trouvé des effets positifs, alors que dans cinq études, on n'a pas trouvé d'effets. En ce qui a trait aux incitatifs visant les patients, les résultats démontrent que les incitatifs sous forme de récompenses induisent généralement des changements de comportement chez ceux-ci. Toujours au regard des incitatifs visant les patients, les études portant sur le renforcement négatif, c'est-à-dire les sanctions, démontrent que ce type d'incitatif entraînerait un effet positif à court terme, mais que les changements observés ne se maintiendraient pas à long terme.

Une seule étude porte sur un incitatif législatif. Dunn et autres [82] ont mesuré les effets d'une politique obligeant les résidences pour personnes âgées à faire la preuve que la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque était offerte aux résidents de 65 ans et plus. Les auteurs ont évalué uniquement la modification de la pratique au regard de l'immunisation contre le pneumocoque. Leurs résultats démontrent que dans l'ensemble, l'immunisation contre cette bactérie a augmenté de façon significative à la suite de la mise en place de la procédure.

COMMENTAIRES DES AUTEURS DES ÉTUDES RECENSÉES

Dans leur recension des écrits sur les paiements ciblés, Giuffrida et autres [78] rapportent que ce type de rémunération a pour avantage d'encourager les cliniciens à atteindre les objectifs de santé publique définis par les autorités gouvernementales. Cependant, les paiements ciblés peuvent avoir un effet dissuasif sur le clinicien si ce dernier ne pense pas être en mesure d'atteindre le niveau minimal de soins fixé. De plus, les incitatifs financiers pourraient altérer les priorités professionnelles au profit des domaines qui sont rémunérés [78] et créer une forme de dépendance chez les médecins [77, 83]. En effet, la prestation de services préventifs peut s'estomper lorsque l'incitatif se termine ou qu'un nouvel acte est sélectionné pour être rémunéré.

CONDITIONS D'EFFICACITÉ¹

Les auteurs énumèrent certains aspects à prendre en considération lorsque les incitatifs d'ordre financier sont retenus. Notamment, le comportement visé par cette stratégie doit être spécifique et facile à observer [77, 83]. Ainsi, le succès de l'intervention financière

serait inversement lié à la complexité du comportement souhaité de la part du clinicien [77, 83]. En ce sens, la prestation de services comme le dépistage et l'immunisation pourrait être liée à davantage de succès que les interventions plus complexes comme le counseling anti-tabagique. De plus, l'incitatif doit être d'un montant suffisamment élevé pour que le clinicien trouve avantage à changer sa pratique [77, 83]. En effet, Town et autres [77] ont observé que les récompenses offertes dans les études qu'ils ont recensées étaient plutôt modestes et que cela pouvait expliquer le fait que les cliniciens n'ont pas modifié leur comportement.

Que ce soit pour les incitatifs financiers visant les cliniciens ou pour ceux visant les patients, plus d'un auteur conclut que les preuves ne sont pas suffisantes pour déterminer clairement dans quelle mesure ces incitatifs permettent d'améliorer les services préventifs [78, 79, 83]. Notamment, deux recensions des écrits [77, 83] rappellent l'importance de la dynamique organisationnelle au regard de la pratique des cliniciens. Les auteurs de ces recensions estiment que les systèmes actuels ne sont pas adéquats pour encourager la prévention. Par conséquent, afin d'obtenir des modifications de comportements qui se maintiennent à long terme, les changements entrepris devraient se faire sur le plan organisationnel du travail des cliniciens [77].

Dans un autre ordre d'idées, afin d'éviter la diminution ou la disparition du comportement préventif du clinicien lorsqu'il ne sera plus rémunéré, ce comportement doit être bien ancré dans la routine de soins, et ce, avant que l'incitatif soit retiré [77, 83]. Les incitatifs financiers peuvent ainsi amener le clinicien à revoir temporairement ses priorités, mais un changement soutenu dans la routine de la pratique requiert un investissement d'énergie important afin de modifier les mécanismes déjà existants dans le milieu qui nuisent au comportement visé [77, 83]. Par ailleurs, Gosden et autres [79], dans leur revue de la littérature portant sur le mode de rémunération des médecins, avancent que le paiement à capitation pourrait agir favorablement sur la prestation de services préventifs de la part des cliniciens, étant donné que le fait d'avoir des patients en meilleure santé permet de réduire les coûts futurs liés aux soins.

Finalement, au regard des incitatifs d'ordre législatif, Dunn et autres [82] ont observé que les résidences pour personnes âgées rapportant des taux élevés d'immunisation contre le pneumocoque, c'est-à-dire

1. Cette section réfère le plus souvent aux hypothèses des auteurs des articles recensés.

des taux supérieurs ou égaux à 75 %, étaient plus susceptibles d'être de grande taille (plus de 100 lits), d'être situées en milieu urbain, d'avoir un registre de vaccination, d'avoir mis en place une politique concernant l'immunisation et d'avoir un taux élevé d'immunisation contre l'influenza. Ainsi, ces auteurs concluent que le fait de mettre en place une politique et des changements organisationnels, tels que la tenue d'un registre d'immunisation, peut s'avérer davantage efficace.

QUELQUES ÉLÉMENTS À RETENIR POUR L'ACTION

- L'efficacité des incitatifs d'ordre financier demeure incertaine.
- Il semble que ceux-ci soient davantage efficaces pour parvenir à des modifications du comportement des cliniciens et au maintien à long terme de ces modifications s'ils sont associés à des changements organisationnels.
- Les incitatifs financiers seraient plus faciles à appliquer sur des comportements apparentés à un acte médical traditionnel, par exemple le dépistage et l'immunisation, que sur des comportements plus complexes tels que le counseling sur les habitudes de vie.
- Il apparaît que les incitatifs d'ordres financier et législatif ont surtout été évalués au regard de l'immunisation.
- Étant donné qu'une seule étude a été recensée concernant les incitatifs d'ordre législatif, l'efficacité de cette stratégie reste à confirmer.

Interventions visant le patient

Patient-mediated interventions

DÉFINITION

Les interventions visant le patient ont pour objectif de changer la performance du clinicien de façon indirecte [24]. En effet, l'intervention est réalisée auprès du patient afin que celui-ci discute de l'information qu'il a reçue au sujet d'un service préventif avec le clinicien lors d'une consultation ou encore qu'il lui demande un tel service.

Les interventions visant le patient peuvent prendre la forme d'information qu'on lui donne, par exemple du matériel éducatif qui lui est remis ou qui est mis à sa disposition dans la salle d'attente, d'un système de rappel qui lui est destiné ou de soutien qui lui est offert, par exemple du counseling réalisé par une personne autre que le clinicien [24]. De plus, ces interventions peuvent se faire par la collecte d'information clinique, par exemple par questionnaire auto-administré dans la salle d'attente pour le repérage de certains facteurs de risque [85] ou par le biais d'un carnet de santé autogéré [49, 86]. Cette information est par la suite transmise au clinicien lors de la consultation [24].

Yabroff et autres [87] ont classé les interventions visant le patient selon quatre catégories : les interventions comportementales, les interventions cognitives, les interventions sociologiques et les interventions combinées.

Par les interventions *comportementales*, on a pour objectif de modifier les stimuli associés à l'utilisation du service préventif, principalement en utilisant un système de rappel visant le patient. Les interventions *cognitives* sont celles par lesquelles on donne de l'information au patient, fait de l'éducation au sujet de la prévention et clarifie les conceptions erronées au regard du service ciblé. Ces interventions peuvent être personnalisées selon le patient et véhiculer des messages basés sur les théories de changement de comportement, par exemple le modèle des croyances relatives à la santé (*Health belief model*), afin d'aider les patients à surmonter les barrières vécues ou encore à utiliser du matériel éducatif général. De plus, l'information peut être donnée de façon interactive (par téléphone ou en personne) ou de façon passive (par lettre ou dépliant).

Dans les interventions *sociologiques*, les normes sociales ou les pairs de la communauté sont utilisés pour promouvoir l'utilisation du service préventif par le patient. Par exemple, il peut s'agir d'un intervenant qui œuvre en parallèle avec les cliniciens en faisant de l'éducation pour la santé ou encore de counseling réalisé par des pairs. Les interventions visant le patient qui incluent des interventions de plus d'une catégorie mentionnée précédemment sont dites *combinées* (par exemple, un système de rappel postal visant le patient jumelé à du counseling téléphonique réalisé par un éducateur pour la santé).

Bien que les interventions adressées au patient puissent prendre diverses formes, allant de la remise de documentation jusqu'au counseling par les pairs, beaucoup plus de chercheurs ont expérimenté l'utilisation des systèmes de rappel. Les rappels peuvent être donnés directement au patient par le clinicien ou lui être transmis de diverses façons, soit par lettre, par carte postale, lors d'un appel téléphonique effectué par une personne ou par un système téléphonique automatique programmé pour effectuer plusieurs appels dans un court laps de temps [88, 89]. Les systèmes de rappel visant les patients peuvent aussi varier en spécificité. En effet, ils peuvent être généraux ou encore être personnalisés selon le patient. Ils peuvent également présenter différents niveaux d'intensité, c'est-à-dire être donnés une seule fois ou être donnés à plusieurs reprises de différentes façons (par exemple, un rappel postal, puis un rappel téléphonique un mois plus tard) [88, 89]. De plus, les systèmes de rappel visant les patients peuvent être combinés à un système de rappel visant le clinicien ou encore à d'autres types de stratégies telles que du matériel éducatif destiné aux patients [89].

DESCRIPTION OPÉRATIONNELLE

L'intervention expérimentée par Taplin et autres [90] permet d'illustrer trois interventions menées auprès de patientes en vue d'accroître l'utilisation de la mammographie chez les femmes faisant partie d'un programme de dépistage du cancer du sein : un système de rappel sous forme de carte postale, un système de rappel effectué par le biais d'un appel téléphonique et un appel téléphonique de motivation. Les interventions ont été élaborées à partir d'un cadre conceptuel combinant des composantes de la théorie de l'action raisonnée, de la théorie de l'apprentissage social et du modèle PRECEDE-PROCEED.

Tout d'abord, la carte postale de rappel était envoyée aux patientes. Cette carte leur rappelait la lettre de recommandation qui leur avait été envoyée antérieurement dans le cadre du programme de dépistage, les informait qu'elles pouvaient encore prendre un rendez-vous et leur soulignait le fait que ce rendez-vous était important pour leur santé.

Ensuite, le rappel téléphonique était réalisé par la secrétaire. Celle-ci pouvait fixer un rendez-vous et répondre aux questions simples des femmes concernant les aspects logistiques, mais ne pouvait pas discuter avec elles de leurs préoccupations au regard de la mammographie. Si durant l'appel des inquiétudes étaient manifestées par les femmes en lien avec la mammographie, la secrétaire devait les inviter à s'adresser aux responsables du programme de dépistage ou encore à communiquer avec leur médecin pour une discussion plus poussée.

Enfin, l'appel téléphonique de motivation, réalisé par deux femmes psychologues, visait à agir sur les facteurs prédisposant au changement, tels que les croyances, les valeurs et le risque perçu par les femmes, ainsi qu'à mettre en place des facteurs environnementaux facilitants. Par exemple, on tenait compte des aspects logistiques concernant l'utilisation de la mammographie en transmettant de l'information sur les coordonnées des centres de dépistage, le stationnement et les moyens de transport de même qu'en donnant au besoin

de l'aide pour la prise de rendez-vous. Les chercheurs ont élaboré, précédemment à l'intervention, des réponses types aux préoccupations anticipées des femmes. Ces réponses étaient utilisées lors de l'appel téléphonique. Il était possible pour l'intervenante de fixer le rendez-vous lors de cet appel.

THÈMES ABORDÉS SELON LES ÉTUDES RECENSÉES

Pour cette stratégie, sept articles ont été relevés, dont trois méta-analyses. Les thèmes abordés dans ces études figurent dans le tableau 10.

EFFICACITÉ

Au regard de l'immunisation complète chez les enfants d'âge préscolaire, Vivier et autres [93] ont trouvé une différence significative pour les trois groupes ayant reçu un rappel téléphonique, un rappel postal ou encore ces deux interventions par rapport au groupe n'ayant pas reçu d'intervention. Les auteurs n'ont trouvé aucune différence significative entre les trois groupes ayant reçu une intervention.

Szilagyi et autres [91] ont pour leur part expérimenté, auprès des parents d'enfants de deux ans et moins, une intervention avec quatre niveaux d'intensité selon le degré de retard pour l'immunisation. Ces quatre

TABEAU 10 THÈMES ABORDÉS SELON LES ÉTUDES RECENSÉES POUR LA STRATÉGIE DES INTERVENTIONS VISANT LE PATIENT

	Jacobson et Szilagyi, 2005 [89] (méta-analyse)	Szilagyi et autres, 2000 [88] (méta-analyse)	Szilagyi et autres, 2002 [91]	Szilagyi et autres, 2006 [92]	Taplin et autres, 2000 [90]	Vivier et autres, 2000 [93]	Yabroff et autres, 2001 [87] (méta-analyse)
Dépistage							
Examen de routine chez les adolescents				✓			
Mammographie					✓		✓
Immunisation							
Immunisation complète chez l'enfant (0-5 ans)	✓	✓	✓			✓	
Diphtérie-tétanos				✓			
Hépatite B	✓			✓			
Influenza	✓	✓					
Pneumocoque	✓	✓					
Tétanos	✓	✓					

niveaux d'intensité sont les suivants: 1) Détermination du statut d'immunisation de tous les enfants participant à l'expérimentation; 2) Rappel téléphonique ou postal pour les trois quarts de ces enfants; 3) Assistance dans la prise de rendez-vous ou au regard d'un moyen de transport pour quelques-uns des enfants; 4) Visites à domicile pour les enfants les plus en retard ou les enfants faisant face à des barrières complexes (5 % des enfants). Les résultats démontrent que l'intervention augmente l'immunisation chez les enfants visés et qu'elle diminue par le fait même les disparités liées à l'immunisation entre les minorités ethniques et entre les enfants de quartiers défavorisés et ceux de la banlieue.

Dans une étude plus récente, Szilagyi et autres [92] ont vérifié si un message téléphonique préenregistré augmentait l'immunisation et l'examen de routine chez les adolescents âgés de 11 à 14 ans. Les résultats montrent que les adolescents ayant reçu l'intervention avaient un taux d'immunisation contre l'hépatite B significativement plus élevé que le groupe n'ayant pas reçu d'intervention. Cependant, aucune différence significative n'a été notée entre les groupes pour l'immunisation contre la diphtérie et le tétanos ainsi que l'examen de routine.

Pour leur part, Taplin et autres [90] concluent que les femmes âgées de 50 à 79 ans ayant reçu un rappel téléphonique ou un appel téléphonique de motivation ont eu significativement plus de mammographies que les femmes ayant reçu un rappel postal. Contrairement à l'une de leurs hypothèses de départ, soit que le counseling téléphonique serait plus efficace que le rappel téléphonique, les auteurs n'ont pas trouvé de différence significative au regard de l'utilisation de la mammographie entre les femmes ayant reçu le rappel téléphonique et les femmes ayant reçu le counseling téléphonique.

Concernant l'immunisation, Jacobson et Szilagyi [89] de même que Szilagyi et autres [88] concluent que de façon générale, les systèmes de rappel visant les patients sont efficaces tant pour les enfants que pour les adultes et aussi bien pour les vaccinations recommandées universellement, telles que l'immunisation de routine chez les enfants, que pour les vaccinations ciblées, dont l'immunisation contre l'influenza. De façon plus spécifique, les auteurs concluent que tous les types de rappels (carte postale, lettre, téléphone réalisé par une personne ou message téléphonique préenregistré) sont efficaces [88, 89]. Cependant, l'utilisation de plusieurs systèmes de rappel visant les patients de même que les rappels téléphoniques réalisés

par une personne apparaissent les plus efficaces, bien qu'ils soient les plus coûteux [88, 89]. En ce qui a trait aux rappels postés, les résultats révèlent qu'une lettre de rappel serait plus efficace qu'une carte postale de rappel [89]. De plus, Szilagyi et autres [88] constatent que même si les systèmes de rappel visant les patients sont efficaces dans tous les milieux de pratique, ceux-ci le sont davantage dans les milieux de pratique où de l'enseignement est donné.

Relativement à la mammographie, Yabroff et autres [87] ont vérifié l'efficacité des types d'interventions comportementales, cognitives, sociologiques et combinées. Les résultats de leur méta-analyse démontrent que les interventions comportementales avec de multiples stratégies (par exemple, plus d'un système de rappel), les interventions cognitives données de façon interactive au téléphone ou en personne (notamment, le counseling téléphonique), les interventions sociologiques (entre autres, le counseling réalisé par les pairs) de même que les interventions qui combinent les stratégies comportementales et cognitives sont efficaces pour améliorer l'utilisation de la mammographie par les femmes. De plus, ces interventions seraient efficaces autant lorsqu'elles sont effectuées à l'intérieur du milieu de pratique que lorsqu'elles sont menées dans la communauté. Selon les auteurs, les interventions cognitives générales (non personnalisées) ou données de façon passive (lettre, dépliant, vidéocassette) ne seraient pas efficaces pour accroître l'utilisation de la mammographie.

COMMENTAIRES DES AUTEURS DES ÉTUDES RECENSÉES

Szilagyi et autres [88] mentionnent que les systèmes de rappel adressés aux patients en vue d'accroître l'immunisation peuvent avoir comme avantage d'augmenter les visites préventives où pourront être fournis d'autres services préventifs. De plus, ces auteurs ajoutent que les systèmes de rappel peuvent favoriser la création de liens entre le patient et son médecin. D'un point de vue plus pratique, Vivier et autres [93] rapportent que le système de rappel expérimenté dans leur étude était facile à utiliser et requérait peu de temps en moyenne, soit moins de deux minutes par contact. Enfin, Szilagyi et autres [92] mentionnent que le système de rappel automatique qu'ils ont utilisé est de coût relativement bas.

CONDITIONS D'EFFICACITÉ¹

Les systèmes de rappel visant les patients sont, par ordre croissant d'efficacité, la carte postale de rappel, la lettre de rappel, le rappel téléphonique préenregistré, puis le rappel téléphonique effectué par une personne, ce dernier étant le plus efficace. L'utilisation d'information spécifique au patient lors du rappel, un rappel donné de façon interactive ou transmis à plusieurs reprises apparaissent également plus efficaces.

Szilagyi et autres [92] avancent que l'efficacité d'un système de rappel visant le patient est fortement associée au fait de disposer d'une liste à jour des numéros de téléphone ou des adresses postales des patients. Ces auteurs émettent l'hypothèse que le fait d'avoir utilisé un système de rappel téléphonique préenregistré, jugé moins efficace qu'un rappel téléphonique réalisé par une personne, peut expliquer le fait que leur intervention n'a pas entraîné de résultats significatifs pour tous les thèmes visés. De plus, ces auteurs concluent que pour parvenir à un taux plus élevé de services préventifs chez les adolescents, il peut être nécessaire d'utiliser des stratégies combinées. En outre, Jacobson et Szilagyi [89] mentionnent qu'un système de rappel visant à la fois le patient et le clinicien serait plus efficace qu'un système de rappel visant uniquement le patient.

Taplin et autres [90] considèrent que le succès de leur intervention peut être entre autres attribuable à la possibilité pour la patiente de fixer un rendez-vous pour la mammographie lors des deux interventions téléphoniques expérimentées (rappel et counseling).

De plus, ces auteurs sont d'avis que le fait de rappeler aux femmes de prendre un rendez-vous pour leur mammographie peut être aussi efficace que de pallier les barrières qui nuisent à leur participation au dépistage. Le fait de combiner des interventions réalisées à l'intérieur du milieu de pratique et des interventions menées dans la communauté peut également être efficace pour accroître l'utilisation de la mammographie selon Yabroff et autres [87]. Ces derniers ajoutent que les activités promotionnelles au regard de la mammographie qui s'adressent à toutes les résidentes de la communauté pourraient inciter un plus grand nombre de femmes à adopter ce comportement que les interventions qui visent un groupe spécifique.

Yabroff et autres [87] rapportent que la décision concernant le choix des interventions visant le patient doit reposer sur les caractéristiques de la population ciblée, les considérations pratiques au regard de l'implantation de l'intervention et le rapport coût-efficacité des stratégies. Dans le même sens, Szilagyi et autres [88] ainsi que Jacobson et Szilagyi [89] estiment que les cliniciens devraient utiliser les résultats obtenus de leurs recensions des écrits au sujet des systèmes de rappel visant les patients selon les caractéristiques de chaque milieu de pratique et adapter les systèmes de rappel à leurs propres besoins. Notamment, pour choisir un système de rappel, on devrait tenir compte des caractéristiques du système informatique présent dans la clinique, du personnel disponible, de la validité des numéros de téléphone et des adresses postales des patients, de la disponibilité de programmeurs informatiques et du taux de réponse estimé de la part des patients pour chaque système de rappel.

QUELQUES ÉLÉMENTS À RETENIR POUR L'ACTION

- L'intervention la plus fréquemment utilisée dans la littérature recensée en lien avec la stratégie des interventions visant le patient est le système de rappel qui peut prendre diverses formes.
- Les interventions visant le patient qui utilisent des systèmes de rappel apparaissent efficaces pour améliorer la prestation de dépistage et d'immunisation.
- Bien qu'ils soient plus coûteux, les rappels téléphoniques réalisés par une personne de même que l'utilisation de plusieurs systèmes de rappel sont considérés comme les plus efficaces.
- Le peu d'études ayant expérimenté d'autres types d'interventions que les systèmes de rappel visant le patient limite les conclusions relatives à l'efficacité de cette stratégie.
- Aucune des études recensées ne fait référence à Internet comme moyen pour communiquer avec les patients.

1. Cette section réfère le plus souvent aux hypothèses des auteurs des articles recensés.

Interventions de masse à l'aide des médias

Mass media interventions

Les interventions de masse effectuées à l'aide des médias visent à sensibiliser la population générale au regard de thèmes liés à la santé et à promouvoir l'utilisation de certains services de santé spécifiques, y compris les services préventifs [94]. En plus de favoriser l'utilisation des soins de santé, ces interventions peuvent influencer les comportements de la population, les pratiques des cliniciens ainsi que les politiques de santé [94]. Les interventions de masse à l'aide des médias peuvent se faire par le biais de

campagnes organisées ou lors de couvertures médiatiques d'événements qui ne sont pas planifiés [94]. Les médias utilisés pour les interventions de masse peuvent être la radio, la télévision, les journaux, les revues, des dépliants, des affiches ou Internet [94].

Lors de la présente recherche bibliographique, on n'a relevé qu'un seul article portant sur les interventions de masse à l'aide des médias. L'application des critères d'inclusion des articles, notamment la période de publication, explique probablement cette situation. D'autre part, l'imprécision des données trouvées dans le seul article recensé (Grilli et autres [94]) fait en sorte qu'il est impossible de conclure sur l'efficacité de cette stratégie pour accroître la prestation de services préventifs par les cliniciens.

Interventions multifacettes

Multifaceted interventions

DÉFINITION

Les interventions incluant deux stratégies ou plus sont considérées comme multifacettes [12, 24, 54]. Il apparaît que les stratégies peuvent être utilisées de façon concomitante ou successive.

La plupart du temps, les interventions multifacettes visent plusieurs déterminants de la pratique, par exemple l'organisation du milieu clinique, le clinicien et le patient. Cela permet de répondre à différentes barrières que vivent les cliniciens et qui nuisent à l'intégration de la prévention dans leur pratique [95]. Dans plusieurs des études concernant la présente stratégie, on a notamment basé l'intervention sur le modèle PRECEDE-PROCEED, en utilisant des stratégies visant des facteurs prédisposant au changement, des facteurs facilitants et des facteurs de renforcement. Le modèle PRECEDE-PROCEED se base sur le postulat que pour parvenir à modifier le comportement du clinicien, il faut changer sa prédisposition à entreprendre la tâche, mettre en place des facteurs environnementaux facilitants et renforcer les comportements adoptés pour en assurer le maintien (Green et Kreuter [96], cités dans Dodge et autres [97]). En effet, bien que l'acquisition des connaissances soit un facteur prédisposant au changement de comportement, les connaissances seules ne suffisent pas pour parvenir à modifier les pratiques [98].

DESCRIPTION OPÉRATIONNELLE

Trente-trois études dans lesquelles on a expérimenté une intervention multifacette ont été incluses dans la présente revue de la littérature. Ces articles portent le plus souvent sur trois ou quatre stratégies combinées. Le tableau 11 fournit le nombre d'études selon le nombre de stratégies utilisées.

Les stratégies qui sont les plus utilisées dans les combinaisons sont la formation médicale continue, les interventions visant le patient, la distribution de matériel éducatif destiné aux cliniciens, les systèmes de rappel visant les cliniciens, l'audit et le *feedback*, les visites éducatives et le soutien externe provenant de l'équipe de chercheurs. D'autres stratégies sont rarement utilisées, dont la recherche de consensus en petits groupes de même que les incitatifs financiers. Le tableau 12 présente la fréquence de chaque stratégie dans les combinaisons.

Les stratégies qu'on trouve le plus souvent combinées à d'autres dans une même intervention sont : la formation médicale continue et une intervention visant le patient (dix études); une intervention visant le patient en plus d'un système de rappel visant les cliniciens (dix études); une intervention visant le patient et du matériel éducatif pour le clinicien (neuf études); la formation médicale continue en plus de matériel éducatif pour le clinicien (huit études); la formation médicale continue, une intervention visant le patient et du matériel éducatif pour le clinicien (sept études).

Le programme *Providers Asking About Violence* (PAAVE) [126] permet d'illustrer une intervention de nature multifacette incluant plusieurs stratégies. Il s'agit d'un programme de prévention de la violence conjugale d'une durée de 18 mois. Deux personnes-ressources au regard de la violence conjugale étaient d'abord nommées dans chaque milieu clinique pour participer à une journée de formation. En fonction de leur milieu de pratique, elles sélectionnaient l'instrument de dépistage parmi cinq instruments testés préalablement, déterminaient la méthode de dépistage (verbale ou écrite), la personne de la clinique responsable d'effectuer le dépistage (le médecin ou l'infirmière), la fréquence du dépistage, le groupe de patientes ciblées de même que le matériel éducatif à remettre aux patientes. Par la suite, les personnes-ressources formaient le personnel de leur clinique lors d'une formation d'une heure trente ou de deux rencontres de quarante-cinq minutes. D'autres rencontres éducatives étaient réalisées dans les

TABEAU 11 NOMBRE D'ÉTUDES SELON LE NOMBRE DE STRATÉGIES PRÉSENTES DANS LES INTERVENTIONS MULTIFACETTES AVEC LEUR CORRESPONDANCE BIBLIOGRAPHIQUE

	Nombre de stratégies							
	2	3	4	5	6	7	8	9
Références	[99-103]	[29, 104-110]	[97, 111-118]	[119-122]	[123-125]	[126, 127]	[128]	[129]
Nombre d'études	5	8	9	4	3	2	1	1

TABLEAU 12 FRÉQUENCE D'UTILISATION DE DIFFÉRENTES STRATÉGIES DANS LES INTERVENTIONS MULTIFACETTES

Stratégies présentes dans les interventions	Fréquence
Formation médicale continue	19
Interventions visant le patient (le plus souvent, des systèmes de rappel ou du matériel éducatif)	19
Distribution de matériel éducatif destiné aux cliniciens	13
Systèmes de rappel visant les cliniciens	12
Audit et <i>feedback</i>	11
Visites éducatives (réalisées surtout par un facilitateur ou un délégué médical en prévention)	11
Soutien externe (par l'équipe de chercheurs)	11
Définition de rôles pour les membres de la clinique	7
Autres outils (par exemple, pour le dépistage)	6
Nomination d'une personne-ressource ou d'un leader d'opinion dans le milieu	5
Incitatifs financiers	3
Équipes d'amélioration de la qualité des soins	3
Recherche de consensus	2
Autres composantes (par exemple, un registre centralisé pour la vaccination)	17

cliniques par l'équipe de recherche sous forme de dîner-conférence. Trois de ces rencontres étaient effectuées à six mois d'intervalle. La première était standardisée selon tous les milieux et comprenait du *feedback* concernant le dépistage de la violence conjugale, donné à la suite d'une revue des dossiers. Les deux autres rencontres étaient individualisées selon les demandes de chaque milieu. Du soutien était également donné de façon continue par les chercheurs aux milieux de pratique sous forme de bulletins d'information, d'un site Internet ainsi que d'appels téléphoniques. Enfin, les personnes-ressources étaient invitées à une demi-journée de mise à jour à la mi-projet.

L'étude de Dodge et autres [97] constitue un autre exemple d'intervention multifacette. Ces auteurs ont implanté une intervention visant à augmenter l'évaluation du risque et le counseling au regard du VIH et des autres ITSS en utilisant le modèle PRECEDE-PROCEED. Les stratégies visant les facteurs prédisposant au changement, soit les connaissances, les attitudes et les croyances, consistaient en la formation d'un leader d'opinion provenant du milieu de pratique d'une durée de six heures et d'une formation d'une heure trente de tous les membres de la clinique. Les formations portaient sur les connaissances nécessaires pour discuter de la prévention du VIH avec les patients et incluaient des jeux de rôle et des études de cas. En plus de se rapporter aux habiletés développées lors de la

formation, les stratégies visant les facteurs facilitants référaient à une définition de rôles spécifiques pour chaque membre du personnel au regard de la prévention du VIH. Par exemple, les réceptionnistes pouvaient apposer un autocollant sur le dossier des patients exprimant une demande pour le dépistage du VIH ou d'autres ITSS. Quant aux stratégies visant les facteurs de renforcement, elles consistaient en des rencontres périodiques avec la personne-ressource de la clinique et en l'envoi mensuel de messages-clés au sujet de la prévention du VIH, notamment par le biais de courrier électronique envoyé à tous les membres du personnel.

Au regard de l'immunisation contre l'influenza, Humair et autres [127] ont expérimenté une intervention comprenant des stratégies visant le patient, le clinicien ainsi que l'organisation de la pratique. Des dépliants et des affiches étaient placés à la réception et dans la salle d'attente afin d'informer les patients au sujet de l'immunisation contre l'influenza. De plus, une clinique de vaccination sans rendez-vous était mise en place. En ce qui a trait aux stratégies visant les cliniciens, il s'agissait d'ateliers de formation basés sur des cas cliniques, de la distribution d'un guide de pratique et de *feedback* donné deux fois par mois. Quant aux stratégies visant l'organisation de la pratique, elles consistaient en des autocollants de rappel à appliquer sur les dossiers médicaux des patients pour qui l'immunisation était recommandée et en l'implantation

de procédures standardisées à réaliser par les médecins, les infirmières et les réceptionnistes en vue de faciliter la vaccination.

THÈMES ABORDÉS SELON LES ÉTUDES RECENSÉES

Le tableau 13 présente les thèmes abordés dans les 33 études retenues. Afin d'éviter d'alourdir davantage le tableau, l'étude de Klein et autres [120], qui porte sur 79 thèmes, n'est pas inscrite.

EFFICACITÉ

Pour 16 des 33 études analysées, on obtient des changements significatifs pour tous les thèmes évalués. Six études présentent des résultats variables selon les thèmes, alors qu'on ne parvient pas à des changements significatifs pour onze études. Les paragraphes qui suivent tiennent compte de ce classement. Il importe de mentionner que dans certaines études où l'on évaluait plus de deux situations expérimentales, on a noté des différences significatives entre les groupes ayant reçu une intervention et le groupe témoin, mais sans observer de telles différences entre le groupe ayant reçu une stratégie unique et celui ayant reçu une combinaison de stratégies.

ÉTUDES DONT LES RÉSULTATS MONTRENT DES CHANGEMENTS SIGNIFICATIFS POUR TOUS LES THÈMES ÉVALUÉS

Bernstein et autres [99] ont vérifié l'efficacité d'une formation suivie d'une fiche de rappel insérée dans les dossiers médicaux. Les résultats démontrent une augmentation significative de l'inscription au dossier des soins liés à la préconception chez les patientes non enceintes et en âge de procréer. Gill et Saldarriaga [101], qui ont utilisé un système de rappel informatisé visant le clinicien combiné à une carte de rappel postée au patient, parviennent à la conclusion que cette intervention augmente significativement l'immunisation contre l'influenza chez les patients âgés de 65 ans et plus. Dans le même sens, Latessa et autres [103] ont trouvé qu'un système de rappel pour le clinicien combiné à de l'éducation au patient permet d'augmenter significativement l'immunisation contre le pneumocoque chez les patients âgés de 65 ans et plus ainsi que chez les patients diabétiques âgés de 2 à 64 ans.

Pour leur part, Quinley et Shih [116] ont évalué deux situations expérimentales. Les deux groupes de

cliniciens recevaient du *feedback* par la poste quant au taux d'immunisation contre le pneumocoque de leur clientèle respective, des autocollants de rappel pour les dossiers et du matériel éducatif pour les patients. Un seul des deux groupes avait en plus un suivi téléphonique pour recevoir du soutien quant à l'amélioration du taux d'immunisation. Les résultats de leur étude démontrent que le groupe de cliniciens ayant reçu un suivi téléphonique avait donné significativement plus d'immunisations que le groupe ayant reçu uniquement l'envoi postal.

Ozer et autres [115] ont implanté une intervention en deux phases comprenant des ateliers de formation pour les cliniciens ainsi que la production d'outils de dépistage et d'outils pour les dossiers médicaux. Également, tout au long de l'expérimentation, un leader d'opinion provenant du milieu était présent de même qu'un comité de travail collaborant notamment à la création des outils. L'intervention totale a augmenté significativement le dépistage et le counseling concernant le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogues, les comportements sexuels à risque ainsi que l'utilisation de la ceinture de sécurité et le port du casque chez les adolescents du groupe exposé en comparaison du groupe témoin. Les mêmes auteurs [122] ont mené une autre étude en 2001 en utilisant les mêmes composantes avec en plus la présence d'un éducateur pour la santé dédié aux patients de la clinique. Il ressort de cette étude que les pratiques de dépistage et de counseling augmentent significativement à la suite de l'intervention pour tous les thèmes (sauf pour le thème de la consommation de drogues, exclu dès le départ). Un suivi de 18 mois après le début de l'intervention démontre que pour les 5 pratiques de dépistage, seule celle se rapportant aux comportements sexuels à risque s'est maintenue. Le counseling s'est maintenu pour tous les thèmes, à l'exception de celui concernant l'utilisation de la ceinture de sécurité.

Comme il a été mentionné précédemment, PAAVE [126] est un programme de dépistage de la violence conjugale chez les femmes âgées de plus de 18 ans. L'intervention combine la nomination et la formation de deux personnes-ressources dans le milieu, la formation des cliniciens et du personnel de la clinique, des outils de dépistage, du matériel éducatif pour les patientes, de l'audit et du *feedback*, des visites éducatives et du soutien donné aux milieux de pratique par le biais de bulletins d'information, d'un site Internet et d'appels téléphoniques. Ce programme permettrait d'augmenter de façon significative le dépistage de la violence conjugale.

Dodge et autres [97] ont expérimenté une intervention comprenant la formation d'un leader d'opinion, la formation du personnel de la clinique, la nomination d'une personne-ressource par clinique, la définition de rôles pour chaque membre du personnel, des rencontres périodiques avec la personne-ressource de la clinique et la transmission mensuelle de messages-clés. Ces auteurs ont observé une augmentation significative de l'évaluation du risque et du counseling concernant le VIH et les autres ITSS chez les patients âgés de 18 à 64 ans à la suite de l'intervention.

Pour leur part, Hak et autres [128] ont analysé un programme national d'immunisation contre l'influenza. Au niveau national, il s'agissait d'élaborer des guides de pratique et du matériel éducatif pour le patient, de centraliser la distribution de vaccins aux patients, d'offrir des arrangements financiers et de diviser les tâches entre les différents milieux cliniques. Dans le district, de la formation médicale continue et des rencontres de consensus en petits groupes étaient réalisées avec les médecins. Enfin, dans les cabinets de médecins, des sessions de formation et des visites éducatives étaient réalisées par un facilitateur. Les auteurs révèlent que le programme permet d'augmenter significativement l'immunisation contre l'influenza chez les patients à risque. Hermens et autres [129] ont expérimenté sensiblement le même programme au regard du dépistage du cancer du col de l'utérus. Ils concluent que celui-ci entraîne un changement significatif dans l'adhésion des médecins aux recommandations de dépistage.

Humair et autres [127] ont implanté une intervention combinant du matériel éducatif pour les patients, une clinique de vaccination sans rendez-vous, un atelier de formation et un guide de pratique pour les cliniciens, du *feedback*, des autocollants de rappel pour les dossiers ainsi que l'implantation de procédures standardisées à suivre par les médecins, les infirmières et les réceptionnistes. Les auteurs observent une augmentation significative de l'immunisation contre l'influenza chez les patients âgés de 65 ans et plus. Dans le même sens, Kairys et autres [105] concluent qu'une approche multifacette combinant un registre informatisé concernant l'immunisation, des techniques d'amélioration de la qualité des soins et du soutien permet d'augmenter l'immunisation complète chez les enfants âgés de 7 à 11 mois et ceux âgés de 24 mois (aucune information n'est disponible concernant la signification statistique des résultats).

Klein et autres [29] ont pour leur part expérimenté la combinaison de formations médicales continues, d'un

délégué médical et de partenariat avec des leaders corporatifs de la communauté, par exemple une université, afin que les employeurs fassent la promotion de la prévention chez les adolescents issus des familles de leurs employés. De façon globale, les auteurs ont trouvé une augmentation significative du dépistage et du counseling concernant la consommation de tabac, la consommation de substances (les auteurs ne définissent pas ce thème) et le VIH chez les adolescents. Par ailleurs, Daley et autres [113] ont trouvé que l'immunisation complète à 7, 12 et 19 mois augmentait de façon significative à la suite d'une intervention comprenant un changement dans la politique de la clinique entraînant un partage des responsabilités entre les membres du personnel, un système de rappel et de la formation pour les cliniciens. Cependant, l'ajout d'un système de rappel visant les patients n'augmenterait pas de façon additionnelle l'immunisation dans le groupe exposé en comparaison du groupe témoin.

Tremblay et autres [109] ont vérifié l'efficacité du programme *Des médecins actifs pour contrer le tabagisme* lancé par la Direction de santé publique de Montréal en 1997. Le programme comprend des ateliers, des conférences, la publication d'articles scientifiques et de guides de pratique, la diffusion de matériel éducatif pour le médecin et le patient ainsi que la parution d'articles dans des journaux locaux. D'après les résultats, séparés selon le genre, des changements significatifs ont été observés davantage chez les médecins de sexe féminin que chez ceux de sexe masculin. Également, ces différences étaient plus prononcées en 2000 qu'en 1998. Les auteurs ne donnent cependant pas de résultats globaux.

Katz et autres [119] ont expérimenté une intervention comprenant cinq composantes et visant à accroître l'évaluation du statut tabagique et du counseling anti-tabagique chez les patients de 18 ans et plus. Les cliniciens recevaient de la formation, du *feedback*, des systèmes de rappel visant les cliniciens et des thérapies de remplacement de la nicotine sans frais pour les patients. Du counseling téléphonique, réalisé par une infirmière extérieure à la clinique, était également offert aux patients. Les résultats démontrent que significativement plus de patients du groupe exposé ont été questionnés quant à leur statut tabagique et leur motivation à cesser de fumer, se sont fait remettre de la documentation, ont été aidés pour fixer une date de cessation tabagique et ont discuté de la pharmacothérapie. De plus, les patients du groupe exposé étaient significativement plus enclins à cesser de fumer.

TABLEAU 13 THÈMES ABORDÉS SELON LES ÉTUDES RECENSÉES POUR LA STRATÉGIE DES INTERVENTIONS MULTIFACETTES

	Bernstein et autres, 2000 [99]	Bonds et autres, 2006 [126]	Campbell et autres, 2006 [111]	Coleman et autres, 2003 [112]	Crotty et autres, 2004 [104]	Daley et autres, 2004 [113] ¹	Dodge et autres, 2001 [97]	Funk et autres, 2005 [100]	Gill et Saldarriaga, 2000 [101]	Hak et autres, 2000 [128]	Hambidge et autres, 2004 [114]	Hermens et autres, 2001 [129]	Humair et autres, 2002 [127]	Kairys et autres, 2006 [105]
Évaluation du risque														
Activité physique														
Comportements sexuels														
Consommation d'alcool														
Consommation de substances ³														
Consommation de tabac														
Enregistrement du poids														
Nutrition														
Dépistage														
Anémie														
Cancer colorectal														
Cancer du col de l'utérus												✓		
Cholestérol														
Examen clinique des seins				✓										
Examen de routine chez les enfants											✓			
Examen médical périodique														
Exposition au plomb														
Mammographie				✓										
Tuberculose														
Violence conjugale		✓												
Counseling														
Activité physique														
Auto-examen des seins														
Auto-examen des testicules														
Comportements sexuels à risque														
Consommation d'alcool								✓ ⁴						

1. Résultats donnés pour 3 groupes d'âges (7 mois, 12 mois, 19 mois) de façon globale, et non pour chaque type d'immunisation.

2. Résultats donnés pour l'immunisation complète à 24 mois.

3. Les auteurs ne définissent pas ce thème.

4. Dépistage ou évaluation du statut et counseling.

5. Évaluation du risque et dépistage.

TABLEAU 13 THÈMES ABORDÉS SELON LES ÉTUDES RECENSÉES POUR LA STRATÉGIE DES INTERVENTIONS MULTIFACETTES

	Bernstein et autres, 2000 [99]	Bonds et autres, 2006 [126]	Campbell et autres, 2006 [111]	Coleman et autres, 2003 [112]	Crotty et autres, 2004 [104]	Daley et autres, 2004 [113] ¹	Dodge et autres, 2001 [97]	Funk et autres, 2005 [100]	Gill et Saldarriaga, 2000 [101]	Hak et autres, 2000 [128]	Hambidge et autres, 2004 [114]	Hermens et autres, 2001 [129]	Humair et autres, 2002 [127]	Kairys et autres, 2006 [105]	
Counseling (suite)															
Consommation de drogues															
Consommation de substances ³															
Consommation de tabac			✓ ⁴												
Counseling concernant l'examen de routine															
ITSS (autres que le VIH)							✓ ⁵								
Nutrition															
Prévention des blessures (ceinture de sécurité et casque à vélo)															
Soins de préconception ⁴	✓														
VIH							✓ ⁵								
Immunisation															
Diphtérie-tétanos-coqueluche						✓									
Hépatite B						✓									
Influenza									✓	✓			✓		
Pneumocoque															
Polio						✓									
Rougeole-rubéole-oreillons						✓									
<i>Haemophilus influenza</i>						✓									
Immunisation complète à 12 mois											✓				
Immunisation complète à 24 mois														✓	
Immunisation complète entre 7 et 11 mois														✓	
Chimioprophylaxie															
Prévention des ACV						✓									
Réduction des chutes						✓									

1. Résultats donnés pour 3 groupes d'âges (7 mois, 12 mois, 19 mois) de façon globale, et non pour chaque type d'immunisation.
 2. Résultats donnés pour l'immunisation complète à 24 mois.
 3. Les auteurs ne définissent pas ce thème.
 4. Dépistage ou évaluation du statut et counseling.
 5. Évaluation du risque et dépistage.

Kaner et autres, 2003 [102]	Katz et autres, 2002 [119]	Klein et autres, 2003 [29]	Lane et autres, 2001 [106]	Latessa et autres, 2000 [103]	Love et autres, 2004 [123]	Margolis et autres, 2004 [121] ²	Michielutte et autres, 2005 [107]	Ozer et autres, 2001 [122]	Ozer et autres, 2005 [115]	Quinley et Shih, 2004 [116]	Roetzheim et autres, 2004 [124]	Roetzheim et autres, 2005 [125]	Roski et autres, 2003 [117]	Ruffin et Gorenflo, 2004 [118]	Schneider et autres, 2003 [108]	Tremblay et autres, 2001 [109]	Walsh et autres, 2005 [110]
									✓ ⁴								
		✓ ⁴															
	✓ ⁴	✓ ⁴			✓ ⁴			✓ ⁴	✓ ⁴				✓ ⁴			✓	
					✓												
					✓												
								✓ ⁴	✓ ⁴								
		✓ ⁴															
						✓											
				✓						✓					✓		
															✓		
						✓											
						✓											
						✓											

ÉTUDES PRÉSENTANT DES RÉSULTATS VARIABLES SELON LES THÈMES ÉVALUÉS

Le programme *Cancer Screening Office Systems* (Cancer SOS) [124] inclut une fiche que les patients remplissent dans la salle d'attente et qui sert à déterminer les patients pour qui un dépistage est requis, des autocollants de rappel pour les dossiers, un partage des tâches entre les membres du personnel, du *feedback* et de la formation. Les résultats démontrent une augmentation significative pour la mammographie et le dépistage du cancer colorectal chez les patients âgés de 50 à 75 ans du groupe exposé par rapport au groupe témoin. Toutefois, aucune différence significative n'est notée pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Une évaluation du programme 24 mois après sa mise en place [125] montre que ses effets se maintiennent dans le temps, bien qu'ils aient diminué de façon importante en comparaison des résultats obtenus 12 mois après la mise en place de l'intervention. À noter qu'aucun soutien n'a été apporté aux milieux entre la fin de l'étude (12 mois) et la mesure à 24 mois.

Roski et autres [117] ont évalué trois situations expérimentales au regard de l'évaluation du statut tabagique et du counseling anti-tabagique auprès de patients âgés de 18 ans. Des guides de pratique étaient distribués à tous les groupes. Un groupe avait en plus du *feedback* ainsi que des incitatifs financiers visant le clinicien pour atteindre des objectifs de performance. En plus de ces stratégies, le dernier groupe avait accès à un registre centralisé des patients fumeurs combiné à la disponibilité de counseling téléphonique pour les patients. Les auteurs concluent que l'intervention permet d'accroître significativement l'évaluation du statut tabagique et l'utilisation du counseling téléphonique par les patients dans les groupes ayant reçu les interventions combinées par rapport au groupe témoin. Les résultats ne démontrent toutefois pas d'effet significatif sur le counseling réalisé lors des visites médicales ni quant aux taux de cessation tabagique chez les patients des groupes exposés comparativement au groupe témoin.

Margolis et autres [121] ont évalué une approche basée sur le processus d'amélioration de la qualité des soins comprenant la formation d'équipes de travail dans le milieu et l'utilisation de la démarche *Plan-Do-Study-Act* (décrite dans la stratégie d'équipes d'amélioration de la qualité des soins). Cette approche comprenait également un volet éducatif réalisé notamment par un délégué médical, en plus d'un ensemble d'outils et d'un soutien donné dans le milieu et par téléphone. L'intervention entraîne une différence significative chez

le groupe exposé au regard du dépistage de la tuberculose, d'une plombémie anormale et de l'anémie. Aucune différence significative n'est notée pour l'immunisation chez les enfants âgés de 24 à 30 mois. À noter que durant l'expérimentation, un programme d'immunisation non lié à l'étude a été implanté dans l'État américain où la recherche se déroulait.

Schneider et autres [108] ont évalué une intervention multifacette comprenant un questionnaire rempli par le patient dans la salle d'attente, la distribution de matériel éducatif pour le patient ainsi que de la formation pour les cliniciens et le personnel de la clinique. L'intervention augmente significativement la documentation dans les dossiers médicaux de 8 services préventifs sur les 19 évalués, soit l'examen médical périodique, l'évaluation du risque concernant l'activité physique et la nutrition, l'enregistrement du poids, le dépistage du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus, l'examen clinique des seins et l'immunisation contre le pneumocoque chez les patients âgés de 18 ans et plus. Les résultats pour les 11 autres services évalués ne sont pas probants.

Klein et autres [120] ont expérimenté une intervention incluant la création d'une équipe de travail dans chaque milieu, de la formation, du matériel éducatif pour les patients et les cliniciens ainsi que du soutien afin d'accroître la prestation d'une multitude de services préventifs auprès des adolescents. Les auteurs ont mesuré plusieurs aspects de la pratique des cliniciens. Ainsi, l'enquête réalisée auprès des cliniciens démontre que sur 24 thèmes évalués, seuls le dépistage de la violence conjugale et celui des troubles alimentaires ont augmenté de façon significative. Pour sa part, l'évaluation des dossiers médicaux révèle une augmentation significative de la documentation du dépistage et du counseling au regard de 51 services sur 79. Les auteurs ont également questionné les adolescents au sujet de la pratique des cliniciens. Les résultats démontrent que lors de l'examen physique, sur les 15 thèmes mesurés, seul le dépistage du VIH a connu une augmentation significative. Cependant, les adolescents rapportent avoir discuté davantage avec le clinicien, et ce, de façon significative, pour 19 des 31 thèmes mesurés.

ÉTUDES DONT LES RÉSULTATS NE DÉMONTRENT PAS DE CHANGEMENTS SIGNIFICATIFS

Le programme *Early Detection Guidelines Education* (EDGE) [106] comprend une visite d'une à deux heures par une infirmière éducatrice dans le milieu de pratique, la remise d'un manuel éducatif au médecin,

puis une visite standardisée que réalise une patiente formée par les chercheurs afin de donner du *feedback* aux médecins sur leur performance. L'intervention n'entraîne pas d'augmentation significative entre le groupe exposé et le groupe témoin au regard de la mammographie et de l'examen clinique des seins. D'autre part, le *PRogram to Increase Screening Mammography* (PRISM) [107], qui comprend trois interventions successives, soit du matériel éducatif pour les médecins, du matériel éducatif pour les patientes et un counseling téléphonique aux patientes, n'entraîne pas, dans l'ensemble, d'augmentation significative de la mammographie entre le groupe exposé et le groupe témoin chez les patientes âgées de 65 ans et plus.

Kaner et autres [102] ont expérimenté trois situations expérimentales afin d'accroître le dépistage et le counseling effectués par les infirmières au regard de la consommation d'alcool chez les patients âgés de plus de 16 ans. Des recommandations écrites étaient remises aux infirmières du groupe témoin. Un deuxième groupe recevait une formation lors d'une visite éducative. On donnait au dernier groupe la formation de même que du soutien téléphonique deux fois par semaine et des conseils au regard de l'intervention. Lorsque les groupes deux et trois sont comparés au groupe témoin, l'intervention entraîne une différence significative dans le nombre de patients dépistés et ayant reçu du counseling au sujet de la consommation d'alcool. Cependant, bien que la signification statistique ne soit pas disponible pour tous les résultats, une telle différence ne semble pas exister entre le groupe ayant reçu l'intervention multifacette (formation et soutien) et celui ayant eu la formation seulement.

Walsh et autres [110] ont mené une intervention composée des éléments suivants : formation médicale continue, délégué médical et envoi postal aux patients comprenant une lettre de leur médecin, un dépliant, une trousse avec instructions pour réaliser un test de sang occulte dans les selles ainsi qu'une enveloppe de retour affranchie. Dans l'ensemble, les auteurs n'ont pas noté d'effet significatif sur le dépistage du cancer colorectal chez les patients âgés de 50 à 79 ans autant pour le groupe exposé que pour le groupe témoin.

Pour leur part, Campbell et autres [111] ont comparé une méthode de dissémination simple d'un programme par la poste à une méthode de dissémination intensive où les cliniques, en plus de recevoir les composantes du programme par la poste, recevaient du *feedback*, de la formation par une facilitatrice en obstétrique et du soutien de façon continue. Les auteurs n'ont perçu aucune différence significative au regard de l'évaluation

du statut tabagique et du counseling anti-tabagique chez les patientes enceintes âgées de 16 ans et plus.

Par ailleurs, Coleman et autres [112] ont évalué un programme qui consiste en des visites standardisées réalisées par des patientes formées par les chercheurs pour observer les performances des cliniciens et leur donner du *feedback* direct. Ces visites sont suivies par la distribution (sans soutien aux cliniciens) de bulletins d'information, d'outils pour les cliniciens et les patientes ainsi que de matériel éducatif destiné aux patientes. L'intervention n'entraîne pas de différence significative entre le groupe exposé et le groupe témoin pour l'examen clinique des seins et la mammographie chez les patientes, quelles que soient leurs caractéristiques (patientes avec un faible revenu, patientes afro-américaines ou patientes âgées de 65 ans et plus). Dans le même sens, le programme *Strokes And Falls In Residential care Evaluation* (SAFIRE) [104] consiste en de l'audit de dossiers fait par une infirmière, suivi de deux visites éducatives de 30 minutes (comprenant du *feedback* et de la formation) réalisées par un pharmacien pour discuter avec le personnel. Dans l'ensemble, ce programme n'entraîne pas de différence significative entre le groupe exposé et le groupe témoin au regard de la réduction des chutes et de la prévention des ACV chez les patients résidant dans des établissements de soins.

Quant à eux, Love et autres [123] ont expérimenté quatre situations expérimentales. Tous les groupes participaient d'abord à une rencontre d'une heure afin de recevoir du *feedback* quant à leur performance sur différents services préventifs. Trois groupes avaient par la suite deux rencontres additionnelles. La première rencontre, identique pour les trois groupes, consistait en une recherche de consensus sur les objectifs à atteindre en matière de prévention. Lors de la deuxième rencontre, un groupe était invité à effectuer un changement dans l'organisation de la pratique, notamment par la détermination de rôles spécifiques pour le personnel de la clinique et l'implantation de systèmes de rappel. Un groupe devait implanter une lettre incitant les patients à demander des services préventifs et une liste de réponses planifiées à utiliser par le médecin pour répondre aux questions du patient. Enfin, le dernier groupe procédait au changement organisationnel, implantait la lettre pour les patients et recevait la feuille de réponses planifiées. L'intervention n'entraîne pas de différence significative entre les groupes pour les thèmes mesurés, soit l'évaluation du statut tabagique, le dépistage du cancer du col de l'utérus, le dépistage du cancer colorectal, la mammographie, l'examen clinique des seins, le

counseling anti-tabagique, le counseling sur l'auto-examen des seins, le counseling sur la nutrition et le counseling concernant l'examen de routine chez les patients âgés de 50 à 65 ans.

Ruffin et Gorenflo [118] ont évalué quatre situations expérimentales. Un groupe ne recevait aucune intervention. Le deuxième groupe avait l'aide d'une personne extérieure pour élaborer une intervention afin d'accroître le dépistage de certains cancers, en tenant compte des ressources disponibles et des aspects organisationnels du milieu. Le troisième groupe recevait l'aide d'une personne extérieure pour élaborer et diffuser un guide s'adressant aux patients. Le dernier groupe faisait l'objet des interventions combinées des groupes deux et trois. L'intervention n'entraîne pas de différence significative entre les groupes exposés et le groupe témoin pour le dépistage du cancer du sein par la mammographie, le dépistage du cancer du col de l'utérus ainsi que le dépistage du cancer colorectal chez les patients âgés de 50 ans et plus. L'étude menée par Hambidge et autres [114] montre qu'une intervention combinant des rappels pour les patients et les cliniciens, du matériel éducatif pour les patients et des formations pour les cliniciens n'entraîne pas d'augmentation significative pour l'examen de routine et l'immunisation complète chez les enfants de 12 mois.

Enfin, Funk et autres [100] ont évalué trois situations expérimentales au regard du dépistage et du counseling concernant la consommation d'alcool chez les patients âgés de 16 ans et plus. Un premier groupe de cliniciens, considéré comme le groupe témoin, recevait le programme par la poste. Un autre groupe était formé dans le milieu de pratique au regard du programme. L'intervention multifacette visait le dernier groupe, qui, en plus d'être formé dans le milieu de pratique, recevait un soutien continu, soit au téléphone ou lors de visites à la clinique. La proportion de patients dépistés et de patients ayant reçu le counseling était significativement plus élevée chez les cliniciens des groupes ayant reçu la formation et des groupes ayant reçu la formation ainsi que le soutien. Cependant, aucune différence significative n'a été notée entre le groupe ayant reçu l'intervention multifacette et celui ayant reçu la formation seulement.

COMMENTAIRES DES AUTEURS DES ÉTUDES RECENSÉES

Roetzheim et autres [124] trouvent des avantages au programme Cancer SOS, qui comprend une fiche remplie par le patient, des autocollants de rappel pour les

dossiers et un partage des responsabilités pour le personnel de la clinique. En effet, les auteurs estiment que cette intervention est de faible coût, qu'elle ne nécessite pas d'ordinateur, qu'elle permet l'implication des patients dans le processus de dépistage et qu'elle requiert des ressources et du personnel qui sont disponibles dans la plupart des milieux cliniques. Par ailleurs, Katz et autres [119] considèrent que leur intervention en cinq composantes permet de réduire la demande aux médecins parce que davantage de responsabilités sont attribuées à d'autres membres de la clinique au regard de l'évaluation du statut tabagique et du counseling anti-tabagique. Les auteurs mentionnent de plus que leur intervention démontre un bon rapport coût-efficacité.

Un certain nombre des interventions multifacettes qui semblent efficaces comprennent un système de rappel visant les cliniciens. Ainsi, quelques auteurs trouvent des avantages à cette composante. Latessa et autres [103] soutiennent que l'implantation du système de rappel qu'ils ont expérimenté requiert peu de ressources, étant donné qu'il s'agit d'autocollants à appliquer dans le dossier médical. Gill et Saldarriaga [101], qui ont évalué un système de rappel informatisé, concluent que celui-ci permet une meilleure organisation de l'information médicale, offrant la possibilité de voir automatiquement si le patient a reçu l'immunisation. Bernstein et autres [99] soutiennent également que l'utilisation d'une fiche de rappel placée dans le dossier permet de rappeler au clinicien les aspects importants auxquels il doit porter attention, prévient les oublis, accroît la documentation des interventions réalisées auprès du patient et assure une continuité dans les soins.

CONDITIONS D'EFFICACITÉ¹

Bien que certains auteurs mentionnent que l'utilisation de plusieurs stratégies permet d'accroître l'efficacité d'une intervention visant la modification de comportements cliniques [100, 101, 119, 122, 126, 128, 129], il apparaît qu'il ne suffit pas de mettre ensemble un nombre important de stratégies pour s'assurer de l'efficacité de l'intervention. Dans une revue de la littérature portant sur les stratégies utilisées pour la dissémination des guides de pratique, Grimshaw et autres [130] n'ont trouvé aucune relation entre le nombre de stratégies utilisées dans les interventions multifacettes et l'efficacité de ce type d'interventions. Cependant, le fait d'utiliser une intervention visant des facteurs prédisposant au changement, des facteurs facilitants et

1. Cette section réfère le plus souvent aux hypothèses des auteurs des articles recensés.

des facteurs de renforcement, comme le propose le modèle PRECEDE-PROCEED, serait davantage susceptible d'entraîner des changements positifs [109, 112].

De façon générale, il semble qu'il ne soit pas possible de déterminer si les stratégies utilisées de façon combinée dans les interventions multifacettes ont un effet cumulatif ou synergique [36]. Des stratégies qui n'apparaissent pas efficaces lorsqu'elles sont utilisées seules pourraient cependant s'avérer plus efficaces lorsqu'elles sont utilisées dans une intervention multifacette [85, 108]. Funk et autres [100] mentionnent par ailleurs que la diffusion seule de matériel éducatif aux cliniciens n'est pas efficace pour changer les comportements de pratique et que des stratégies d'implantation plus dynamiques sont nécessaires afin que les cliniciens développent de nouvelles habiletés et reçoivent le soutien nécessaire à leur acquisition.

Agir sur les facteurs organisationnels apparaît également comme essentiel [108, 110, 117]. Un effort devrait être fait pour comprendre la structure organisationnelle de chaque milieu et la dynamique de celui-ci dans la prestation des services préventifs en vue de construire l'intervention à partir du système déjà existant [118]. Cela confirme par ailleurs la nécessité d'adapter et d'individualiser l'intervention selon les besoins spécifiques de chaque milieu [111, 113] ainsi que d'impliquer ses membres dans le processus de changement [120, 122, 126]. En effet, certaines des caractéristiques liées aux milieux de pratique auraient une influence positive sur l'adoption de nouvelles pratiques, telles que la reconnaissance du problème existant [113], la motivation à accroître les services préventifs [100, 124] ainsi que la présence de leadership [108, 115, 120, 124]. De plus, les milieux

qui s'engagent collectivement, c'est-à-dire où tous les cliniciens et le personnel participent ensemble à la démarche, parviendraient plus facilement à implanter le changement [105, 115].

Dans un autre ordre d'idées, un environnement social favorable, par exemple la présence d'un programme national ou la tenue d'une campagne médiatique visant à sensibiliser la population au regard d'une thématique, conjugué à d'autres stratégies, serait un facteur qui faciliterait l'intégration de pratiques préventives [109]. Également, le fait de renforcer les messages de différentes façons, tant dans les milieux cliniques qu'auprès de la population, permettrait d'accroître les changements de pratique [29].

Le soutien continu provenant de l'extérieur constitue un autre facteur qui semble nécessaire pour la mise en place et le maintien du changement [100, 105, 123, 125]. Celui-ci permettrait notamment d'aider les milieux à définir et à réduire les obstacles à l'amélioration de la pratique [100, 105]. Enfin, d'autres conditions d'efficacité peuvent être relevées dans les études analysées, dont le fait de cibler peu de thèmes [118, 122] ainsi que la disponibilité dans le milieu d'un éducateur pour la santé qui peut donner de l'information et faire un counseling au patient [122]. Ce dernier point pourrait faire en sorte que les cliniciens soient davantage susceptibles d'offrir les services préventifs et viendrait pallier certaines des barrières vécues par les cliniciens comme le manque de temps et le fait de ne pas savoir où diriger les patients [122]. Dans le même sens, Schneider et autres [108] affirment que les interventions qui diminuent le temps investi par les médecins, par exemple en visant d'autres membres de la clinique, peuvent s'avérer davantage efficaces.

QUELQUES ÉLÉMENTS À RETENIR POUR L'ACTION

- L'utilisation d'une intervention multifacette peut s'avérer efficace pour modifier la pratique des cliniciens.
- Ce n'est pas le cumul des stratégies qui fait la réussite de l'intervention, mais plutôt le fait d'utiliser des stratégies visant différentes barrières à la prestation de services préventifs.
- Pour parvenir à modifier le comportement des cliniciens, il est nécessaire de changer leur prédisposition à entreprendre la tâche, de mettre en place des facteurs environnementaux facilitants et d'utiliser du renforcement.
- La présence de personnes exerçant un leadership, la motivation du milieu, le fait de cibler des facteurs organisationnels et la disponibilité de soutien provenant de l'extérieur constituent des facteurs-clés dans le succès de l'intervention.

DISCUSSION

Dans cette section est présentée une discussion qui porte d'abord sur l'efficacité relative des stratégies et, ensuite, sur les conditions de succès qui se dégagent de l'analyse des études et de la littérature générale portant sur les changements de pratiques cliniques. La concordance des résultats avec les conclusions d'autres revues de la littérature est examinée, puis les limites et les forces de la revue de la littérature sont discutées.

Résumé des stratégies selon leur efficacité

Le constat principal qui se dégage de la présente revue de la littérature est certainement le fait qu'aucune des 14 stratégies relevées n'est efficace dans toutes les circonstances ni pour tous les thèmes. En effet, aucune stratégie ne donne lieu à un corpus d'études allant toutes dans le même sens, c'est-à-dire démontrant toutes des effets positifs significatifs sur le plan statistique.

La classification des stratégies selon leur efficacité comporte des limites inhérentes au fait que les études recensées présentent des différences importantes au regard de la méthodologie utilisée, de la durée de l'expérimentation, des milieux étudiés, etc. Trois raisons rendent particulièrement difficile la synthèse des résultats des études et la classification des stratégies selon leur niveau d'efficacité. Il s'agit, en premier lieu, du nombre d'études variables pour chacune des stratégies (par exemple, deux études pour la stratégie du dossier médical électronique et trente-trois pour les interventions multifacettes). Ensuite, on relève un nombre variable de thèmes abordés dans les études. Ainsi, par exemple, quel poids donner à une étude positive qui porte sur un seul thème en comparaison à une autre portant sur une multitude de thèmes et pour laquelle les résultats varient en fonction du thème? Finalement, on observe une grande variabilité dans la nature des actes préventifs quant à l'ampleur du changement de comportement demandé au clinicien (par exemple, la prescription d'une mammographie en comparaison au counseling anti-tabagique).

Malgré ces limites, le texte qui suit traite de l'efficacité relative des stratégies en mettant en évidence celles qui semblent davantage efficaces, celles pour lesquelles les conclusions sont plutôt variables et celles qui apparaissent peu efficaces.

STRATÉGIES DAVANTAGE EFFICACES

Cinq stratégies apparaissent davantage efficaces que les autres. De façon générale, on a observé pour celles-ci des changements significatifs dans plus de la moitié des études, et ce, pour la majorité des thèmes abordés dans chacune d'entre elles : *les systèmes de rappel visant les cliniciens, les équipes d'amélioration de la qualité des soins, le système de bureau sur mesure – facilitation, les interventions visant le patient* de même que *les interventions multifacettes*. Ces cinq stratégies présentent des éléments spécifiques qui peuvent expliquer les résultats obtenus.

Ainsi, l'élément qui favoriserait l'utilisation optimale par les cliniciens des systèmes de rappel est le fait que ces derniers peuvent être adaptés aux besoins du milieu et être par conséquent mieux harmonisés avec la pratique. Les systèmes de rappel ainsi adaptés et harmonisés conduiraient à une plus grande prestation de services préventifs [42]. Dans le même sens, des rappels donnés de façon automatique, c'est-à-dire pour lesquels le clinicien n'a pas besoin d'accomplir une action préalable, de même que des mises à jour régulières et faciles des recommandations sont autant de facteurs favorisant le comportement attendu [45].

En ce qui a trait à la stratégie d'équipes d'amélioration de la qualité des soins, la définition d'objectifs d'amélioration constitue un élément important [52]. Ces objectifs doivent être définis en collaboration avec les membres du milieu clinique et concorder avec les priorités déjà définies par le milieu [52]. Un environnement de collaboration où sont présents la communication ainsi que le travail d'équipe et où les membres de la clinique connaissent ce qui est attendu et les moyens pour y parvenir est un autre élément lié à l'efficacité de cette stratégie [26]. Il en est de même de l'engagement de tous les membres du personnel dans le processus de changement par l'adoption de rôles variés et de la reconnaissance de la contribution de chacun [52].

Pour la stratégie de système de bureau sur mesure, ou facilitation, la qualité de la relation développée entre le facilitateur et l'équipe du milieu clinique pourrait jouer un rôle crucial pour son succès. Ainsi, la disponibilité du facilitateur, sa flexibilité de même que la régularité de ses visites et de sa transmission de *feedback* au milieu seraient des éléments favorisant la réussite de l'intervention [60].

Par ailleurs, dans la plupart des études relevées pour les interventions visant le patient, on traite de systèmes

de rappel. Les résultats démontrent que la transmission d'information personnalisée au patient de même qu'un rappel donné de façon interactive et transmis à plusieurs reprises permettraient d'accroître l'efficacité de cette stratégie [88, 89]. Le peu d'études ayant expérimenté d'autres types d'interventions que les systèmes de rappel visant le patient (par exemple, le counseling réalisé par les pairs et les carnets de santé autogérés) limite toutefois les conclusions relatives à l'efficacité de cette stratégie.

Quant aux résultats des interventions multifacettes, ils tendent à démontrer qu'il ne suffit pas de mettre ensemble plusieurs stratégies pour que l'intervention soit efficace. Cependant, le fait qu'on cible à la fois les facteurs qui prédisposent au changement, les facteurs facilitants et les facteurs de renforcement serait davantage susceptible d'entraîner des changements de pratique [109, 112]. Ainsi, une stratégie multifacette ne visant que l'amélioration des connaissances des cliniciens (facteur qui prédispose au changement) serait moins efficace. Par contre, une intervention comportant une stratégie éducative, par exemple une formation (facteur qui prédispose au changement), un changement organisationnel, comme un partage des rôles entre les membres du milieu (facteur facilitant), ainsi qu'un soutien continu (facteur de renforcement) serait plus susceptible d'être efficace.

STRATÉGIES D'EFFICACITÉ VARIABLE

L'audit et le feedback et le dossier médical électronique sont des stratégies pour lesquelles il est plus difficile de conclure quant à leur efficacité. On dit que ces stratégies sont d'efficacité variable parce que, de façon générale, on compte autant d'études qui démontrent des changements significatifs pour la majorité des thèmes abordés que d'études qui n'en démontrent pas. Parmi celles ayant utilisé ces stratégies et qui ont démontré des changements significatifs, il est possible de dégager certains éléments qui permettraient d'en augmenter l'efficacité.

Ainsi, les études analysées en lien avec la stratégie d'audit et de *feedback* permettent de constater que l'utilisation d'un *feedback* intensif, c'est-à-dire transmis à un clinicien individuel, présenté de façon verbale, provenant d'un superviseur ou d'un collègue plus expérimenté et donné sur une période de temps soutenue, pourrait être liée à davantage d'efficacité [34]. Un *feedback* réalisé dans un contexte formatif et impliquant les cliniciens visés donnerait également de meilleurs résultats [37]. Par ailleurs, pour la stratégie

du dossier médical électronique, relativement récente, des études ultérieures permettront d'apprécier davantage son efficacité. Enfin, les auteurs des deux articles recensés ne proposent pas de piste pour optimiser l'efficacité de cette stratégie.

STRATÉGIES PEU EFFICACES

La formation médicale continue, qu'elle soit didactique ou interactive, *l'approche du délégué médical* ainsi que *les incitatifs d'ordres financier et législatif* sont considérées comme des stratégies peu efficaces lorsqu'utilisées seules. En effet, la majorité des études s'y rapportant ne présente pas de changement significatif pour plus de la moitié des thèmes évalués.

L'acquisition de connaissances, bien qu'elle constitue un facteur prédisposant nécessaire au changement, demeure non suffisante pour parvenir à des changements de pratique significatifs lorsqu'il s'agit des PCP [19, 20]. Cela semble d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit d'adopter une pratique préventive plus complexe comme le counseling ou la détection de problématiques psychosociales. De plus, la formation continue interactive, même si elle est préférable à la formation didactique parce qu'elle vise le développement d'habiletés en plus des connaissances, demeure également d'efficacité limitée [14].

L'approche du délégué médical est jugée efficace pour modifier des comportements prescriptifs [95]. Cependant, les résultats obtenus dans la présente revue de la littérature démontrent que cette stratégie aurait une efficacité beaucoup plus limitée dans les cas où l'on souhaite parvenir à des changements de comportements qui nécessitent certaines habiletés et davantage d'ajustements de la part du clinicien [26]. De plus, bien que l'approche du délégué médical comporte généralement plusieurs composantes, elle demeure essentiellement une stratégie éducative par laquelle le délégué transmet de l'information au clinicien.

En ce qui a trait aux incitatifs d'ordre financier, leur efficacité demeure incertaine. Ceux-ci pourraient permettre de modifier temporairement le comportement du clinicien, mais des actions visant le processus de soins devraient être entreprises afin que les changements se maintiennent à long terme [77]. Cette stratégie pourrait notamment altérer les priorités professionnelles au profit des domaines qui sont rémunérés [78] et créer une forme de dépendance à ce type d'incitatif [77, 83]. En effet, la prestation de services préventifs peut s'estomper lorsque l'incitatif financier se termine ou qu'un nouvel acte est

sélectionné pour être rémunéré. Quant aux incitatifs d'ordre législatif, leur efficacité demeure à confirmer étant donné qu'une seule étude a été relevée en lien avec cette stratégie.

STRATÉGIES INCLASSABLES PAR MANQUE D'INFORMATION

Il n'est pas possible de préciser l'efficacité de quatre stratégies, soit *la distribution de matériel éducatif destiné aux cliniciens, la recherche de consensus au niveau local, les leaders d'opinion locaux* de même que *les interventions de masse à l'aide des médias*. Aucune étude où ont été évaluées ces stratégies de façon unique pour accroître la prestation de services préventifs n'a été relevée.

Étant donné le large éventail de thèmes qui faisaient l'objet d'interventions dans les articles recensés, il est difficile de tirer des constats pour chacun d'eux. Par contre, de façon générale, il apparaît que les comportements préventifs plus apparentés à un acte médical traditionnel, par exemple l'immunisation, seraient plus faciles à modifier que les comportements plus complexes, tels que le counseling sur les habitudes de vie. Ce dernier, en plus de nécessiter des habiletés différentes de la part du clinicien, est perçu comme exigeant plus de temps. Le fait de pouvoir réaliser le comportement préventif à l'intérieur d'une même consultation, par exemple donner un vaccin, est également ressorti comme facteur plus propice au changement [40]. De plus, le fait de donner une recommandation explicite au patient, par exemple le fait de lui indiquer clairement de passer un test de dépistage, serait plus efficace que le fait de simplement lui demander s'il est à jour pour ce même dépistage [45]. Finalement, dépendant de la PCP étudiée, il est possible que certaines stratégies soient plus appropriées que d'autres.

Conditions d'efficacité des interventions

Outre le choix des stratégies selon leur efficacité relative, des conditions d'efficacité doivent être présentes pour parvenir à des changements effectifs et durables quant à l'intégration d'actes préventifs dans la pratique des cliniciens. À la suite d'une analyse globale des résultats obtenus dans les études recensées et de l'interprétation qu'en font les auteurs de celles-ci, six

conditions d'efficacité sont identifiées. Un retour sur la littérature générale en prévention clinique et en promotion de la santé confirme également l'importance de ces conditions. Elles sont :

- La motivation des milieux
- L'accompagnement des milieux
- La flexibilité de l'intervention
- L'intensité de l'intervention
- La continuité de l'intervention
- L'inclusion de changement organisationnel dans l'intervention

Le tableau 14 résume les principaux éléments de ces conditions. La figure 1, pour sa part, illustre l'efficacité des 14 stratégies analysées en incluant les 6 conditions d'efficacité.

LA MOTIVATION DES MILIEUX

La motivation des milieux fait référence à la dynamique interne, plus précisément au fait que les membres de la clinique sont motivés à faire de la prévention et qu'ils ont une attitude positive à l'égard des changements qui s'avéreront nécessaires pour y parvenir [105]. Le niveau de motivation peut être modulé par plusieurs éléments. L'environnement social de la clinique peut être conducteur de changement, que l'on pense à la capacité de travailler en équipe, à la communication ou à la collaboration existante entre les membres [52]. Créer une culture de changement en impliquant les cliniciens et les autres membres du personnel afin que tous participent au processus de changement semble également favoriser la motivation du milieu [105, 115]. Hung et autres [131] concluent notamment que la participation des membres de la clinique dans la prise de décision permettrait d'augmenter le sentiment d'appartenance au milieu, l'adhésion aux objectifs fixés de même que la prestation de services préventifs.

Le renforcement résultant de la présence de personnes faisant preuve de leadership dans le milieu, par exemple un médecin enthousiaste qui a une influence sur ses pairs et qui crée un effet d'entraînement chez tous ses collègues, est aussi considéré comme un facteur de succès [52, 60, 115]. Par ailleurs, avoir des objectifs clairs [26], un plan d'action respectant les milieux [52] et une évaluation permettant d'apprécier si les changements souhaités ont eu lieu [72] sont d'autres éléments à prendre en considération. Enfin, les milieux seraient plus réceptifs et motivés à entreprendre des changements de pratique lorsque l'organisation soutient ses membres et qu'elle reconnaît leurs initiatives [26, 53].

TABLEAU 14 CONDITIONS D'EFFICACITÉ DES STRATÉGIES

La motivation des milieux	L'accompagnement des milieux
<ul style="list-style-type: none"> • La motivation des milieux fait référence à la dynamique interne, plus précisément au fait que les membres de la clinique sont motivés à faire de la prévention et qu'ils ont une attitude positive à l'égard des changements qui sont nécessaires pour y parvenir. • Le niveau de motivation peut être modulé par plusieurs éléments notamment l'environnement social de la clinique (capacité de travailler en équipe, communication, etc.). • Il importe de créer une culture de changement en impliquant tous les membres du milieu dans le processus de changement. • La présence d'un leader local dans le milieu peut accroître la motivation des membres du milieu au regard du changement. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'accompagnement réfère au soutien donné au milieu de pratique. • Le soutien permet de définir les obstacles au changement et aiderait à les réduire. • La personne qui vient en soutien au milieu peut travailler avec celui-ci pour évaluer la pratique actuelle au regard de la prestation de services préventifs, déterminer des objectifs pour améliorer la pratique, planifier les moyens à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs, implanter les approches et outils retenus et évaluer le changement réalisé. • Le soutien peut être présent tout au long du processus de changement.
La flexibilité de l'intervention	L'intensité de l'intervention
<ul style="list-style-type: none"> • La flexibilité de l'intervention signifie qu'elle est adaptée au milieu de pratique. • Des caractéristiques propres au milieu de pratique (structure organisationnelle, barrières, besoins, ressources, etc.) sont associées à la capacité d'accroître la prestation de services préventifs. • Il importe d'individualiser l'intervention sur la base de l'évaluation de ces facteurs et des solutions faisant consensus. • Cette analyse devrait faire partie des premières étapes de l'élaboration de l'intervention et être réalisée en collaboration avec les personnes du milieu. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'intensité de l'intervention fait référence à l'énergie déployée pour parvenir aux objectifs de changement à atteindre. • Le nombre et la diversité des stratégies déployées, le nombre de répétitions de certaines actions et les ressources investies sont autant de composantes de l'intensité. • Pour qu'une intervention soit efficace, on a avantage à revenir à la charge à plusieurs reprises, avec plusieurs outils et auprès de l'ensemble du personnel d'un même milieu. • L'utilisation de ressources externes, notamment pour offrir du soutien et du renforcement de même que la mise à contribution des ressources internes sont également importantes.
La continuité de l'intervention	L'inclusion de changement organisationnel dans l'intervention
<ul style="list-style-type: none"> • La continuité de l'intervention se rapporte au maintien de celle-ci dans le temps. • Les actions entreprises et visant à favoriser l'intégration de la prévention dans les pratiques des cliniciens doivent être là pour rester. • Pour assurer la continuité de l'intervention, il apparaît essentiel de désigner une personne qui en sera responsable, qu'elle vienne de l'intérieur du milieu ou de l'extérieur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les changements organisationnels peuvent viser l'organisation des soins, l'organisation physique des lieux de pratique, la coordination des services ou le soutien au travail d'équipe. • Des mécanismes de soutien à la pratique sont nécessaires pour générer le changement de comportement visé et en assurer le maintien. • Il importe d'agir sur l'individu mais également sur son environnement, en créant un environnement favorisant la prestation de services préventifs.

FIGURE 1 : EFFICACITÉ DES 14 STRATÉGIES ANALYSÉES INCLUANT LES 6 CONDITIONS D'EFFICACITÉ



Les flèches et l'encadré en pointillé illustrent que les stratégies peuvent changer de catégorie en fonction de nouvelles données provenant de la littérature. Les étoiles identifient les conditions gagnantes de l'intervention.

Source : 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. (Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives)

L'ACCOMPAGNEMENT DES MILIEUX

L'accompagnement réfère au soutien donné au milieu de pratique et serait un facteur-clé dans la réussite de l'intervention. Celui-ci permettrait notamment de définir de façon objective les obstacles au changement et aiderait à les réduire [100, 105]. La stratégie de système de bureau sur mesure – facilitation, constitue un bon exemple d'accompagnement des milieux. En effet, un facilitateur, qui provient souvent de l'extérieur du milieu, travaille avec le milieu clinique pour évaluer la pratique qui existe au regard de la prestation de services préventifs, déterminer avec le milieu des objectifs pour améliorer la pratique, planifier les moyens à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs, implanter les approches et outils retenus et enfin évaluer le changement réalisé [64]. Cette personne est donc présente tout au long du processus de changement, d'abord de façon plus intensive, puis de façon régulière en maintenant une relation durant plusieurs mois pour donner du *feedback* au milieu, évaluer les difficultés éprouvées et tenter d'y apporter des solutions. Cette ressource s'ajoute à celles déjà en place dans le milieu.

LA FLEXIBILITÉ DE L'INTERVENTION

La flexibilité de l'intervention, ce qui signifie qu'elle est adaptée aux milieux de pratique, est indispensable. En effet, en raison du caractère unique et de la nature complexe de chacun des milieux cliniques (l'organisation du travail, le personnel disponible, les interactions entre les membres du personnel, etc.), une approche non adaptée ne serait pas appropriée [75], à commencer par la définition des objectifs de l'intervention. Ainsi, il apparaît que des objectifs d'amélioration de la pratique préventive qui ont été définis par le milieu de pratique lui-même sont un facteur important de la réussite des interventions [52]. De plus, des caractéristiques propres aux milieux de pratique sont associées à la capacité d'accroître la prestation de services préventifs, par exemple la capacité d'adaptation sur le plan organisationnel [69]. Par conséquent, il importe d'abord de tenir compte de la dynamique de chaque milieu dans la prestation de services préventifs, de sa structure organisationnelle, des barrières présentes, des besoins ressentis et des ressources disponibles, puis d'individualiser l'intervention sur la base de l'évaluation de ces facteurs et des solutions faisant consensus [62]. Cette analyse devrait faire partie des premières étapes de l'élaboration de l'intervention et devrait être réalisée en collaboration avec les personnes du milieu.

La flexibilité de l'intervention est indispensable pour les stratégies de système de bureau sur mesure – facilitation et d'équipes d'amélioration de la qualité des soins. En effet, pour ces stratégies, il faut tenir compte du fait que dans chaque milieu de pratique sont présents des facteurs qui facilitent la réalisation des changements souhaités ou qui agissent comme des barrières. Par l'analyse de ces facteurs, on pourra par exemple adapter l'intervention pour qu'elle s'harmonise le mieux possible avec les besoins spécifiques du milieu et qu'elle puisse correspondre aux priorités de celui-ci.

L'INTENSITÉ DE L'INTERVENTION

L'intensité de l'intervention fait référence à l'énergie déployée pour parvenir aux objectifs de changement à atteindre. Le nombre et la diversité des stratégies déployées, le nombre de répétitions de certaines actions et les ressources investies sont autant de composantes de l'intensité. Pour qu'une intervention soit efficace, on a donc avantage à revenir à la charge à plusieurs reprises, avec plusieurs outils et auprès de l'ensemble du personnel d'un même milieu. L'utilisation de ressources externes, notamment pour offrir du soutien et du renforcement [26], de même que la mise à contribution des ressources internes [105, 115] sont également importantes.

Dans quelques études analysées pour la présente revue de la littérature, on a misé sur la condition d'intensité de l'intervention. Notamment, Dodge et autres [97], dans une intervention multifacette d'une durée de sept mois, qui est décrite en détail dans la section sur les interventions multifacettes, se sont assurés d'implanter une intervention visant l'ensemble des membres de la clinique et touchant à la fois des facteurs prédisposant au changement et des facteurs facilitants, en plus d'utiliser du renforcement provenant de ressources externes.

LA CONTINUITÉ DE L'INTERVENTION

La continuité de l'intervention se rapporte au maintien de celle-ci dans le temps. Les actions entreprises et visant à favoriser l'intégration de la prévention dans les pratiques des cliniciens doivent être là pour rester. Ainsi, pour assurer la continuité de l'intervention, il apparaît essentiel de désigner une personne qui en sera responsable, qu'elle vienne de l'intérieur du milieu ou de l'extérieur. Un membre du milieu de pratique choisi par le milieu lui-même pourrait permettre d'assurer une meilleure continuité de l'intervention étant donné que cette personne est déjà bien intégrée dans

l'organisation en comparaison à une personne provenant de l'extérieur [53].

D'après les études analysées dans la présente revue de la littérature, peu de chercheurs semblent avoir implanté une intervention en s'assurant de sa continuité et de la mesure de ses effets à plus long terme. Il faut comprendre que les recherches sont souvent limitées dans le temps et dans leur financement. Néanmoins, les études dans lesquelles on a évalué le programme PPIP, classé dans la stratégie de système de bureau sur mesure, ont généralement implanté l'intervention sur une période de temps soutenue. Par exemple, Gottlieb et autres [70] ont analysé les effets du programme sur une période de trois ans. Les résultats démontrent que les milieux ont réalisé des changements significatifs. Le fait d'avoir reçu une combinaison d'interventions en plus d'un financement et d'un soutien provenant de l'extérieur durant toute cette période de temps semble avoir facilité la mise en place et le maintien du changement.

L'INCLUSION DE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL DANS L'INTERVENTION

L'inclusion de changement organisationnel dans l'intervention constitue une autre condition d'efficacité dont il faut tenir compte. Les changements organisationnels peuvent viser l'organisation des soins, l'organisation physique des lieux de pratique, la coordination des services ou le soutien au travail d'équipe [10]. Le comportement des cliniciens est influencé par les modèles d'organisation de leur pratique. Par conséquent, des mécanismes de soutien à la pratique sont nécessaires pour générer le changement de comportement visé et en assurer le maintien [53]. Ce constat fait particulièrement référence au modèle de Green et Kreuter, qui montre l'importance d'agir à la fois sur l'individu et son environnement [96]. Ainsi, il s'avère essentiel d'aller au-delà du simple transfert de connaissances, en créant un environnement favorisant la prestation de services préventifs.

La stratégie d'équipes d'amélioration de la qualité des soins est un exemple de stratégie qui vise à changer l'organisation de la pratique, plus précisément les modalités de prestation de soins. Le travail d'équipe, le partage des responsabilités entre les membres de la clinique et la participation active de tous les membres du milieu sont en effet des composantes importantes de cette stratégie [52, 54].

Concordance des résultats avec les conclusions d'autres revues de la littérature

Les conclusions d'autres revues de la littérature portant sur l'ensemble des stratégies pour modifier la pratique des cliniciens au regard des aspects tant curatifs que préventifs de la pratique, vont dans le même sens que les résultats obtenus dans la présente revue de la littérature :

- Aucune intervention n'apparaît efficace en tout temps [95, 132, 133].
- La formation médicale traditionnelle de même que la distribution de matériel éducatif destiné aux cliniciens sont insuffisantes pour modifier le comportement des cliniciens [133-135].
- Les stratégies multifacettes, bien qu'elles soient plus coûteuses à réaliser [80, 95], seraient davantage efficaces parce qu'elles visent généralement plusieurs barrières liées à la prestation des services préventifs [80, 133, 135].
- Les stratégies doivent viser à la fois l'individu et l'organisation du travail. De fait, plusieurs auteurs affirment que pour parvenir à des changements durables, il est nécessaire d'effectuer un changement dans le processus de prestation des soins [35, 57, 132, 133, 135]. Stone et autres [35] affirment notamment que les interventions visant un changement dans le système sont de quatre à cinq fois plus efficaces pour accroître les pratiques de dépistage et d'immunisation que les interventions qui ne visent pas de changement dans l'organisation de la pratique.
- Il importe de tenir compte des éléments qui facilitent le changement et des barrières qui y nuisent afin d'adapter l'intervention à partir d'une analyse du milieu de pratique [80, 132].
- Le fait de fonder l'intervention sur le travail d'équipe et la collaboration entre les membres du milieu clinique serait un autre élément permettant d'accroître l'efficacité de l'intervention [35, 57, 132, 135], étant donné que tous les membres du milieu ont une influence sur le système de prestation des soins [57].
- Enfin, l'intensité, par la présence de soutien, de répétition ou de renforcement, serait un autre aspect de l'intervention qui favorise son succès au regard des objectifs poursuivis [135, 136].

En terminant, à la suite de l'analyse des articles recensés, il convient de mentionner que les résultats obtenus dans la présente revue de la littérature sont sensiblement différents de ceux obtenus dans la recension de Koutsavlis [12] portant sur la dissémination des guides de pratique clinique. Les résultats de ces deux revues de la littérature ne peuvent être comparés, puisque les deux recensions ne portaient pas sur le même objet ni sur la même période de publication des articles. En effet, les études incluses dans la présente revue de la littérature sont plus récentes que celles utilisées dans le document de Koutsavlis. L'auteur s'intéresse également à l'ensemble des guides de pratique, qu'ils traitent de soins curatifs ou préventifs. La présente recension porte exclusivement sur les stratégies visant l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens.

Limites et forces de la revue de la littérature

LIMITES DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Quelques éléments liés à la recherche bibliographique peuvent constituer des limites à la présente recension des écrits. Notamment, la réalisation de la recherche dans une seule banque de données, soit *Medline*, a pu entraîner un biais de publication. Également, la majorité des expérimentations incluses ont été réalisées aux États-Unis. Aussi, seules des études anglophones sont ressorties lors de la recherche bibliographique. Quant aux mots-clés utilisés, bien qu'ils aient permis de couvrir plusieurs thèmes, ils peuvent avoir restreint le matériel recueilli (par exemple, en ce qui a trait au type de professionnel de la santé visé dans les études).

LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DES ÉTUDES

Des limites liées à la méthodologie doivent également être prises en considération. Il est possible de soupçonner la présence de biais de sélection dans plusieurs études. En effet, dans la plupart des cas, les milieux participaient à l'expérimentation sur une base volontaire. Il semble donc pertinent de s'interroger sur la motivation de ces milieux au regard de l'intégration de la prévention dans la pratique clinique. Il se peut en effet que dans certaines études, les changements significatifs observés soient davantage le fruit d'une motivation élevée que de l'expérimentation comme telle. Les cliniciens peuvent également avoir fait preuve de désirabilité sociale en connaissant l'objectif de

l'expérimentation. Dans le même sens, certains groupes témoins étaient mis au courant des objectifs de la recherche, et cela a pu influencer les pratiques des cliniciens de ce groupe.

Par ailleurs, les études incluses ne présentent pas toutes la même puissance sur le plan statistique. Pour quelques études, la signification statistique des résultats n'est d'ailleurs pas disponible. Les résultats présentés dans ces études doivent donc être considérés avec précaution et ont été rapportés avec cette mention dans le texte. Les facteurs suivants peuvent avoir entraîné une surestimation ou une sous-estimation des écarts obtenus dans les études : la présence d'une intervention dans le groupe témoin (par exemple, une formation), des mesures de base variables (dont une prestation déjà élevée de services préventifs), l'absence de groupe témoin ou de randomisation, l'absence de mesures de base, des durées d'intervention variables et généralement courtes, de même que des mesures différentes pour estimer le degré de pratique d'une étude à l'autre (documentation des actes préventifs dans les dossiers médicaux, acte auto-déclaré par le clinicien ou encore rapporté par le patient). Enfin, étant donné que dans la plupart des études incluses on a réalisé qu'un suivi à court terme, il est possible de se questionner sur le maintien à plus long terme des résultats positifs obtenus. Dans le même sens, des résultats négatifs pourraient peut-être se transformer en résultats positifs à plus long terme.

LIMITES LIÉES À LA SYNTHÈSE DES ÉTUDES

Plusieurs facteurs limitent la comparaison entre elles des études relevées. Le nombre restreint d'études concernant certaines stratégies, la durée de l'intervention variable d'une étude à l'autre, la nature diverse des interventions expérimentées pour une même stratégie, des devis de recherche différents, des interventions qui ne sont pas toujours bien détaillées dans les articles, la disparité des mesures d'impact, des thèmes très diversifiés d'une étude à l'autre, tous ces éléments rendent la synthèse et l'interprétation de l'ensemble des études difficiles. De plus, pour certaines stratégies, le nombre d'études relevées n'apparaît pas suffisant pour permettre de pouvoir tirer des conclusions. En outre, bien qu'un grand nombre d'expérimentations aient été relevées pour les interventions multifacettes, ces études présentent une grande variabilité dans les stratégies utilisées. Il importe donc de tenir compte de ces limites, principalement lorsque les stratégies sont comparées au regard de leur efficacité.

FORCES DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

Malgré ses limites, la présente revue de la littérature possède plusieurs forces. Tout d'abord, elle fournit de l'information pertinente qui permet de répondre à certains besoins ressentis par les professionnels de santé publique au regard des stratégies visant l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens. Cette analyse est d'autant plus intéressante qu'elle porte sur un nombre important d'articles. Ce nombre est probablement attribuable au nombre élevé de mots-clés retenus.

De plus, la méthode utilisée pour la collecte des données, soit la fiche de lecture, a permis de réaliser cette étape de façon systématique et rigoureuse. Cette façon de faire a rendu possible une lecture objective des articles de même qu'une constance dans leur analyse.

Par ailleurs, le fait d'avoir adopté une approche transversale des stratégies représente une force. Cette approche a permis de couvrir plusieurs stratégies et de présenter les résultats autrement que par problématique (immunisation, cancer du sein, etc.), ce qui est habituellement fait. La mise en valeur du caractère opérationnel des stratégies constitue également un aspect nouveau. En effet, dans la majorité des recensions d'écrits, l'accent est mis presque exclusivement sur les résultats concernant l'évaluation de l'efficacité des stratégies. Le fait d'avoir mis un accent particulier sur la description des stratégies et sur la façon de les mettre en œuvre apparaît donc comme un élément formatif important pour les professionnels de la santé. Dans le même sens, l'attention particulière portée à la définition de conditions d'efficacité sans égard à la stratégie utilisée constitue certainement une valeur ajoutée par rapport à la littérature existante.

CONCLUSION

En ce siècle où l'espérance de vie augmente, on observe que les maladies chroniques prennent de l'ampleur et que leurs conséquences sont lourdes, tant en termes de vies perdues, d'incapacités, que pour les coûts qu'elles génèrent. Parallèlement, l'évolution constante de l'épidémiologie des affections aiguës, dont l'émergence de nouvelles maladies infectieuses, demande des ajustements continus dans les pratiques des cliniciens. Devant ces changements de l'état de santé de la population, il devient donc essentiel que tous les professionnels de la santé fassent une place privilégiée à la prévention et adaptent leurs pratiques selon les meilleures connaissances disponibles.

Les messages préventifs sont livrés à la population par divers moyens. Il n'en demeure pas moins que les professionnels de la santé sont parmi les mieux placés pour faire de la prévention, non seulement parce qu'ils représentent pour la population des interlocuteurs crédibles, mais aussi parce qu'ils rencontrent annuellement plus des deux tiers de celle-ci. Or, les professionnels de la santé ne saisissent pas toutes les occasions pour véhiculer des messages de promotion de la santé et de prévention. Les raisons sont nombreuses, sont bien documentées et conduisent à l'élaboration et à l'expérimentation de diverses stratégies visant à guider les cliniciens vers les meilleures façons de faire.

Cette revue de la littérature présente les stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques des cliniciens de première ligne. Bien que toutes les stratégies poursuivent cette même finalité, certaines semblent plus efficaces que d'autres. En plus de fournir un certain nombre de constats sur leur efficacité relative, cette revue de la littérature met en évidence des conditions cruciales pour intervenir avec succès. Celles-ci sont parfois indépendantes de la nature même des stratégies et réfèrent notamment à des caractéristiques du milieu investi de même qu'à l'intensité de l'intervention. C'est à partir de ces informations que le lecteur pourra appuyer sa réflexion et remettre en question ses façons de faire.

Enfin, cette revue de la littérature s'inscrit dans une période déterminée dans le temps. Ainsi, toutes les expérimentations futures, impliquant une plus grande variété de professionnels (infirmières, pharmaciens, dentistes, etc.) et qui utiliseront des stratégies moins documentées ou nouvelles, pourront enrichir le travail des intervenants de santé publique œuvrant dans le domaine des pratiques cliniques préventives.

ANNEXES

Annexe A Tableaux synthèses des articles selon les stratégies

ANNEXE A

FORMATION MÉDICALE CONTINUE

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Allison et autres, 2005 [16]	<p>Essai clinique randomisé.</p> <p>Groupe témoin.</p> <p>Randomisation.</p> <p>Thème : dépistage de la chlamydia.</p> <p>Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>191 milieux de pratique de soins généraux (96 exposés et 95 non exposés).</p> <p>209 médecins (103 exposés et 106 non exposés).</p> <p>Patientes à risque âgées de 16 à 26 ans (le nombre n'est pas disponible).</p>	<p>Formation médicale continue offerte sur Internet (4 modules); basée sur des cas adaptés à chaque médecin; matériel éducatif pour le patient disponible pour impression; suite au module 1, un <i>feedback</i> est transmis par le système quant au dépistage réalisé par le clinicien.</p> <p>Groupe témoin reçoit modules d'apprentissage sur Internet (texte seulement) concernant la santé des femmes (les auteurs considèrent cette intervention comme des modules traditionnels d'apprentissage).</p> <p>Durée de l'intervention : 10 mois.</p> <p>Moments de l'observation : pré-intervention : dépistage pour l'année 2000; post-intervention : dépistage pour l'année 2002.</p> <p>Mesure : dépistage selon le <i>Health Plan Employer Data and Information Set</i> (HEDIS).</p>	<p>L'intervention freine significativement le déclin du dépistage de la chlamydia observé dans les milieux de pratique du groupe exposé en comparaison au groupe témoin.</p>	<p>L'étude n'examine pas la détection de la chlamydia, le traitement et les résultats chez les patientes.</p> <p>Une étude relevée par les auteurs suggère que la mesure par le système HEDIS (à partir de données administratives) peut ne pas être entièrement adéquate pour déterminer le risque de chlamydia.</p> <p>Les médecins à l'aise avec la technologie auront davantage de facilité à recevoir une formation par le biais d'Internet que ceux qui sont moins à l'aise.</p> <p>Les médecins font partie d'un <i>Health Maintenance Organization</i> (HMO), ce qui limite la généralisation des résultats.</p>	<p>Le groupe témoin reçoit une forme d'intervention (modules traditionnels d'apprentissage).</p> <p>Peu d'information sur l'intervention : En quoi les modules sont adaptés au médecin? En quoi consiste le matériel pour les patients? Comment fonctionne le <i>feedback</i>?</p> <p>Le nombre de patientes n'est pas disponible.</p> <p>Le dépistage, bien que trouvé significatif, a diminué entre la mesure pré et post-intervention pour le groupe intervention. L'intervention n'a donc pas augmenté le dépistage, ce qui était l'objectif de départ.</p> <p>Les auteurs ne discutent pas du maintien des résultats positifs à plus long terme.</p>
Beaulieu et autres, 2002 [17]	<p>Essai comparatif en double aveugle.</p> <p>Groupe témoin.</p> <p>Randomisation non maintenue pour tous les médecins.</p> <p>Thèmes : évaluation de la consommation d'alcool, counseling concernant l'activité physique, la cessation tabagique, les thérapies de remplacement de la nicotine, la consommation de calcium, une diète riche en fibres et faible en matières grasses, dépistage du cancer du col de l'utérus, de l'hypertension, du cholestérol, de la glycémie à jeun, de la consommation excessive d'alcool, examen clinique des seins, mammographie, immunisation contre le tétanos.</p> <p>Lieu d'expérimentation : Canada (Montréal).</p>	<p>85 milieux de pratique de soins généraux (30 exposés et 55 non exposés).</p> <p>87 médecins (31 exposés et 56 non exposés).</p> <p>Patients standardisés (individus entraînés à simuler un patient) âgés de 55 à 65 ans; 6 hommes et 6 femmes.</p>	<p>Atelier interactif court : 90 minutes; discussion; travail sur un cas clinique; jeux de rôle; matériel éducatif et outils disponibles.</p> <p>Tous les médecins assistent à l'atelier. Les médecins du groupe témoin reçoivent la visite de 2 patients standardisés (1 homme et 1 femme) avant l'atelier alors que les médecins du groupe exposé reçoivent leur visite après.</p> <p>Durée de l'intervention : la durée de l'atelier (90 minutes).</p> <p>Moments de l'observation : groupe témoin : avant d'assister à l'atelier; groupe exposé : 4 à 6 mois après l'atelier.</p> <p>Mesure : performance des médecins liée aux thèmes retenus et évaluée par les visites non annoncées de patients standardisés.</p>	<p>Le fait de participer à l'atelier n'est pas associé à une différence significative entre les groupes au regard des services préventifs recommandés.</p>	<p>Échec à maintenir la randomisation en raison de problèmes logistiques.</p>	<p>Les auteurs ont aussi évalué l'effet de l'intervention pour diminuer la prescription de tests qui ne font pas l'objet de recommandations spécifiques. La participation à l'atelier est associée à une diminution significative de la prescription de ces tests.</p>

ANNEXE A FORMATION MÉDICALE CONTINUE (SUITE)

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Cornuz et autres, 2002 [18]	Essai clinique randomisé. Groupe témoin. Randomisation. Évaluation en simple aveugle pour la mesure de monoxyde de carbone (l'évaluateur). Thème : counseling anti-tabagique. Lieu d'expérimentation : Suisse.	2 cliniques de médecine interne. 35 médecins résidents (17 exposés et 18 non exposés). Patients fumeurs âgés de 16 à 75 ans. Groupe exposé : mesure de base n = 115, mesure de suivi n = 77. Groupe non exposé : mesure de base n = 136, mesure de suivi n = 100. Les mesures sont réalisées auprès des mêmes patients.	Programme de formation : 2 demi-journées; cas cliniques; jeux de rôle; apprentissage d'un counseling basé sur les stades de changement du comportement; remise de matériel. Groupe témoin reçoit une session didactique sur le management de la dyslipidémie. Durée de l'intervention : la durée de la formation (2 demi-journées). Moments de l'observation : mesure de base : période de recrutement des patients qui dure 3 mois après la formation (la mesure est prise à leur sortie de la visite médicale); mesure de suivi : 12 mois après la période de recrutement des patients. Mesures : abstinence rapportée par les patients et évaluée par le monoxyde de carbone expiré; intervention du résident au regard de la cessation tabagique (utilisation de 14 composantes spécifiques) par questionnaire aux patients et par l'évaluation des dossiers médicaux; motivation à cesser de fumer et consommation quotidienne de cigarettes rapportées par les patients.	L'abstinence tabagique lors du suivi de 12 mois est significativement plus élevée dans le groupe exposé. La fréquence et la qualité du counseling est significativement plus élevée chez les résidents qui ont reçu le programme de formation. La motivation à cesser de fumer est significativement plus élevée chez les patients du groupe intervention. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes au regard de la consommation quotidienne de cigarettes.	La rétention à long terme des habiletés par les résidents ne peut être évaluée car dans les 12 mois suivant la mesure post-intervention, la plupart des résidents avaient quitté les milieux participants. Possibilité d'effet Hawthorne : les participants peuvent avoir agi différemment parce qu'ils étaient conscients qu'ils étaient étudiés. Les auteurs ont évalué l'abstinence par la mesure de monoxyde de carbone dans seulement un milieu car la méthode est dispendieuse et difficile à appliquer pour une intervention de faible intensité.	Il n'y a pas de mesure pré-intervention (la mesure de base est prise suite à la formation). Le groupe témoin reçoit une forme d'intervention (session didactique sur un autre thème). La randomisation n'est pas claire. Les auteurs mentionnent que les 35 résidents ont été randomisés, mais étant donné qu'il n'y a que deux cliniques, cela entraîne un risque élevé de contamination. Les auteurs ont aussi mesuré chez les résidents l'efficacité perçue et la confiance à faire de la médecine préventive et du counseling au regard de la cessation tabagique. L'étude porte sur des médecins résidents donc encore en formation.
Hered et Rothstein, 2003 [19]	Type de devis de recherche non spécifié. Absence de groupe témoin. Absence de randomisation. Thème : dépistage des troubles de la vision chez les enfants d'âge préscolaire. Lieu d'expérimentation : États-Unis.	29 milieux de pratique de soins généraux (5 de médecine familiale et 24 de pédiatrie). Le nombre de cliniciens (infirmières et assistants médicaux principalement en plus de médecins) n'est pas disponible. Enfants de 3 à 5 ans (le nombre n'est pas disponible).	Session de formation interactive d'une durée de 1 h à 1 h 30; se réalise dans le milieu de pratique; tient compte des caractéristiques physiques et de l'organisation de la pratique. Durée de l'intervention : la durée de l'atelier (1 h à 1 h 30). Moments de l'observation : avant la formation et 4 à 6 mois après la formation. Mesure : dépistage réalisé et rapporté par les cliniciens.	4 à 6 mois après la formation, il y a une augmentation significative pour la fréquence du dépistage réalisé auprès des enfants âgés de 3 ans, mais non pour ceux âgés de 4 à 5 ans.	Non spécifiées.	Les auteurs ne spécifient pas le type de devis de recherche. Absence de groupe témoin. Le nombre de cliniciens et de patients n'est pas disponible. Peu d'information sur l'intervention. Les auteurs rapportent que la présence d'un médecin à la formation n'est pas corrélée avec un dépistage plus élevé. Les auteurs ont aussi mesuré l'attitude des cliniciens au regard du dépistage.

<p>Lustig et autres, 2001 [15]</p>	<p>Etude avant-après. Absence de groupe témoin. Absence de randomisation. Thèmes : dépistage et counseling concernant l'utilisation du casque et de la ceinture de sécurité, le tabagisme, la consommation d'alcool et les comportements sexuels à risque. Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>3 cliniques externes de pédiatrie. 63 cliniciens (pédiatres et infirmières praticiennes). Adolescents de 14 à 16 ans (mesure pré-intervention n = 267; mesure post-intervention n = 265). Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p>Atelier de formation : 2 sessions de 4 heures; basé sur le modèle PRECEDE-PROCEED; 4 composantes (didactique; discussion; démonstration de jeux de rôle et pratique de jeux de rôle avec <i>feedback</i> immédiat); remise de matériel. Durée de l'intervention : la durée de l'atelier (2 sessions de 4 heures). Moments de l'observation : période pré-intervention : environ 3 mois; période post-intervention : environ 3 mois. Mesure : pratique des cliniciens rapportée par les adolescents.</p>	<p>Suite à l'atelier, les adolescents rapportent une augmentation significative du dépistage concernant le port du casque, la ceinture de sécurité, le tabagisme, la consommation d'alcool et les comportements sexuels à risque. Au regard du counseling, suite à l'atelier, les adolescents rapportent une augmentation significative concernant le port du casque, la ceinture de sécurité, le tabagisme et les comportements sexuels à risque (il n'y a pas de différence significative pour la consommation d'alcool).</p>	<p>Absence de randomisation. Absence de groupe témoin. Résultats seulement à court terme. Les cliniques sélectionnées peuvent ne pas être représentatives de l'ensemble des cliniques (les cliniciens participants étaient déjà intéressés à améliorer leurs services aux adolescents) : cela limite la généralisation des résultats à d'autres milieux.</p>	<p>L'intervention visait également à augmenter les discussions concernant la confidentialité entre les cliniciens et les adolescents.</p>
<p>Moore et autres, 2003 [20]</p>	<p>Essai clinique randomisé. Groupe témoin. Randomisation. Évaluation en simple aveugle (l'évaluateur). Thème : counseling concernant la nutrition afin de prévenir les maladies cardiovasculaires. Lieu d'expérimentation : Angleterre.</p>	<p>12 milieux de pratique de médecine générale (6 exposés et 6 non exposés). Cliniciens (médecins, infirmières et autre personnel) : groupe exposé n = 30; groupe non exposé n = 34. Patients (tout patient parlant anglais) : mesure pré-intervention : groupe exposé n = 128; groupe non exposé n = 123. Mesure post-intervention : groupe exposé n = 105; groupe non exposé n = 123. Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p>Programme de formation en 2 phases axé sur l'acquisition d'habiletés pratiques : Phase 1 : 3 sessions de 90 minutes données par un leader d'opinion local; les cliniciens qui n'ont pas pu assister à la phase 1 reçoivent une visite éducative de 15 minutes. Phase 2 : 2 sessions de 90 minutes données dans le milieu de pratique. L'accent est mis sur la pratique des habiletés. Aussi remise de matériel lors des sessions. Les cliniciens ont un maximum de 7,5 heures de contact avec le programme de formation sur une période de 6 mois. Groupe témoin : aucune intervention. Durée de l'intervention : 6 mois. Moments de l'observation : pré-intervention : avant la mise en place de l'intervention; post-intervention : 6 mois après la mise en place de l'intervention. Mesure : 7 composantes du counseling réalisées par les cliniciens et rapportées par les patients dans un questionnaire.</p>	<p>Lors de la mesure post-intervention, des 7 composantes du counseling ciblées, seule la proportion de consultations lors desquelles de l'information écrite était donnée aux patients, était significativement plus élevée dans les milieux de pratique ayant reçu l'intervention.</p>	<p>Mesure en fonction des souvenirs des patients : cette méthode peut sous-estimer le changement de comportement des cliniciens, les patients pouvant oublier des aspects de la consultation. De plus, il peut y avoir de la désirabilité sociale dans leurs réponses. La formation était spécifique à la nutrition en lien avec les maladies cardiovasculaires. Cependant, les données ont été collectées auprès des patients ayant consulté pour tout sujet lié à la nutrition, ce qui peut avoir dilué l'effet de l'intervention. Ce ne sont pas tous les cliniciens du groupe exposé qui ont assisté à la formation, bien que les données aient été collectées auprès des patients ayant eu une consultation avec tous les cliniciens de ce groupe : cela peut sous-estimer l'effet de l'intervention. Certains cliniciens qui travaillaient dans plusieurs milieux de pratique peuvent avoir constitué une source de contamination entre les groupes. Des outils remis au groupe exposé ont notamment été trouvés dans des cliniques du groupe non exposé. Taille restreinte de l'échantillon de milieux : cela peut influencer la capacité à détecter une différence significative entre les groupes. Absence de suivi à long terme.</p>	<p>Les composantes de l'intervention sont peu détaillées. Le nombre de cliniciens impliqués n'est pas clair. L'âge des patients ciblés n'est pas disponible. Les auteurs ont aussi mesuré les connaissances et les attitudes des cliniciens, de même que leur satisfaction au regard de l'intervention. L'intervention ne visait pas à augmenter la fréquence des consultations au sujet de la nutrition, mais plutôt à améliorer la qualité de ces consultations en faisant la promotion de techniques de consultation.</p>

ANNEXE A FORMATION MÉDICALE CONTINUE (SUITE)

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Shariff et autres, 2000 [21]	Plan factoriel. Absence de groupe témoin. Absence de randomisation. Thème : allaitement. Lieu d'expérimentation : Canada (Ontario).	34 cliniques de médecine familiale et de pédiatrie (18 ont reçu l'atelier dans un premier temps et 16 l'ont reçu plus tard). Le nombre de cliniciens (infirmières, médecins et autre personnel) n'est pas disponible. Absence de patientes (voir la section Commentaires généraux).	Atelier d'une heure (rencontre avec déjeuner) comprenant une discussion et la disponibilité de matériel. Les 2 groupes reçoivent l'intervention de manière différée. Durée de l'intervention : la durée de l'atelier (1 heure). Moments de l'observation : avant l'atelier, 6 mois après l'atelier et 12 mois après. Mesure : mise en œuvre des 10 étapes à suivre pour devenir un « cabinet ami des bébés » selon un outil d'auto-évaluation de la convivialité du cabinet.	Des 34 cabinets qui ont reçu l'intervention, aucun n'a suivi l'ensemble des 10 étapes permettant de devenir un « cabinet ami des bébés ». L'atelier a augmenté significativement la remise de dépliants aux mères et l'affichage de posters faisant la promotion de l'allaitement pour le groupe ayant reçu l'intervention plus tôt.	Absence de randomisation. Le groupe ayant reçu l'intervention plus tôt peut avoir été davantage motivé que l'autre groupe à effectuer des changements au regard de la promotion de l'allaitement. Taux d'attrition élevé : cela entraîne une perte de puissance statistique. Outil d'auto-évaluation : le personnel peut ne pas avoir rapporté adéquatement les comportements qui nuisent à la promotion de l'allaitement.	Absence de groupe témoin. Les auteurs ont aussi évalué l'outil d'auto-évaluation ayant servi à mesurer le comportement des cliniciens. Celui-ci n'incite pas les cliniciens à modifier leurs milieux de pratique afin de les rendre plus conviviaux aux nourrissons. Il n'y a pas de patientes incluses dans l'étude : les cliniciens sont questionnés sur leurs pratiques par un questionnaire auto-administré. Le nombre de cliniciens n'est pas disponible. Absence de tableau concernant les résultats. Seule une figure est disponible.
Thomson O'Brien et autres, 2001 [14]	Méta-analyse. Thèmes : non spécifiés de façon exhaustive par les auteurs. Stratégie de recherche : banques de données EPOC, Medline, RDRB/CME; 1966-1999; aucune restriction de langue; mots-clés <i>education; exp education, continuing; exp education, graduate; internship and residency; exp inservice training; preceptorship; exp teaching</i> .	32 études incluses.	Formations didactiques et interactives.	Les ateliers interactifs peuvent amener des changements modérés dans les pratiques cliniques. Les sessions didactiques seules sont peu susceptibles de modifier la pratique clinique. De façon plus spécifique, pour les ateliers interactifs, 7 comparaisons sur 10 sont significatives. Pour les interventions combinant les ateliers interactifs et des présentations didactiques, 12 comparaisons sur 19 sont significatives. Pour les présentations uniquement didactiques, 1 comparaison sur 7 est significative (pour une seule des quatre mesures évaluées dans cette étude).	Peu des études incluses ont un devis d'évaluation rigoureux. La majorité des auteurs ne donnent pas suffisamment de détails sur le devis utilisé. Cela fait en sorte qu'il est difficile d'évaluer le risque de biais. Taille restreinte du nombre de participants dans les études et la majorité sont volontaires : cela limite la force des conclusions qui peuvent être tirées des résultats. Biais de publication : il est possible que les études avec des résultats non significatifs soient sous-rapportées. La majorité des études n'ont pas un suivi à long terme : il n'est pas certain que les résultats trouvés se maintiennent dans le temps.	La revue de la littérature n'est pas spécifique à la prévention.

Tziraki et autres, 2000 [22]

<p>Essai clinique randomisé. Groupe témoin. Randomisation. Évaluation en simple aveugle (l'évaluateur). Thèmes : dépistage, counseling et suivi concernant la nutrition afin de prévenir le cancer. Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>618 milieux de pratique de soins généraux (groupe formation n = 112; groupe manuel seulement n = 205; groupe témoin n = 222). Le nombre de cliniciens (médecins et personnel des cabinets) n'est pas disponible. Le nombre et l'âge des patients ne sont pas disponibles.</p>	<p>3 situations expérimentales : 1) Groupe « formation » : atelier de 3 heures visant à former un médecin dans chaque pratique (formation de formateur) sur les 4 modules du manuel par le biais de travaux pratiques. 2) Groupe « manuel seulement » : le manuel est reçu par la poste. 3) Groupe témoin : aucune intervention. Durée de l'intervention : la durée de la formation (3 heures). Moment de l'observation : 4 à 6 mois après l'intervention. Mesures : organisation du cabinet, dépistage lié à la nutrition, avis et références au regard de la nutrition et suivi des patients par observation et entrevues structurées.</p>	<p>Les milieux de pratique exposés à la formation concernant le manuel ont adopté davantage de recommandations que le groupe ayant reçu le manuel par la poste et le groupe témoin. Plus spécifiquement, les milieux ayant participé à la formation ont, de façon significative, fait plus de dépistage lié à la nutrition et organisé davantage leurs milieux de pratique pour favoriser des services liés à la nutrition. La formation n'entraîne pas d'impact significatif sur la prestation d'avis et de références au regard de la nutrition et concernant le suivi des patients, qui sont des activités importantes pour atteindre des changements à long terme chez les patients. Il n'y a pas de différence significative entre le groupe « manuel seulement » et le groupe témoin.</p>	<p>Seulement 50 % des cliniciens du groupe « formation » ont participé à l'atelier. Une participation plus élevée aurait pu entraîner davantage de bénéfices pour ce groupe. La formation n'a eu lieu qu'une seule fois et il y a eu absence de renforcement. Seule une mesure à court terme (6 mois) est disponible. L'étude n'est pas construite pour évaluer l'impact de l'intervention « formation » sur les comportements des patients. L'échantillon de milieux de pratique provient de deux états et peut ne pas refléter les comportements nationaux.</p>	<p>Le nombre de cliniciens n'est pas disponible. Le nombre et l'âge des patients ne sont pas disponibles. Absence de mesure pré-intervention.</p>
<p>Verhoeven et autres, 2004 [23]</p> <p>Essai clinique randomisé. Groupe témoin. Randomisation. Thème : dépistage de la chlamydia. Lieu d'expérimentation : Belgique.</p>	<p>36 milieux de pratique de soins généraux (18 exposés et 18 non exposés). 36 médecins (18 exposés et 18 non exposés). Patientes de moins de 35 ans : 317 ont eu une évaluation du risque, dont 211 ont été testées pour la chlamydia (le nombre de patientes éligibles n'est pas disponible).</p>	<p>Toutes les cliniques participantes reçoivent un algorithme (enchaînement des actions à réaliser) pour le dépistage de la chlamydia. Les cliniciens du groupe intervention reçoivent une formation pour soutenir l'implantation de l'algorithme : visionnement d'une vidéo accompagnée d'un texte d'une page sur les habiletés de communication (le médecin voit la vidéo dans son milieu de pratique). Durée de l'intervention : 15 semaines (algorithme implanté durant cette période). Moments de l'observation : niveau de base : période de 15 semaines avant l'intervention; suivi : 15 semaines après la mise en place de l'intervention. Mesures : nombre de patientes dont le risque a été évalué; nombre de patientes testées; proportion de patientes testées de façon appropriée (ne sait pas par quel moyen est réalisée la mesure).</p>	<p>Les médecins du groupe intervention n'ont pas inclus davantage de patientes, mais la qualité du processus de dépistage était significativement meilleure pour ce groupe, diminuant le risque de surdépistage.</p>	<p>Période d'observation courte. Possibilité d'effet Hawthorne : les comportements des médecins peuvent avoir été influencés par le fait que leur pratique était enregistrée. Taux d'attrition élevé : limite la puissance de l'étude.</p>	<p>Le groupe témoin reçoit une forme d'intervention (algorithme). La durée de la formation n'est pas disponible. Le nombre de patientes éligibles n'est pas disponible. Les auteurs donnent seulement le nombre de patientes ayant eu une évaluation du risque et le nombre testé pour la chlamydia. Un dépistage approprié est réalisé lorsque le patient présente au moins un facteur de risque défini selon l'algorithme remis aux cliniciens.</p>

ANNEXE A

APPROCHE DU DÉLÉGUÉ MÉDICAL

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Gorin et autres, 2000 [28]	Étude avant-après. Groupe témoin. Absence de randomisation. Thèmes : dépistage et counseling concernant le cancer colorectal, le cancer de la prostate, le cancer du col de l'utérus, le cancer du poumon et la mammographie. Lieu d'expérimentation : États-Unis.	3 cliniques médicales situées dans une communauté mal desservie en termes de services médicaux (2 cliniques exposées et 1 non exposée). 122 médecins (84 exposés et 38 non exposés). Le nombre et l'âge des patients ne sont pas disponibles.	Approche du délégué médical en prévention comprenant des visites, du matériel éducatif pour le clinicien et le patient, des séminaires et un bulletin d'information. Groupe non exposé : aucune intervention. Durée de l'intervention : 18 mois. Moment de l'observation : mesures pré et post intervention non spécifiées. Mesure : dépistage rapporté par les médecins.	L'intervention n'entraîne pas de changement statistiquement significatif au regard de la pratique clinique entre les 2 groupes. Une relation positive dose-réponse chez le sous-groupe de participants ayant reçu 3 visites et plus a tout de même été observée. Cette différence est significative au plan statistique. Ainsi, ceux ayant un haut niveau de participation (visite, séminaire, ateliers) étaient plus enclins à modifier leur comportement.	Effet de sensibilisation du prétest : il est possible que la visite effectuée par le délégué pour administrer le prétest ait servi d'intervention en elle-même. Cela pourrait expliquer la différence minime dans le changement de pratique entre les deux groupes.	Les auteurs ont aussi mesuré le niveau de connaissances et les barrières perçues au dépistage. Les détails concernant les mesures utilisées pour collecter les données sont décrites dans un autre article. Manque d'information sur les moments précis de l'observation. Le nombre et l'âge des patients ne sont pas disponibles.
Gorin et autres, 2006 [27]	Essai clinique randomisé. Groupe témoin. Randomisation. Évaluation en simple aveugle (l'évaluateur). Thèmes : examen clinique des seins et mammographie. Lieu d'expérimentation : États-Unis.	168 cliniques médicales dans 2 communautés mal desservies en termes de services médicaux (94 exposées et 74 non exposés). 168 médecins (94 exposés et 74 non exposés). Patientes âgées de 40 ans et plus; n = 710. (Dossiers médicaux pris dans un sous-échantillon de 13 cliniques du groupe intervention et 13 cliniques du groupe témoin). Les mesures sont réalisées auprès des mêmes patientes.	Approche du délégué médical en prévention comprenant des visites, du matériel éducatif pour le clinicien et le patient, des séminaires et un bulletin d'information. Durée de l'intervention : 2 ans. Moments de l'observation : mesure pré-intervention : 2 ans avant la mise en place de l'intervention; mesure post-intervention : 2 ans après la mise en place de l'intervention. Mesure : recommandations pour la mammographie et l'examen clinique des seins rapportées par les médecins et selon l'évaluation des dossiers médicaux.	L'intervention augmente de façon statistiquement significative la recommandation pour la mammographie et l'examen clinique des seins (selon l'évaluation des dossiers) chez les femmes de 40 ans et plus, en faveur du groupe exposé comparativement au groupe non exposé.	Des différences non mesurées peuvent avoir influencé les résultats malgré la randomisation. Certaines caractéristiques sociodémographiques ou de la pratique médicale sont différentes entre les 2 groupes, ce qui peut avoir entraîné des facteurs confondants. Le nombre de dossiers collectés dans un sous-échantillon des cliniques participantes peut limiter la généralisation des résultats. Lors de l'évaluation des résultats, l'évaluateur peut avoir présumé dans quels groupes se trouvaient les participants. Cela peut avoir influencé les résultats obtenus.	Absence d'information sur la procédure concernant les médecins non exposés. Les auteurs ont aussi mesuré le niveau de connaissances de même que les barrières perçues par les médecins au regard du dépistage avant et après l'intervention. Les auteurs ont pris le médecin le plus ancien et par conséquent le plus influant de chacune des cliniques participantes pour faire l'intervention.

<p>Thomson O'Brien et autres, 2000 [25]</p>	<p>Méta-analyse.</p> <p>Thèmes : dépistage du cancer colorectal, du cancer du col de l'utérus, examen clinique des seins, mammographie, counseling concernant l'auto-examen des seins, la cessation tabagique, une diète faible en matières grasses et riche en fibres ainsi que les ITSS.</p> <p>Stratégie de recherche : banques de données Medline, RDRB/CME; 1966-1997; aucune restriction de langue; <i>mots-clés education; professional; academic; detail; outreach; visit; clinical competence.</i></p>	<p>18 études incluses : 13 portant sur les pratiques de prescription, 3 sur les services préventifs et 2 sur la gestion de problèmes de santé spécifiques.</p>	<p>Approche du délégué médical en prévention comprenant des visites, du matériel écrit et des formations. Des systèmes de rappel, de l'audit et du <i>feedback</i> complétaient certaines visites.</p>	<p>La stratégie entraîne des effets positifs, faibles à modérés sur la pratique des cliniciens.</p> <p>De façon plus spécifique aux 3 études portant sur la prévention, les résultats sont variables pour 2 études alors qu'aucune différence significative n'a été notée dans la troisième étude.</p>	<p>Absence de suivi à long terme dans la majorité des études.</p> <p>Une seule étude a vérifié les résultats de l'intervention sur le patient.</p>	<p>Revue non spécifique à la prévention : seulement 3 études sur 18 traitent de services préventifs.</p>
<p>Young et autres, 2002 [31]</p>	<p>Essai clinique randomisé. Groupe témoin. Randomisation. Évaluation en simple aveugle (l'évaluateur). Thèmes : évaluation du statut tabagique et counseling anti-tabagique. Lieu d'expérimentation : Australie.</p>	<p>39 milieux de pratique de médecine générale dans des quartiers défavorisés (20 exposés et 19 non exposés). 60 médecins (groupe exposé n = 30 et groupe non exposé n = 30). Patients âgés de 18 à 70 ans. Niveau de base : groupe exposé n = 872; groupe non exposé : n = 916. Post-intervention : groupe exposé n = 745; groupe non exposé : n = 982. Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p>Approche du délégué médical en prévention comprenant des visites, des outils pour les cliniciens et les patients, des systèmes de rappel ainsi que de l'audit et du <i>feedback</i>.</p> <p>Durée de l'intervention : 4 mois.</p> <p>Moments de l'observation : niveau de base : non spécifié; post-intervention : 6 mois après le niveau de base.</p> <p>Mesures : documentation du statut tabagique dans les dossiers médicaux et prestation de counseling anti-tabagique rapportée par les patients.</p>	<p>Seul l'avis des médecins concernant les thérapies de remplacement à la nicotine a augmenté de façon significative suite à l'intervention.</p> <p>Aucune différence significative n'est relevée pour les autres composantes du counseling telles que la détermination d'une date d'arrêt ou la remise de matériel éducatif au patient, et concernant la documentation du statut tabagique dans le dossier médical.</p>	<p>Le matériel est disponible uniquement en anglais ce qui limite la généralisation des résultats à d'autres milieux où les patients ne sont pas anglophones, mais où la prévalence du tabagisme est élevée.</p> <p>L'évaluation post-intervention donne seulement l'impact immédiat de l'intervention : un suivi à long terme des patients est nécessaire pour évaluer le maintien des résultats.</p> <p>Lors de l'évaluation post-intervention, le taux de réponse était significativement plus bas chez les fumeurs que chez les non-fumeurs : cela peut entraîner un biais de réponse potentiel et une perte de puissance statistique.</p>	<p>Intervention bien détaillée.</p> <p>Les auteurs ont aussi mesuré le sentiment de compétence face au fait de donner un avis de cessation tabagique de même que l'utilité des différentes composantes de l'intervention.</p> <p>Les auteurs mentionnent dans leur discussion que l'avis des médecins concernant les thérapies de remplacement à la nicotine (le seul comportement qui a augmenté significativement) est très proche du comportement prescriptif où l'approche du délégué médical est démontrée efficace.</p>

ANNEXE A

APPROCHE DU DÉLÉGUÉ MÉDICAL (SUITE)

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Young et Ward, 2003 [32]	Essai clinique randomisé. Groupe témoin. Randomisation. Évaluation en simple aveugle (l'évaluateur). Thème : dépistage du cancer du col de l'utérus. Lieu d'expérimentation : Australie.	39 milieux de pratique de médecine générale dans des quartiers défavorisés (20 exposés et 19 non exposés). 60 médecins (groupe exposé n = 30; groupe non exposé n = 30). Patientes âgées de 18 à 70 ans. Niveau de base : groupe exposé n = 584; groupe non exposé n = 506. Post-intervention : groupe exposé n = 608; groupe non exposé n = 454. Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patientes.	Approche du délégué médical en prévention comprenant des visites, un profil individuel, la distribution d'outils, du matériel éducatif pour les patients ainsi qu'un système de rappel pour les médecins et les patients. Durée de l'intervention : 4 mois. Moments de l'observation : niveau de base : non spécifié; post-intervention : 6 mois après le niveau de base. Mesure : dépistage réalisé par le médecin rapporté par les patientes.	L'intervention n'entraîne pas d'augmentation statistiquement significative quant au dépistage du cancer du col de l'utérus.	Non spécifiées.	Intervention bien détaillée. Les auteurs ont aussi mesuré par un questionnaire auto-administré, le niveau de connaissances des médecins, la tendance à réaliser le dépistage durant une rencontre hypothétique, le sentiment de compétence et le sentiment de confiance au regard du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Bordley et autres, 2000 [36]	<p>Revue de la littérature.</p> <p>Thèmes : immunisation pour les enfants (diphtérie-tétanos-coqueluche, rougeole-rubéole-oreillons, polio, <i>haemophilus influenza</i>), immunisation pour les adultes (pneumocoque, influenza, diphtérie-tétanos).</p> <p>Stratégie de recherche : banque de données Medline; 1966-1997; langue anglaise; mots-clés <i>quality of health care; physician practice patterns; audit; reaudit; assessment; outcome assessment (health care); feedback; feed-back; fed back; immunization; immunize; preventive health services; vaccines; immunization programs; vaccine; vaccination; inoculate; measles; rubella; hepatitis B; poliomyelitis; influenza; mumps; pneumococcal infections et diphtheria-tetanus-pertussis.</i></p>	15 études incluses.	Audit et <i>feedback</i> , seul ou en combinaison avec d'autres stratégies (par exemple, des incitatifs financiers, de la formation ainsi que des systèmes de rappel visant le cliniciens).	12 des 15 études ont trouvé que cette stratégie, seule ou en combinaison avec d'autres interventions, était associée à une augmentation de l'immunisation. L'effet de l'intervention est cependant généralement modeste. La signification statistique des résultats n'est pas toujours disponible.	<p>Seulement 5 études au regard de l'immunisation des enfants. Les auteurs estiment que puisque l'immunisation chez les adultes est différente de celle réalisée chez les enfants, il n'est pas possible d'inférer les résultats obtenus à partir des études visant les adultes pour cette clientèle.</p> <p>Certaines études ont évalué la stratégie en combinaison avec d'autres interventions. Ne sait donc pas si la stratégie d'audit et de <i>feedback</i> utilisée avec d'autres interventions est davantage ou au contraire moins efficace que cette stratégie utilisée seule.</p> <p>Aucune étude ne décrit le format optimal (face à face, écrit ou informatisé) et la fréquence idéale de l'audit et du <i>feedback</i>.</p> <p>Les effets de l'intervention ne sont pas rapportés à long terme sur les pratiques d'immunisation.</p> <p>Taille restreinte des études de bonne qualité méthodologique.</p>	<p>Dans certaines des études retenues, l'audit et le <i>feedback</i> est utilisé en combinaison avec d'autres stratégies.</p> <p>La signification statistique des résultats n'est pas toujours disponible.</p>

ANNEXE A AUDIT ET FEEDBACK (SUITE)

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Houston et autres, 2006 [37]	<p>Essai contrôlé non randomisé.</p> <p>Groupe témoin.</p> <p>Absence de randomisation.</p> <p>Thèmes :</p> <p>Pour les résidents en médecine interne : évaluation du statut tabagique, counseling anti-tabagique, dépistage du cancer du côlon, mammographie, immunisation contre le pneumocoque, dépistage de l'hyperlipidémie.</p> <p>Pour les résidents en pédiatrie : évaluation du statut tabagique des parents, counseling anti-tabagique des parents, counseling sur les sièges d'auto pour les enfants de 4 ans et moins et le port de la ceinture de sécurité pour ceux de 4 ans et plus, immunisation à jour (diphtérie-tétanos-coqueluche, rougeole-rubéole-oreillons, polio, varicelle), dépistage du strabisme.</p> <p>Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>2 cliniques universitaires.</p> <p>130 résidents en médecine interne et en pédiatrie.</p> <p>Groupe exposé : 112 résidents; groupe témoin : 96 résidents ayant gradué un an avant le groupe exposé.</p> <p>Femmes âgées de 35 à 80 ans; hommes âgés de 45 à 80 ans; enfants de 2 mois et plus. Total = 3958 patients.</p> <p>Pour la médecine interne : groupe exposé : mesure pré-intervention n = 341; mesure post-intervention n = 301. Groupe témoin : mesure pré-intervention n = 761; mesure post-intervention n = 335.</p> <p>Pour la pédiatrie : groupe exposé : mesure pré-intervention n = 527; mesure post-intervention n = 596. Groupe témoin : mesure pré-intervention n = 642; mesure post-intervention n = 455.</p> <p>Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p>Audit et <i>feedback</i></p> <p>Programme de <i>feedback</i> comprenant 3 composantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Conférence sur les principes de l'audit et du <i>feedback</i>. 2) Les résidents reçoivent un <i>feedback</i> individuel sur leur performance. 3) À la moitié de l'année scolaire, la performance est révisée individuellement avec le résident par un membre de la faculté qui agit à titre de leader d'opinion local et base son <i>feedback</i> sur les principes de l'<i>academic detailing</i>. <p>Durée de l'intervention : 4 mois pour les résidents en pédiatrie et 6 mois pour les résidents en médecine interne.</p> <p>Moments de l'observation : groupe témoin : un an avant la graduation et un an après cette mesure; groupe exposé : avant l'implantation du projet et 4 ou 6 mois après selon le type de résidents.</p> <p>Mesure : prestation de services préventifs réalisée par le médecin selon l'évaluation des dossiers médicaux.</p> 	<p>Après ajustement, les résidents en médecine interne ayant participé à l'intervention ont démontré une augmentation statistiquement significative entre la mesure pré et post-intervention pour l'évaluation du statut tabagique, le counseling anti-tabagique, le dépistage du cancer du côlon, l'immunisation contre le pneumocoque et le dépistage de l'hyperlipidémie. Lorsque comparé au groupe témoin, il y a une différence significative pour 4 thèmes sur 6 en faveur du groupe exposé (il n'y a pas de différence significative pour l'évaluation du statut tabagique et pour la mammographie).</p> <p>Pour les résidents en pédiatrie, il y a une augmentation significative entre la mesure pré et post-intervention pour le counseling anti-tabagique des parents, les sièges d'auto pour enfants et la ceinture de sécurité de même que pour le dépistage du strabisme. Lorsque comparé au groupe témoin, il y a une différence significative seulement pour le counseling anti-tabagique des parents et la ceinture de sécurité en faveur du groupe exposé.</p> <p>De façon générale, il y a une augmentation significative pour 6 thèmes sur 12 en faveur du groupe exposé en comparaison au groupe témoin.</p>	<p>Absence de randomisation : des facteurs confondants peuvent persister malgré l'analyse multivariée.</p> <p>Le groupe témoin est décalé dans le temps par rapport au groupe exposé : des changements temporels survenus entre le niveau de base et le suivi peuvent avoir influencé les résultats.</p> <p>Les auteurs ont recueilli les indicateurs de performance pour mettre l'accent sur les patients les plus appropriés. Certains patients qui ont reçu des services préventifs peuvent donc avoir été exclus du dénominateur.</p> <p>Pour certains indicateurs utilisés, l'intervalle entre les deux procédures est long (par exemple le dépistage du cancer du côlon qui peut être fait aux dix ans) alors que pour d'autres, l'intervalle est plus court (par exemple le dépistage du tabagisme).</p> <p>Mesure post-intervention après 6 mois : les patients vus dans cet intervalle ont eu moins de consultations et cela peut avoir entraîné une sous-estimation dans le changement des pratiques liées aux services préventifs.</p>	<p>Au départ, la mesure post-intervention pour les résidents du groupe exposé devait avoir lieu un an après la mise en place de l'intervention, mais étant donné que certains résidents graduaient, la mesure a été évaluée à 6 mois.</p> <p>La différence dans la mesure post-intervention entre les 2 types de résidents s'explique par le fait que les résidents en pédiatrie ont vu davantage de patients que les résidents en médecine interne.</p> <p>La durée de l'intervention n'est pas claire.</p> <p>Absence d'information sur la procédure pour le groupe témoin.</p> <p>Les auteurs ne discutent pas du maintien des résultats positifs de l'intervention à plus long terme.</p> <p>L'étude porte sur des médecins résidents donc encore en formation.</p>

<p>Jamtvedt et autres, 2006 [34]</p>	<p>Méta-analyse.</p> <p>Thèmes : les auteurs ne font pas mention de façon exhaustive de tous les thèmes qui ont été abordés.</p> <p>Stratégie de recherche : banques de données EPOC, Medline, RDRB/CME; 1966-2006; aucune restriction de langue; mots-clés <i>explode education; professional; explode quality of health care; chart review; quality assurance; feedback; audit.</i></p>	<p>118 études incluses.</p>	<p>Audit et <i>feedback</i>, seul ou en combinaison avec d'autres stratégies (par exemple la formation, des systèmes de rappel visant le clinicien et des interventions fondées sur le patient).</p>	<p>L'audit et le <i>feedback</i> peut être efficace pour améliorer la pratique professionnelle, mais l'effet est généralement modeste.</p> <p>Les résultats des études sont variables d'une étude à l'autre (effet négatif à effet positif élevé).</p> <p>L'audit et le <i>feedback</i> d'intensité élevée avec ou sans rencontres éducatives, est associé à une plus grande efficacité.</p> <p>Les résultats de la méta-analyse démontrent que dans les interventions multifacettes, la contribution de l'audit et du <i>feedback</i> est souvent faible. L'efficacité des interventions multifacettes pourrait dépendre davantage de composantes de l'intervention autres que l'audit et le <i>feedback</i>.</p> <p>Les résultats de la revue ne vont pas dans le sens d'une recommandation de l'utilisation de la stratégie afin de changer la pratique clinique.</p>	<p>Dans la plupart des études incluses, la méthode d'allocation n'est pas clairement indiquée. Cela peut entraîner une surestimation de l'effet de l'intervention.</p> <p>Seulement 24 études sur 118 sont jugées de qualité méthodologique élevée.</p>	<p>La revue ne porte pas spécifiquement sur la prévention (21 études sur 118).</p> <p>50 études réfèrent à une intervention multifacette et 11 études traitent l'audit et le <i>feedback</i> avec des rencontres éducatives.</p>
<p>Paukert et autres, 2003 [33]</p>	<p>Étude prospective.</p> <p>Absence de groupe témoin.</p> <p>Absence de randomisation.</p> <p>Thèmes : counseling anti-tabagique, dépistage du cancer colorectal, du cancer du col de l'utérus, de l'hyperlipidémie, de l'hypertension, mammographie, hémoglobine glyquée et microalbuminurie, rétinopathie diabétique, immunisation contre le pneumocoque, la diphtérie et le tétanos, aspirine quotidienne pour les patients à risque de maladies coronariennes.</p> <p>Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>Un programme de résidence en médecine familiale.</p> <p>26 médecins résidents.</p> <p>1005 patients (tous les patients vus sont éligibles).</p>	<p>Audit et <i>feedback</i>.</p> <p>Programme d'audit de dossiers informatisés. Les résidents font l'audit des dossiers de leurs pairs. Les résidents reçoivent un <i>feedback</i> individualisé.</p> <p>Durée de l'intervention : 45 mois.</p> <p>Moments de l'observation : les 45 mois de l'intervention ont été divisés en 5 blocs de temps dans lesquels le nombre de dossiers était approximativement égal : janvier 1999-février 2001 (191 dossiers); mars-mai 2001 (204 dossiers); juin-novembre 2001 (206 dossiers); décembre-avril 2002 (204 dossiers); mai-septembre 2002 (200 dossiers).</p> <p>Mesure : prestation de services préventifs réalisée par les médecins selon l'évaluation des dossiers médicaux.</p>	<p>Dans l'ensemble, les résidents ont significativement augmenté leur prestation de services préventifs suite à l'intervention. De façon plus détaillée, la performance des résidents au regard des soins préventifs a initialement augmenté de façon significative, puis décliné dans les 10 derniers mois. Cependant, leur performance est demeurée significativement plus élevée en comparaison au début du programme.</p>	<p>Absence de groupe témoin : ne peut être certain que les résultats sont attribuables au programme. Des facteurs externes peuvent avoir eu une influence sur les résultats.</p>	<p>L'étude vérifie l'effet d'un audit de dossiers réalisé par les pairs sur la performance d'un groupe de résidents.</p> <p>Absence de tableau concernant les résultats. Seul un graphique peu détaillé est disponible.</p> <p>Un score total était donné aux résidents lors de l'audit pour les 12 services préventifs. Pour cette raison, les résultats pour chacun des thèmes ne sont pas disponibles.</p> <p>Les auteurs ont vérifié l'effet de l'intervention sur une longue période de temps.</p> <p>L'étude porte sur des médecins résidents donc encore en formation.</p>

ANNEXE A

SYSTÈMES DE RAPPEL VISANT LE CLINICIEN

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Balas et autres, 2000 [41]	<p>Méta-analyse.</p> <p>Thèmes : histoire de consommation d'alcool, dépistage de la tuberculose, du cancer colorectal, du cancer du col de l'utérus, du cholestérol, du diabète, du glaucome, de l'hypertension, hémoglobine, mammographie, soins cardiaques, soins prénatals, counseling anti-tabagique, immunisation contre l'influenza, le pneumocoque et le tétanos.</p> <p>Stratégie de recherche : banques de données Medline, CINAHL, HEALTH; période de publication et langue non spécifiées; mots-clés <i>checklist; encounter forms; tags; triggers; reminder systems, alert; reminder; leaflets; stickers; messages; tailored messages; preventive health services; immunization, vaccination, smoking; smoking cessation; mass screening; mammography; prenatal care; hypertension; blood pressure; diabetes mellitus; hypercholesterolemia; glaucoma occult blood.</i></p>	33 études incluses.	Système de rappel en format papier ou électronique.	<p>De façon générale, cette stratégie permet d'augmenter de façon significative la dispensation d'une variété de soins préventifs.</p> <p>Le fait que le rappel soit produit de façon informatisée ou non, la présentation du rappel (par exemple dans le dossier du patient ou sur un écran d'ordinateur), de même que la durée de l'intervention n'entraîneraient pas de différence quant à l'effet clinique.</p>	Non spécifiées.	<p>Certaines des études incluses dans les résultats ont utilisé des rappels qui visent à la fois les cliniciens et les patients.</p> <p>Pour la stratégie de recherche, la restriction de langue et la période de publication ne sont pas spécifiées.</p>

<p>Burns et autres, 2002 [43]</p>	<p>Essai clinique randomisé. Groupe témoin. Absence de randomisation. Évaluation en simple aveugle (l'évaluateur). Thèmes : 3^e, 4^e et 5^e doses diphtérie-tétanos-coqueluche, 3^e dose hépatite B, 1^{re} dose rougeole-rubéole-oreillons, 3^e et 4^e doses polio. Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>2 centres de santé de soins généraux situés dans des quartiers défavorisés. 36 médecins résidents et 4 fellows. Enfants âgés de moins de 6 ans (groupe exposé n = 448; groupe non exposé n = 529).</p>	<p>Revue quotidienne des dossiers réalisée par une infirmière afin de voir si l'enfant est à jour dans sa vaccination, suivie d'une fiche de rappel placée dans le dossier de l'enfant concernant l'immunisation requise. Enfants non exposés : aucune révision du dossier ni de fiche de rappel placée dans le dossier. Durée de l'intervention : 1 an. Moment de l'observation : à la fin de l'intervention. Mesure : vaccination à jour dans les deux groupes d'enfants selon l'évaluation des dossiers médicaux.</p>	<p>Légère augmentation statistiquement significative pour 3 types d'immunisations sur 7 (4^e dose diphtérie-tétanos-coqueluche; 3^e dose polio; 1^{re} dose rougeole-rubéole-oreillons) entre les deux groupes en faveur du groupe intervention.</p>	<p>L'équipe d'infirmières fut réduite en cours de projet ayant pour conséquence que les fiches de rappel n'étaient pas préparées tous les jours : cela peut entraîner une sous-estimation de l'effet de l'intervention. Généralisation des résultats limitée étant donné que l'étude a eu lieu uniquement dans des centres de santé urbains de Pittsburg.</p>	<p>Absence de randomisation. Absence de mesure pré-intervention. Risque de contamination car les patients du groupe exposé et non exposé se trouvent dans le même milieu. La description de l'éligibilité des enfants pour chaque vaccin est décrite. Les auteurs ne discutent pas du maintien des résultats positifs de l'intervention à plus long terme. L'étude porte sur des médecins résidents donc encore en formation.</p>
<p>Dexheimer et autres, 2005 [40]</p>	<p>Méta-analyse. Thèmes : idem Balas et autres [41]. Stratégie de recherche : banques de données Medline, CINAHL, Web of Science, Health and Psychosocial Instruments, Health Reference Center; 1997-2004; la langue et les mots-clés ne sont pas spécifiés.</p>	<p>23 études incluses.</p>	<p>Système de rappel en format papier ou électronique.</p>	<p>Pour une variété de services préventifs, les systèmes de rappel sur papier seraient davantage efficaces que ceux qui sont informatisés.</p>	<p>Non spécifiées.</p>	<p>Cette revue de la littérature est une mise à jour de Balas et autres [41]. Certaines des études incluses dans les résultats ont utilisé des rappels qui visent à la fois les cliniciens et les patients. Pour la stratégie de recherche, la restriction de langue et les mots-clés ne sont pas spécifiés.</p>

ANNEXE A

SYSTÈMES DE RAPPEL VISANT LE CLINICIEN (SUITE)

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Dubey et autres, 2006 [42]	<p>Essai clinique randomisé.</p> <p>Groupe témoin.</p> <p>Randomisation.</p> <p>Évaluation en simple aveugle (l'évaluateur pour la période pré-intervention).</p> <p>Les cliniciens ne connaissent pas les objectifs de l'étude.</p> <p>Thèmes : histoire de consommation d'alcool et de tabac, dépistage du cancer colorectal, du cancer du col de l'utérus, de l'hypertension, de la surdité, examen clinique des seins, mammographie, counseling sur le brossage des dents et l'utilisation de la soie dentaire, la cessation tabagique, la prise de supplément d'acide folique, immunisation contre la rubéole et le tétanos.</p> <p>Lieu d'expérimentation : Canada (Toronto).</p>	<p>4 cliniques de médecine familiale où il se fait de l'enseignement (2 cliniques exposées et 2 cliniques non exposées).</p> <p>38 médecins (20 exposés et 18 non exposés).</p> <p>Patients (�ge et sexe selon les services préventifs).</p> <p>Groupe exposé n = 549; groupe témoin n = 559.</p> <p>Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p>Fiche contenant une liste d'actes préventifs recommandés par des organismes reconnus ajoutée au dossier du patient et utilisée lors de l'examen annuel chez l'adulte.</p> <p>Cliniques exposées : personnel informé qu'une fiche était disponible; fiche attachée au dossier des patients adultes ayant un rendez-vous pour un examen annuel.</p> <p>Cliniques non exposées : aucun ajout au dossier.</p> <p>Durée de l'intervention : 5 mois.</p> <p>Moments de l'observation : 5 mois avant l'intervention et 5 mois durant l'intervention.</p> <p>Mesure : services préventifs dispensés dans les deux groupes selon l'évaluation des dossiers médicaux.</p>	<p>Changement statistiquement significatif pour 8 actes préventifs sur 13 (le counseling concernant le brossage des dents et l'utilisation de la soie dentaire, la prise de supplément d'acide folique, la cessation tabagique, la documentation de l'histoire de la consommation d'alcool et de tabac, la prise de la tension artérielle, le dépistage du cancer colorectal et l'immunisation contre le tétanos) entre les deux groupes en faveur du groupe exposé.</p>	<p>Les caractéristiques des médecins et des patients du groupe exposé et non exposé diff�rent.</p> <p>Les résultats peuvent ne pas être généralisables à d'autres milieux de pratique.</p> <p>La mesure ne tient pas compte des soins préventifs qui ont été réalisés mais non document�s ou de ceux qui ont été document�s mais non réalisés.</p> <p>Les patients qui viennent pour un examen annuel peuvent ne pas être comparables à ceux qui consultent pour un problème de santé spécifique.</p> <p>La prestation de services préventifs à la suite de l'intervention peut avoir été limitée par un effet plafond (par exemple, la prise de tension artérielle était déjà supérieure à 90 %).</p>	<p>Outils disponibles sur le site Internet du Collège des médecins de famille du Canada.</p> <p>Outil très clair visuellement.</p> <p>Intervention bien détaillée dans l'article.</p> <p>Auteurs ne discutent pas du maintien des résultats positifs de l'intervention à plus long terme.</p>
Frank et autres, 2004 [44]	<p>Essai contrôlé quasi randomisé.</p> <p>Groupe témoin.</p> <p>Absence de randomisation.</p> <p>Thèmes : histoire d'allergies, de consommation de tabac, enregistrement du poids, dépistage du cancer du col de l'utérus, du diabète, de l'hyperlipidémie, de l'hypertension, mammographie, immunisation contre l'influenza, le pneumocoque, la rougeole, la rubéole et les oreillons et contre le tétanos.</p> <p>Lieu d'expérimentation : Australie.</p>	<p>1 milieu de pratique de médecine générale.</p> <p>10 médecins utilisant déjà le dossier médical informatisé.</p> <p>Patients (�ge et sexe selon les services préventifs).</p> <p>Groupe exposé n = 5118; groupe non exposé n = 5389.</p>	<p>Système de rappel électronique et automatique.</p> <p>Rappel généré par le système informatique et présenté sur l'écran d'ordinateur.</p> <p>Patients du groupe témoin : soins de santé habituels.</p> <p>Durée de l'intervention : 1 an.</p> <p>Moment de l'observation : � la fin de l'intervention.</p> <p>Mesure : occasions saisies par le médecin pour faire un acte préventif dans chacun des groupes selon l'évaluation des dossiers médicaux.</p>	<p>Augmentation statistiquement significative des occasions saisies pour 4 actes préventifs sur 12 (l'immunisation contre le tétanos et le pneumocoque, l'enregistrement du poids et des allergies) entre les deux groupes en faveur du groupe intervention.</p> <p>Pour différentes raisons, les auteurs n'ont pas pu mesurer le dépistage par mammographie.</p>	<p>Il n'y a pas d'affectation à l'aveugle des patients.</p> <p>Plusieurs actes préventifs : possibilité de surcharge de l'information.</p>	<p>Absence de randomisation.</p> <p>Absence de mesure pré-intervention.</p> <p>Détails insuffisants sur l'implantation de l'intervention, sur l'intervention en tant que telle.</p> <p>Auteurs ne discutent pas du maintien des résultats positifs de l'intervention à plus long terme.</p> <p>Les médecins étaient au courant de la distribution des patients dans chacun des groupes.</p>

<p>Garg et autres, 2005 [45]</p>	<p>Méta-analyse. Thèmes : histoire de consommation d'alcool et de tabac, dépistage du cancer colorectal, du cancer du col de l'utérus, du cholestérol, de la glande thyroïde, de l'hypertension, des maladies cardiovasculaires, du poids, de la tuberculose, examen clinique des seins, mammographie, counseling concernant la cessation tabagique et la réduction du poids, immunisation contre l'hépatite B, l'influenza, le pneumocoque, la rougeole, la rubéole et le tétanos. Stratégie de recherche : banques de données Medline, Embase, Cochrane Library, Inspec, ISI database; études publiées jusqu'en 2004; langue anglaise; mots-clés <i>computer-assited decision making; computer-assisted diagnosis; computer-assisted therapy; decision support systems; reminder systems; hospital information systems.</i></p>	<p>100 études incluses dont 21 portent sur la prévention.</p>	<p>Systèmes de rappel électroniques (systèmes informatiques d'aide à la décision).</p>	<p>Les auteurs rapportent des résultats positifs pour une large variété de thèmes dans 16 des 21 études spécifiques à la prévention.</p>	<p>Seules les études de langue anglaise sont incluses : cela peut entraîner un biais de publication. Les études plus anciennes peuvent être moins rigoureuses au plan méthodologique que les études plus récentes et cela peut avoir influencé les résultats. Seules les études contrôlées ont été recensées. Des devis de recherche plus communs, tels que l'étude avant-après, n'ont pas été inclus. Les auteurs n'ont pas évalué si les systèmes utilisés dans les articles recensés étaient appropriés ou non. Un effet positif était associé à l'intervention dans les études si plus de 50 % des mesures évaluées étaient trouvées positives. Cette approche en combinaison avec les critères d'inclusion sévères peut avoir sous-estimé l'influence de certains facteurs sur le succès de l'intervention.</p>	<p>Les auteurs ne donnent pas de détails sur les systèmes de rappel utilisés dans les articles qu'ils ont recensés.</p>
<p>Kelley et autres, 2002 [46]</p>	<p>Étude avant-après. Absence de groupe témoin. Absence de randomisation. Thème : dépistage du cancer du col de l'utérus. Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>1 hôpital universitaire. 9 infirmières praticiennes. Patientes âgées de 18 à 75 ans (période pré-intervention n = 45 dossiers; période post-intervention n = 42 dossiers). Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patientes.</p>	<p>Formulaire d'admission avec une section pour documenter le dépistage chez les patientes hospitalisées. Durée de l'intervention : non spécifiée. Moments de l'observation : documentation : avant (période de 12 mois rétrospective) et à la fin de l'intervention; dépistage 4 mois après la sortie de l'hôpital. Mesures : 1) documentation de la prévalence du dépistage du cancer du col de l'utérus chez la patiente selon l'évaluation des dossiers médicaux; 2) dépistage du cancer du col de l'utérus rapporté par la patiente 4 mois après sa sortie de l'hôpital.</p>	<p>La documentation du dépistage du col de l'utérus augmente de façon statistiquement significative à la suite de l'intervention, sans entraîner un impact sur le dépistage reçu par les patientes à leur sortie de l'hôpital.</p>	<p>Biais de sélection : l'utilisation du formulaire d'admission n'était pas obligatoire. Il est possible que seules les infirmières qui croyaient à l'importance de documenter l'information relative à la prévention chez les patients hospitalisés aient utilisé le formulaire. Échantillon de petite taille et homogène. Les résultats peuvent être dus à la dynamique du groupe et au soutien des pairs. Les patientes qui ne parlaient pas anglais ont été exclues.</p>	<p>Absence de groupe témoin. Peu d'information sur l'implantation de l'intervention. Les auteurs ne savent pas si les infirmières ont seulement demandé la date du dernier test Pap ou si elles ont également recommandé et encouragé un futur dépistage chez les patientes. Auteurs ne discutent pas du maintien des résultats positifs de l'intervention à plus long terme.</p>

ANNEXE A SYSTÈMES DE RAPPEL VISANT LE CLINICIEN (SUITE)

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Price, 2005 [47]	<p>Étude pilote prospective. Groupe témoin. Randomisation.</p> <p>Thèmes : dépistage du cancer colorectal, du cancer du col de l'utérus, de l'hyperlipidémie, de l'hypertension, aspirine pour les patients à risque de maladie coronarienne.</p> <p>Lieu d'expérimentation : Canada (Vancouver).</p>	<p>Nombre et type de milieux cliniques non spécifiés.</p> <p>8 médecins (4 exposés et 4 non exposés).</p> <p>79 patients de 18 ans et plus (40 exposés et 39 non exposés).</p>	<p>Système de rappel sur ordinateur de poche permettant d'avoir accès aux recommandations préventives spécifiques à chaque patient.</p> <p>Groupe témoin ne reçoit pas le logiciel.</p> <p>Durée de l'intervention : 2 mois.</p> <p>Moment de l'observation : à la fin de l'intervention.</p> <p>Mesure : documentation des services préventifs dans les dossiers médicaux.</p>	<p>Bien que la signification statistique des résultats ne soit pas mentionnée dans l'article, une augmentation a été observée pour le dépistage des cancers du col de l'utérus et colorectal, de l'hyperlipidémie et pour l'utilisation d'aspirine chez les patients à risque de maladie coronarienne, mais non pour le dépistage de l'hypertension.</p>	<p>L'étude ne s'appuie pas sur des analyses statistiques : les résultats doivent être interprétés avec prudence.</p> <p>Nombre restreint de cliniciens.</p> <p>Les médecins recrutés étaient déjà à l'aise avec la technologie : cela peut limiter la généralisation aux médecins qui sont moins à l'aise avec l'informatique.</p> <p>Possibilité d'effet Hawthorne : le fait d'être impliqué dans une étude peut influencer les comportements des cliniciens.</p> <p>L'étude n'évalue pas le maintien des résultats positifs à plus long terme.</p>	<p>L'information concernant le nombre et le type de milieux cliniques n'est pas disponible.</p> <p>Les taux d'adhérence ont davantage augmenté pour les nouvelles recommandations qui ne font pas déjà partie de la routine de pratique.</p>
Shannon et autres, 2001 [48]	<p>Étude avant-après. Groupe témoin. Randomisation.</p> <p>Évaluation en simple aveugle (l'évaluateur).</p> <p>Thèmes : histoire d'abus de substances, de cancer de la peau, de dépression, d'ITSS (autres que le VIH), de la maladie de la glande thyroïde, de syphilis, de VIH, de violence conjugale, dépistage du cancer colorectal, du cancer du col de l'utérus, du cholestérol, du gonocoque et de la chlamydia, mammographie, counseling sur l'activité physique, la cessation tabagique, la consommation d'alcool, une diète faible en matières grasses et riche en fibres, prévention des blessures, immunisation contre la diphtérie et le tétanos.</p> <p>Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>Programme de résidence en médecine familiale.</p> <p>31 médecins (15 exposés et 16 non exposés).</p> <p>Patients (âge et sexe selon les services préventifs). Groupe exposé n = 300; groupe non exposé n = 308. Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p><i>Comprehensive Annotated Reminder Tool (CART)</i> : combinaison d'une série complète de recommandations annotées avec l'histoire du patient et l'examen physique présentée sur trois pages.</p> <p>Le CART est placé dans le dossier de tout nouveau patient vu par les médecins du groupe exposé. Aucune instruction n'est donnée aux médecins.</p> <p>Les médecins non exposés utilisent la formule déjà existante pour compléter l'histoire et l'examen physique.</p> <p>Durée de l'intervention : 6 mois.</p> <p>Moments de l'observation : avant l'intervention (3 mois), durant l'intervention (6 mois) et après l'intervention (3 mois).</p> <p>Mesure : application appropriée des services préventifs par le médecin selon l'évaluation des dossiers médicaux.</p>	<p>Augmentation statistiquement significative de l'application appropriée des recommandations liées à 16 services préventifs sur 20 évalués lorsque l'outil est utilisé. Aucune augmentation significative n'est notée pour le counseling concernant une diète faible en matières grasses et l'activité physique, le dépistage du cancer colorectal et l'immunisation contre la diphtérie et le tétanos.</p> <p>Lorsque l'outil est retiré, le comportement des médecins revient au niveau de base.</p>	<p>Non spécifiées.</p>	<p>Durant l'intervention, les médecins non exposés ont utilisé une forme d'outils qui était déjà en place avant l'expérimentation.</p> <p>Les auteurs ont aussi mesuré le niveau de connaissances des médecins.</p> <p>Les auteurs ne discutent pas du maintien des résultats positifs de l'intervention à plus long terme.</p>

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Adams et autres, 2003 [51]	<p>Étude avant-après.</p> <p>Absence de groupe témoin.</p> <p>Absence de randomisation.</p> <p>Thèmes : évaluation du risque concernant la santé dentaire, l'exposition à la fumée secondaire, la violence conjugale, les armes à feu gardées à la maison, le programme de suppléments nutritionnels pour les enfants défavorisés (<i>Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children - WIC</i>), l'exposition au plomb et la tuberculose, counseling sur l'allaitement, la sécurité et la santé dentaire, dépistage de l'acuité visuelle et auditive, l'anémie, l'exposition au plomb et la tuberculose, immunisation complète.</p> <p>Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>1 centre de soins généraux pédiatriques.</p> <p>Mesure pré-intervention : n = 12 médecins et infirmières praticiennes;</p> <p>Mesure post-intervention : n = 7 des cliniciens de l'échantillon pré-intervention.</p> <p>Enfants de 5 ans et moins; n = 235 pour le dossier médical traditionnel (pré-intervention); n = 986 pour le dossier médical électronique (post-intervention). Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p>Dossier médical électronique ARCH (<i>Automated Record for Child Health</i>) comprenant un système de rappel. Chaque clinicien reçoit 2 heures de formation; soutien disponible par la suite.</p> <p>Durée de l'intervention : non spécifiée.</p> <p>Moments de l'observation : période pré-intervention : 1998; période post-intervention : 2000.</p> <p>Mesure : documentation des services préventifs selon le dossier médical traditionnel ou informatisé.</p>	<p>Suite à l'implantation de l'intervention, les cliniciens étaient significativement plus susceptibles de documenter les services préventifs suivants : l'évaluation du risque dentaire, l'exposition à la violence conjugale, les armes à feu gardées à la maison, le programme de suppléments nutritionnels pour les enfants défavorisés, l'exposition au plomb et la tuberculose, de même que le counseling sur l'allaitement.</p> <p>Aucune augmentation significative n'a été notée pour la documentation du counseling sur la sécurité et la santé dentaire, le dépistage de l'acuité visuelle et auditive, de l'anémie, de la tuberculose et de l'exposition au plomb, de même que pour l'immunisation complète.</p>	<p>Absence de randomisation et participation volontaire des cliniciens.</p> <p>Les pratiques peuvent s'être modifiées en raison d'autres facteurs que l'exposition au dossier médical électronique.</p> <p>Évaluation de la documentation : les cliniciens peuvent avoir posé des questions aux patients, sans que celles-ci soient documentées.</p> <p>L'étude n'évalue pas l'effet de l'intervention sur le comportement ou la santé des patients.</p>	<p>L'étude n'est pas spécifique aux services préventifs.</p> <p>Absence de groupe témoin.</p> <p>Les auteurs ont aussi évalué la satisfaction des cliniciens en lien avec le dossier informatisé.</p> <p>La durée de l'intervention n'est pas spécifiée.</p> <p>Les auteurs ne discutent pas du maintien des résultats positifs à plus long terme.</p>
Gill et autres, 2001 [50]	<p>Étude de cohorte rétrospective.</p> <p>Absence de groupe témoin.</p> <p>Absence de randomisation.</p> <p>Thèmes : mammographie, dépistage du cholestérol, immunisation contre l'influenza, le pneumocoque, l'hépatite B et la varicelle.</p> <p>Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>1 programme de résidence en médecine familiale.</p> <p>25 médecins résidents.</p> <p>Patients adultes (âge selon les services préventifs), n = 1609; enfants de 1 à 12 ans n = 270. Les mesures sont réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p>Dossier médical électronique incluant des recommandations pour les soins préventifs et des rappels visant les cliniciens lorsque les interventions sont dues.</p> <p>Durée de l'intervention : 1 an.</p> <p>Moments de l'observation : avant l'implantation et un an après la mise en place de l'intervention.</p> <p>Mesure : proportion de services préventifs dans la banque de données du dossier médical traditionnel ou informatisé.</p>	<p>Toutes les proportions ont augmenté suite à l'implantation de l'intervention (la signification statistique des résultats n'est pas disponible).</p>	<p>Absence de groupe témoin et de randomisation : ne peut être certain que l'augmentation des services est due uniquement à l'intervention.</p> <p>L'utilisation des dossiers médicaux peut sous-estimer les résultats étant donné que les procédures ne sont pas nécessairement toutes notées.</p> <p>Un seul milieu de pratique et un type de dossier médical électronique : les résultats peuvent ne pas être généralisables à d'autres types de dossiers médicaux électroniques, d'autres milieux de pratique et d'autres thèmes.</p>	<p>Peu d'information sur les résultats, notamment aucune donnée sur la signification statistique.</p> <p>L'étude évalue aussi l'efficacité de l'intervention pour augmenter les services préventifs s'adressant aux adultes avec le diabète. Par souci de conformité avec les critères d'inclusion, ces données ne sont pas présentées ici.</p> <p>Les auteurs ne discutent pas du maintien des résultats positifs à plus long terme.</p> <p>L'étude porte sur des médecins résidents donc encore en formation.</p>

ANNEXE A

ÉQUIPES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Bordley et autres, 2001 [58]	<p>Étude avant-après.</p> <p>Absence de groupe témoin.</p> <p>Absence de randomisation.</p> <p>Thèmes : immunisation complète à 12 et 24 mois, dépistage de l'anémie, la tuberculose et l'exposition au plomb.</p> <p>Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>8 milieux de pratique (2 groupes de pratique de médecine familiale; 3 groupes de pratique pédiatrique; 1 département pédiatrique d'un HMO; 1 centre médical universitaire; 1 centre de santé communautaire fédéral).</p> <p>Le nombre de cliniciens n'est pas disponible (médecins et infirmières).</p> <p>Patient âgés de 2 ans et moins (niveau de base n = 339; post-intervention n = 840).</p> <p>Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p>Système d'amélioration de la qualité des soins comprenant des outils, une redistribution des responsabilités entre les cliniciens et le personnel et une équipe d'amélioration de la qualité des soins créée dans chaque milieu.</p> <p>Durée de l'intervention : 12 mois.</p> <p>Moments de l'observation : niveau de base et 12 mois après que le système de prévention soit opérationnel.</p> <p>Mesure : proportion d'enfants à jour pour l'immunisation et ayant eu le dépistage.</p>	<p>Augmentation statistiquement significative pour l'immunisation complète à 12 et 24 mois, le dépistage de l'anémie et l'exposition au plomb. Il y a absence de différence significative pour le dépistage de la tuberculose.</p>	<p>L'augmentation observée peut refléter une augmentation de la documentation dans les dossiers plutôt qu'une augmentation des services préventifs.</p> <p>Nombre restreint de milieux de pratique.</p>	<p>Absence de groupe témoin.</p> <p>Le nombre de cliniciens n'est pas disponible.</p> <p>Intervention bien détaillée.</p> <p>Le nombre et le type d'outils retenus dans les 8 milieux de pratique varient considérablement selon les objectifs choisis et leur degré d'engagement dans le processus.</p> <p>Les auteurs ne discutent pas du maintien des résultats positifs à plus long terme.</p>

McBride et autres, 2000 [53]

<p>Plan factoriel. Groupe témoin. Randomisation. La mesure de base est réalisée en simple aveugle par l'évaluateur. Thème : prévention des maladies cardiovasculaires (dépistage et gestion des facteurs de risque). Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>45 milieux de pratique (médecine familiale ou interne). Groupe 1 n = 12; groupe 2 n = 11; groupe 3 n = 11; groupe 4 n = 11. 160 médecins (le nombre pour chaque groupe n'est pas disponible). Patients âgés de 21 à 70 ans, n = 10 158. Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p>Projet <i>The Health Education and Research Trial</i> (HEART). 4 situations expérimentales : Tous les milieux assistent à une conférence d'une journée en lien avec les concepts d'amélioration de la qualité des soins et reçoivent une trousse d'outils. Groupe 1 : conférence seulement (groupe témoin). Groupe 2 : conférence et nomination d'un coordonnateur de prévention dans le milieu. Groupe 3 : conférence et consultations en amélioration de la qualité des soins. Groupe 4 : conférence, nomination d'un coordonnateur de prévention dans le milieu et consultations en amélioration de la qualité des soins. Durée de l'intervention : 1 an. Moments de l'observation : niveau de base, 12 mois et 18 mois. Mesure : documentation du dépistage et de la gestion des facteurs de risque cardiovasculaire selon l'évaluation des dossiers médicaux.</p>	<p>La documentation concernant le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire a augmenté significativement dans le groupe 4 et ce changement s'est maintenu à 18 mois en comparaison au groupe témoin (groupe 1). Dans le groupe 2, il y a eu une augmentation significative à 12 mois, mais une légère diminution à 18 mois. Pour le groupe 1, il n'y a eu aucun changement alors que dans le groupe 3, il y a eu une augmentation, mais non significative. La documentation concernant la gestion des facteurs de risque a augmenté de façon significative à 12 mois seulement dans le groupe 4 en comparaison au groupe témoin. Aucune augmentation significative n'est notée dans les autres groupes à 12 mois. Cependant, à 18 mois, les groupes 2, 3 et 4 ont augmenté en comparaison au groupe témoin avec une différence significative pour les groupes 2 et 3.</p>	<p>Biais de sélection : les milieux de pratique sont volontaires et cela peut avoir affecté les résultats. Les milieux pouvaient choisir leurs propres objectifs et changer plusieurs systèmes de pratique simultanément. Cette flexibilité peut avoir dilué l'effet de l'intervention. Groupe 1 désigné comme étant le groupe témoin, mais la conférence et le matériel transmis peuvent avoir influencé les résultats dans ce groupe.</p>	<p>Le nombre de cliniciens pour chaque groupe n'est pas disponible. Le nombre exact de patients dans chaque échantillon n'est pas disponible. Les auteurs ont aussi mesuré l'utilisation du matériel par les groupes. D'autres professionnels de la santé participent à l'intervention tels que des infirmières, des pharmaciens et des techniciens médicaux.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANNEXE A ÉQUIPES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS (SUITE)

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Solberg et autres, 2000 [55]	<p>Essai clinique randomisé.</p> <p>Groupe témoin.</p> <p>Randomisation.</p> <p>Thèmes : évaluation du statut tabagique, mammographie, examen clinique des seins, prise de la tension artérielle, dépistage du cancer du col de l'utérus, dépistage du cholestérol, immunisation contre le pneumocoque et l'influenza.</p> <p>Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>44 cliniques de soins généraux (groupe exposé n = 22; groupe témoin n = 22).</p> <p>Le nombre de cliniciens n'est pas disponible (équipes multidisciplinaires comprenant notamment des médecins et des infirmières).</p> <p>Patients âgés de 19 ans et plus.</p> <p>Niveau de base : Groupe exposé n = 3379 (évaluation par questionnaire); n = 2371 (évaluation des dossiers).</p> <p>Groupe témoin : n = 3451 (évaluation par questionnaire); n = 2406 (évaluation des dossiers).</p> <p>Suivi : Groupe exposé n = 3295 (évaluation par questionnaire); n = 2302 (évaluation des dossiers).</p> <p>Groupe témoin : n = 3136 (évaluation par questionnaire); n = 2244 (évaluation des dossiers).</p> <p>Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p>Projet IMproving PRevention through Organization, Vision and Empowerment (IMPROVE).</p> <p>Formation d'une équipe multidisciplinaire dans les milieux de pratique; nomination d'un leader local; formation sur les méthodes d'amélioration de la qualité des soins; consultations.</p> <p>Groupe témoin : soins usuels de santé.</p> <p>Durée de l'intervention : 22 mois.</p> <p>Moments de l'observation : niveau de base, à la fin de l'intervention (22 mois) et 1 an après la fin de l'intervention.</p> <p>Mesures : proportion de patients à jour pour les services préventifs selon l'audit de dossiers et proportion de patients qui se sont fait offrir un service préventif s'ils n'étaient pas à jour selon une enquête auprès des patients.</p>	<p>En comparaison au groupe témoin, seule la proportion de patients à jour pour l'immunisation contre le pneumocoque a augmenté de façon significative.</p> <p>En comparaison au groupe témoin, la proportion de patients qui se sont fait offrir un service préventif s'ils n'étaient pas à jour a augmenté de façon significative seulement pour le dépistage du cholestérol.</p> <p>Les auteurs n'ont pas pu obtenir de résultats concernant l'immunisation contre l'influenza étant donné que l'évaluation a eu lieu au printemps alors que l'immunisation a lieu à l'automne.</p>	<p>Méthodes d'évaluation : en général, les patients tendent à surrapporter les actions des cliniciens alors que les dossiers médicaux tendent à les sous-estimer.</p> <p>Les cliniques de la région retenue ne sont pas nécessairement typiques : les services préventifs au niveau de base étaient déjà élevés, ce qui limite la possibilité de détecter une augmentation significative.</p>	<p>Le nombre de cliniciens n'est pas disponible.</p> <p>Les résultats un an après la fin de l'intervention ne sont pas clairement indiqués.</p> <p>L'intervention est bien détaillée.</p>

<p>Young et autres, 2006 [54]</p>	<p>Étude avant-après. Absence de groupe témoin. Absence de randomisation. Thèmes : Pour les enfants de 2 ans : dépistage de l'acuité visuelle, évaluation dentaire, évaluation de l'utilisation de la ceinture de sécurité, prise de la tension artérielle, indice de masse corporelle, immunisation complète. Pour les enfants de 4 ans : évaluation dentaire, exposition à la fumée secondaire, dépistage de l'anémie, immunisation complète. Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>14 milieux de pratique pédiatriques. Le nombre de cliniciens n'est pas disponible (pédiatres, infirmières; assistants médicaux). Enfants de 2 ans (mesure pré-intervention n = 267; mesure post-intervention n = 265). Enfants de 4 ans (mesure pré-intervention n = 277; mesure post-intervention n = 252). Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p>Équipe d'amélioration de la qualité des soins et apprentissage en collaboration. 4 phases : Phase 1 : Formation d'une équipe multidisciplinaire dans le milieu de pratique. Audit des dossiers par l'équipe pour évaluer la prestation de services préventifs. Phase 2 : Une journée d'atelier sur l'amélioration de la qualité des soins. L'équipe détermine les services préventifs sur lesquels elle veut travailler et les façons de parvenir aux changements visés. Phase 3 : Conférence téléphonique mensuelle (soutien) et audit et <i>feedback</i> des dossiers réalisés par l'équipe de recherche. Phase 4 : Audit final des dossiers conduit par l'équipe du milieu de pratique. Durée de l'intervention : 6 mois. Moments de l'observation : avant (lors de la phase 1) et 6 mois après la phase 1 (lors de la phase 4). Mesure : prestation de services préventifs selon l'évaluation des dossiers médicaux.</p>	<p>La proportion des enfants ayant reçu les services préventifs a augmenté de façon significative après l'intervention pour 9 services sur 10 (à l'exception de l'immunisation complète chez les enfants de 4 ans).</p>	<p>Les auteurs ne savent pas dans quelle mesure les augmentations se sont maintenues et si les milieux de pratique ont utilisé une approche pour augmenter les autres services préventifs. Généralisation des résultats limitée en raison des milieux de pratique volontaires, de l'absence de randomisation et de l'aire géographique particulière. Absence de groupe témoin : il est possible que les milieux de pratique aient augmenté leur prestation de services préventifs sans l'intervention. Plusieurs composantes à l'intervention : ne peut déterminer l'efficacité de chacune. Résultats basés sur un nombre restreint de dossiers pas clinique (environ 20 par clinique). L'étude ne mesure pas l'effet de l'intervention sur la santé des enfants.</p>	<p>Le nombre de cliniciens n'est pas disponible.</p>
------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

ANNEXE A

SYSTÈMES DE BUREAU SUR MESURE - FACILITATION

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Backer et autres, 2005 [69]	Étude de cas. Absence de groupe témoin. Absence de randomisation. Thèmes : dépistage du cancer du col de l'utérus et mammographie. Lieu d'expérimentation : États-Unis.	7 milieux de pratique de soins généraux. Nombre de cliniciens non disponible (médecins et leur équipe). Patientes âgées de 19 à 64 ans (niveau de base n = 100; évaluation à 12 mois n = 100). Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patientes.	Intervention de facilitation individualisée à chaque milieu. Durée de l'intervention : 12 mois. Moments de l'observation : niveau de base et 12 mois après la mise en place de l'intervention. Mesure : prestation de services préventifs rapportée par les cliniciens, par les patients, selon l'évaluation des dossiers médicaux et par l'observation.	Seul un milieu de pratique a démontré un changement statistiquement significatif dans la prestation de mammographie et de dépistage du cancer du col de l'utérus en comparaison au niveau de base.	Généralisation des résultats limitée. Échantillon non représentatif. Période de suivi limitée : difficile d'évaluer si les effets des milieux de pratique se traduiraient en changements à long terme. Mesurer le changement par l'intermédiaire des dossiers médicaux n'est pas une mesure de résultats optimale car elle est dépendante de la documentation adéquate des services préventifs.	Absence de groupe témoin. Le nombre de cliniciens n'est pas disponible. Les auteurs ont aussi collecté des données qualitatives pour décrire le processus de changement survenu dans chaque pratique. Il n'y a pas de tableaux de disponibles pour les résultats. Étude de cas pour chaque milieu : bien que les auteurs aient fait un effort pour définir des éléments communs, ce type d'étude donne des résultats par milieu.
Goodwin et autres, 2001 [62]	Essai clinique randomisé. Groupe témoin. Randomisation. Thèmes : dépistage de l'acuité visuelle et auditive, du cancer colorectal, du cancer du col de l'utérus, du cholestérol, de l'exposition au plomb, hémoglobine, analyse d'urine, examen clinique des seins, examen des yeux, mammographie, poids, prise de la tension artérielle, taille, counseling sur l'activité physique, la cessation tabagique, la consommation d'alcool, la consommation de drogue, la contraception, l'exposition à la fumée secondaire, l'hormonothérapie, les ITSS, la nutrition, la prévention des blessures, la protection solaire, la santé dentaire, le VIH, immunisation contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, l' <i>haemophilus influenza</i> , l'hépatite B, l'influenza, le pneumocoque, la polio, la rougeole, la rubéole et les oreillons, le tétanos, la varicelle. Lieu d'expérimentation : États-Unis.	77 milieux de pratique de médecine familiale (38 milieux exposés et 39 milieux non exposés). 154 médecins. Le nombre de patients n'est pas disponible (âge et sexe selon les services préventifs).	<i>Study To Enhance Prevention by Understanding Practice (STEP-UP)</i> : rencontres avec les cliniciens et le personnel par une infirmière facilitatrice qui les assiste pour implanter des outils individualisés et des approches visant à augmenter la prestation de services préventifs appropriés. Durée de l'intervention : 1 an. Moments de l'observation : niveau de base, 6 mois et 12 mois suite à la mise en place de l'intervention. Mesure : prestation de services préventifs selon trois catégories d'actes (counseling sur les habitudes de vie, dépistage et immunisation), rapportée par les patients et selon l'évaluation des dossiers médicaux.	Augmentation statistiquement significative de la prestation globale de services préventifs dans le groupe intervention en comparaison au groupe témoin lors du suivi de 12 mois. De façon spécifique, le dépistage et le counseling sur les habitudes de vie ont augmenté de façon statistiquement significative, mais non l'immunisation.	La généralisation de l'intervention est en partie dépendante de facilitateurs adéquats. Utilisation du dossier médical pour déterminer la prestation de services préventifs : il est difficile de déterminer quelles proportions de l'augmentation de la prestation de services sont attribuables à l'augmentation réelle de la prestation versus l'augmentation de la documentation. Biais de sélection potentiel : participation volontaire des milieux de pratique.	Intervention bien détaillée. Absence d'information sur la procédure dans le groupe non exposé. Il n'y a pas de résultats détaillés concernant la mesure prise 6 mois après le début de l'intervention. Une autre étude a été publiée pour évaluer le maintien des effets après 24 mois (Stange et autres [72]).

<p>Gottlieb et autres, 2001 [70]</p>	<p>Étude avant-après. Absence de groupe témoin. Absence de randomisation. Thèmes : évaluation du statut tabagique, dépistage du cancer du col de l'utérus, du cholestérol, mammographie, prise de la tension artérielle, immunisation contre la diphtérie et le tétanos, l'influenza, le pneumocoque. Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>5 milieux de pratique (2 centres de santé communautaire; 3 programmes de résidence de médecine familiale). L'information concernant le nombre et le type de cliniciens est insuffisante et contradictoire. Patients âgés de 19 ans et plus (mesure pré-intervention n = 372; post-intervention n = 376). Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p><i>Put Prevention Into Practice</i> (PIIP) : Combinaison d'intervention avec financement, visites et offre d'assistance technique. Durée de l'intervention : 3 ans. Moments de l'observation : 6 mois avant le début du programme et approximativement 3 ans après l'implantation du PIIP. Mesure : documentation des services préventifs dans le dossier des patients.</p>	<p>Il y a une augmentation significative de la documentation du statut tabagique, du dépistage du cancer du col de l'utérus, de la mammographie, de l'immunisation contre la diphtérie et le tétanos ainsi que l'immunisation contre le pneumocoque trois ans après le début du programme. Cependant, aucune augmentation statistiquement significative n'a été trouvée concernant l'immunisation contre l'influenza et la prise de la tension artérielle. À noter que cette dernière procédure était déjà effectuée dans 99 % des cas avant le début de l'intervention.</p>	<p>Absence d'un devis randomisé contrôlé : réduit la capacité à lier les résultats trouvés à l'intervention PIIP. Généralisation des résultats limitée.</p>	<p>L'information concernant le nombre et le type de cliniciens est insuffisante et contradictoire. Intervention peu détaillée. Une des rares études à avoir évalué le maintien à long terme des effets de l'intervention.</p>
<p>Lemelin et autres, 2001 [63]</p>	<p>Essai clinique randomisé. Groupe témoin. Randomisation. Évaluation en simple aveugle (l'évaluateur). Thèmes : dépistage du cancer du col de l'utérus, examen clinique des seins, mammographie, prise de la tension artérielle, counseling sur la cessation tabagique, les ITSS, la prise de supplément d'acide folique, immunisation contre l'influenza. Lieu d'expérimentation : Canada (Ontario).</p>	<p>46 milieux de pratique de soins généraux (23 milieux exposés et 23 milieux non exposés). Le nombre et le type de cliniciens ne sont pas disponibles. Patients (âge et sexe selon les services préventifs) (mesure pré-intervention n = 4000; mesure post-intervention n = 4000). Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p>Infirmière facilitatrice se rendant dans les milieux de pratique pour adapter des stratégies visant l'augmentation des services préventifs selon les besoins du milieu. Groupe non exposé : aucune interaction avec l'infirmière facilitatrice. Durée de l'intervention : 18 mois. Moments de l'observation : avant l'intervention, 9 mois, 15 mois et 18 mois après le début de l'intervention. Mesure : prestation des services préventifs recommandés rapportée par les patients et selon l'évaluation des dossiers médicaux.</p>	<p>Augmentation statistiquement significative pour la performance d'ensemble des services préventifs. Lorsque les thèmes sont analysés séparément, il y a une augmentation statistiquement significative pour le groupe exposé comparativement au groupe non exposé pour 2 services préventifs sur 8 (counseling concernant l'acide folique et vaccination contre l'influenza).</p>	<p>Milieux de pratique volontaires et non représentatifs de l'ensemble des milieux. Médecins du groupe témoin plus susceptibles d'être âgés et de sexe masculin que les médecins du groupe intervention. Médecins du groupe intervention connaissaient les résultats mesurés alors que le groupe témoin non. Cela peut avoir entraîné un léger effet de co-intervention. Étude réalisée dans des milieux rémunérés par capitation : ne peut généraliser aux milieux rémunérés à l'acte.</p>	<p>Le nombre et le type de cliniciens ne sont pas disponibles. L'intervention visait également à diminuer la prestation de services préventifs inappropriés.</p>

ANNEXE A SYSTÈMES DE BUREAU SUR MESURE - FACILITATION (SUITE)

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Melnikow et autres, 2000 [71]	<p>Le type de devis de recherche n'est pas spécifié.</p> <p>Groupe témoin.</p> <p>Absence de randomisation.</p> <p>Thèmes : dépistage du cancer colorectal, du cancer du col de l'utérus, du cholestérol, examen clinique des seins, mammographie, immunisation contre la diphtérie et le tétanos, contre l'influenza et contre le pneumocoque.</p> <p>Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>2 milieux de pratique de médecine familiale dans une communauté à faible revenu et avec une population multiethnique (1 milieu exposé et 1 milieu non exposé).</p> <p>Le nombre de cliniciens n'est pas disponible (médecins et infirmières).</p> <p>Patients âgés de 18 à 75 ans (groupe exposé n = 1830; groupe non exposé n = 1773). Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p>PPIP : Combinaison d'outils donnée au milieu.</p> <p>Le milieu non exposé a implanté une feuille aide-mémoire pour les dossiers. L'outil n'est pas en lien avec le matériel PPIP.</p> <p>Durée de l'intervention : 30 mois.</p> <p>Moments de l'observation : niveau de base, 6 mois, 18 mois et 30 mois après la mise en place de l'intervention.</p> <p>Mesure : prestation de services préventifs selon l'évaluation des dossiers médicaux.</p>	<p>À 30 mois, la prestation de 4 services préventifs sur 8 (examen clinique des seins, immunisation contre l'influenza, contre le pneumocoque et contre la diphtérie et le tétanos) était statistiquement plus élevée dans le milieu de pratique exposé en comparaison au groupe témoin.</p> <p>Dans le groupe exposé, la prestation de services préventifs pour 7 services sur 8 (à l'exception du dépistage du cholestérol) était plus élevée en comparaison au niveau de base 6 mois après le début de l'intervention. À 18 et 30 mois, la prestation de ces services a plafonné ou décliné. La signification statistique de ces résultats n'est pas disponible.</p>	<p>Bien que l'étude soit contrôlée, elle n'est pas randomisée donc des biais sont plus susceptibles d'influencer les résultats.</p> <p>Les milieux de pratique ont débuté l'étude avec des niveaux de base différents au regard de la prestation de services préventifs (le groupe exposé avait un niveau plus bas donc avait plus d'opportunité d'augmenter la prestation de services préventifs).</p> <p>Durant la période d'étude, il y a eu des changements administratifs dans le milieu non exposé qui peuvent avoir affecté les résultats.</p> <p>Généralisation limitée des résultats.</p>	<p>Les auteurs ne mentionnent pas le type de devis de recherche.</p> <p>Le nombre de cliniciens n'est pas disponible.</p> <p>Le groupe témoin reçoit une forme d'intervention (feuille aide-mémoire).</p> <p>La majorité du matériel du programme PPIP est disponible sur le site Internet de l'Agency for Healthcare Research and Quality http://www.ahrq.gov sous la rubrique PPIP.</p> <p>Peu de détails sur l'intervention dans l'article.</p> <p>Dans cette étude, il y a un seul milieu de pratique par condition expérimentale.</p> <p>Une des rares études à analyser l'effet de l'intervention après 12 mois.</p> <p>Il y a peu d'information disponible sur les résultats à 6 mois et à 18 mois, notamment au regard de leur signification statistique.</p> <p>Il n'y a pas de tableaux de disponibles pour les résultats, seulement des figures où peu d'information est visible.</p> <p>Il n'y a aucune information sur la façon dont les deux milieux ont été choisis.</p>

<p>Nagykaldi et autres, 2005 [64]</p>	<p>Revue de la littérature. Thèmes : non rapportés de façon exhaustive par les auteurs. Stratégie de recherche : banque de données Pubmed, OVID, AMED et EBM; publiées 1966-2004; langue anglaise; mots-clés <i>facilitator; primary care; family medicine; general practice; family physician; practice-based research; audit; prevention; quality improvement; practice enhancement; evidence based.</i></p>	<p>47 études incluses</p>	<p>Facilitation.</p>	<p>Sur 47 études, 25 ont mesuré l'effet des interventions sur la prestation de soins préventifs. L'utilisation de la facilitation augmenterait la prestation de services préventifs. Les auteurs ne mentionnent pas si les résultats sont significatifs ou non.</p>	<p>Non spécifiées.</p>	<p>Cette revue de la littérature n'est pas majoritairement axée sur l'efficacité de cette intervention, mais sur sa compréhension globale : origine de la stratégie, formation des facilitateurs, financement, rôles, etc. Les thèmes ne sont pas rapportés de façon exhaustive par les auteurs.</p>
<p>Stange et autres, 2001 [72]</p>	<p>Idem Goodwin et autres [62].</p>	<p>37 milieux de pratique de médecine familiale (seulement les milieux du groupe exposé dans l'étude de Goodwin avec un milieu en moins). Le nombre de cliniciens (médecins) n'est pas disponible. Le nombre de patients n'est pas disponible (âge et sexe selon les services préventifs). En tout 10 172 consultations.</p>	<p>Intervention et durée : idem Goodwin et autres [62]. Moments de l'observation : 18 mois et 24 mois après la mise en place de l'intervention. Mesure : idem Goodwin et autres [62].</p>	<p>Les augmentations significatives concernant la prestation globale de services préventifs et la prestation spécifique au counseling sur les habitudes de vie et au dépistage trouvées à 12 mois se maintiennent après 18 et 24 mois.</p>	<p>Absence de groupe de comparaison pour le suivi supplémentaire de 12 mois. Utilisation de milieux de pratique volontaires : il est possible que ces milieux étaient particulièrement prêts à augmenter de façon soutenue la prestation de services préventifs.</p>	<p>Le nombre de cliniciens n'est pas disponible. Cette étude porte sur la vérification du maintien des effets positifs de l'intervention évaluée par Goodwin et autres [62]. Intervention bien détaillée. Une des rares études à vérifier le maintien de l'effet positif de l'intervention.</p>

ANNEXE A SYSTÈMES DE BUREAU SUR MESURE - FACILITATION (SUITE)

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Wei et autres, 2005 [65]	Étude avant-après. Absence de groupe témoin. Absence de randomisation. Thème : dépistage du cancer colorectal. Lieu d'expérimentation : États-Unis.	76 milieux de pratique de médecine interne ou de pratique familiale. 127 cliniciens (médecins, infirmières praticiennes et assistants médicaux). Patients âgés de 50 à 80 ans (pour l'évaluation des dossiers: 551 patients de 35 cliniciens volontaires).	Facilitateur visitant les milieux de pratique et identifiant des aspects pour augmenter le dépistage, en plus de donner des ressources, des outils et du soutien pour faciliter le changement. Durée de l'intervention : 6 mois. Moments de l'observation : Pré-intervention : 1 ^{re} visite du facilitateur; post-intervention : 6 mois après la visite de planification. Dossiers médicaux : 12 mois après le début de l'intervention. Mesure : 5 comportements liés au dépistage rapportés par les cliniciens et selon l'évaluation des dossiers médicaux.	Augmentation statistiquement significative du nombre de patients à jour au regard des recommandations de dépistage du cancer colorectal en comparaison au niveau de base. Augmentation statistiquement significative pour 2 comportements liés au dépistage du cancer colorectal, soit l'éducation aux patients et le monitoring de la compliance des patients pour le test de sang occulte dans les selles.	Le fait que l'évaluation des dossiers médicaux soit volontaire (35 cliniciens sur 127) peut faire en sorte que les dossiers ne soient pas représentatifs de tous les cliniciens participants. Le dépistage du cancer colorectal comprend divers types de procédures avec des intervalles variés. Évaluer les changements au regard de ces tests peut requérir un suivi de plus longue durée. Évaluer la compliance des patients requiert de regarder de façon rétrospective l'histoire de chacun pour établir s'il est à jour plutôt que de comparer des proportions de manière transversale avant et après l'intervention.	Absence de groupe témoin. Les auteurs ne discutent pas du maintien des résultats positifs à plus long terme.
Yeazel et autres, 2002 [68]	Type de devis de recherche non spécifié. Groupe témoin. Absence de randomisation. Thèmes : évaluation de l'activité physique, de la nutrition, du statut tabagique, dépistage du cancer colorectal, du cancer du col de l'utérus, du cholestérol, examen clinique des seins, mammographie, counseling sur l'activité physique, la cessation tabagique et la nutrition. Lieu d'expérimentation : États-Unis.	4 programmes de résidence de médecine familiale (2 milieux exposés et 2 non exposés). Le nombre de cliniciens n'est pas disponible (médecins et leur équipe de travail). Patients âgés de 19 ans et plus; n = 1200 (300 dossiers médicaux par clinique).	PPIP : Combinaison d'outils pour répondre aux barrières ressenties par les milieux et possibilité pour ces derniers de les adapter à leurs besoins. Les cliniques du groupe témoin ont reçu des stratégies éducatives visant les médecins. Durée de l'intervention : 1 an. Moment de l'observation : 12 mois après la mise en place de l'intervention. Mesure : documentation des services préventifs selon les dossiers médicaux.	Absence de différence statistiquement significative entre les cliniques du groupe exposé et celles du groupe non exposé pour l'ensemble des thèmes évalués.	L'utilisation des dossiers peut ne pas refléter adéquatement le contenu des consultations pour certains services, particulièrement le counseling qui est typiquement sous-rapporté. Devis construit pour examiner différents types de résultats : cela entraîne une faible puissance statistique pour détecter une différence entre certaines variables. Puisqu'il n'y a pas eu d'évaluation de processus, les auteurs ne savent pas à quel degré les milieux ont implanté le système PPIP.	Les auteurs ne mentionnent pas le type de devis de recherche. Absence de randomisation. Le nombre et le type de cliniciens ne sont pas disponibles. Il n'y a pas de mesure pré-intervention. Le groupe témoin reçoit une forme d'intervention (stratégies éducatives).

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Dunn et autres, 2003 [82]	<p>Étude transversale.</p> <p>Absence de groupe témoin.</p> <p>Absence de randomisation.</p> <p>Thème : immunisation contre le pneumocoque.</p> <p>Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>241 résidences pour personnes âgées.</p> <p>Nombre et type de cliniciens non disponibles.</p> <p>Résidents de 65 ans et plus. Le nombre n'est pas spécifié.</p>	<p>Mesure incitative d'ordre législative obligeant les milieux à faire la preuve que l'immunisation a été proposée aux résidents.</p> <p>Durée de l'intervention : 1 an.</p> <p>Moment de l'observation : un an après la mise en vigueur de la politique.</p> <p>Mesure : immunisation contre le pneumocoque rapportée (les auteurs ne spécifient pas par qui est complété le questionnaire, soit les administrateurs des résidences ou les cliniciens)</p>	<p>Dans l'ensemble, l'immunisation contre le pneumocoque a augmenté de façon significative.</p>	<p>Les données sont basées sur des mesures auto-rapportées : l'immunisation rapportée peut ne pas être adéquate.</p> <p>Les établissements ayant retourné le questionnaire peuvent ne pas être représentatifs de l'ensemble des résidences.</p>	<p>Absence de groupe témoin.</p> <p>Auteurs ont aussi tenté de déterminer les facteurs associés à une immunisation élevée.</p> <p>La mesure pré et post-intervention est prise dans un seul questionnaire (présence de questions portant sur les services offerts avant la mise en place de la politique).</p> <p>Peu d'information sur l'intervention (la loi).</p> <p>Le nombre et le type de cliniciens ne sont pas disponibles.</p> <p>Le nombre de patients n'est pas disponible.</p> <p>Le questionnaire est posté aux administrateurs des résidences. Les auteurs ne disent pas par qui est complété le questionnaire.</p>

ANNEXE A

INCITATIFS D'ORDRES FINANCIER ET LÉGISLATIF (SUITE)

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Giuffrida et autres, 2000 [78]	<p>Revue de la littérature.</p> <p>Thèmes : immunisation contre l'influenza pour les 65 ans et plus, immunisation primaire pour les enfants de 2 ans et préscolaire pour ceux de 5 ans.</p> <p>Stratégie de recherche : MEDLINE, banques de données EPOC, Cochrane Controlled Trials Register, BIDS EMBASE, BIDS ISI, EconLit, Health Star, Helmis; de la date de création des banques jusqu'en 1997; langue non spécifiée; mots-clés (l'astérisque permet de rechercher les extensions du mot) <i>target*</i>; <i>reimburse*</i>; <i>payment</i>; <i>remunerat*</i>; <i>incentive*</i>; <i>financial</i>; <i>general practitioner*</i>; <i>family physician*</i>; <i>family practic*</i>; <i>general practice</i>; <i>gp</i>; <i>primary care</i>; <i>primary health care</i>; <i>primary care physician</i>; <i>reimbursement mechanisms</i>; <i>reimbursement</i>, <i>incentive</i>; <i>fees and charges</i>; <i>fees</i>, <i>medical</i>; <i>income</i>; <i>capitation fee</i>; <i>physician incentive plans</i>; <i>private practice</i>; <i>prospective payment system*</i>; <i>economics</i>; <i>salaries and fringe benefits</i>; <i>physician practice patterns</i>.</p>	2 études incluses.	Incitatifs d'ordre financier (paiements ciblés).	L'utilisation de paiements ciblés est associée à une augmentation significative de l'immunisation dans une des 2 études, soit celle visant à augmenter l'immunisation contre l'influenza chez les personnes âgées.	<p>Faible puissance des études.</p> <p>La nature de l'intervention limite la possibilité d'utiliser des devis expérimentaux.</p> <p>La généralisation des résultats est limitée en raison de différences entre les participants et le reste de la population.</p> <p>Il est possible que les effets observés soient le résultat d'autres facteurs que l'intervention elle-même.</p>	<p>Nombre retreint d'études incluses.</p> <p>Pour la stratégie de recherche, la langue n'est pas spécifiée.</p>

<p>Kane et autres, 2004 [83]</p>	<p>Revue de la littérature. Thèmes : non spécifiés de façon exhaustive par les auteurs. Stratégie de recherche : banques de données MEDLINE, EconLit, Business Source Premier, PsychInfo; Cochrane collaboration database; 1966-2002; langue anglaise; mots-clés (l'astérisque permet de rechercher les extensions du mot) <i>incent*</i>; <i>health</i>.</p>	<p>56 études (9 dont les incitatifs financiers visent les cliniciens et 47 dont les incitatifs visent les patients).</p>	<p>Incitatifs financiers visant les cliniciens (paiement direct ou prime liée à la performance) et les patients (comprend paiement direct, cadeaux, loteries, coupons pour des biens et des services médicaux ou non médicaux à prix réduits ou gratuits, opportunité d'éviter des sanctions).</p>	<p>Pour les incitatifs visant les cliniciens, les résultats sont variés : 4 études ont trouvé des effets positifs, alors que 5 études n'ont pas trouvé d'effet. Pour les incitatifs visant les patients, les résultats démontrent que les incitatifs sous forme de récompenses pour participer ou pour atteindre des objectifs induisent généralement des changements de comportement. En ce qui a trait aux études portant sur le renforcement négatif (sanctions), à court terme, ce type d'incitatif entraînerait un effet positif, mais les changements ne se maintiendraient pas à long terme.</p>	<p>Toutes les études ne rapportent pas la grandeur de l'effet ou ne donnent pas les informations nécessaires permettant de construire le risque relatif.</p>	<p>Les thèmes ne sont pas mentionnés de façon exhaustive. La signification statistique des résultats n'est pas toujours disponible. Les auteurs ont exclu les études évaluant une intervention dont l'incitatif financier n'était qu'une composante.</p>
<p>Town et autres, 2005 [77]</p>	<p>Revue de la littérature. Thèmes : immunisations et dépistages (les auteurs ne mentionnent pas les thèmes de façon exhaustive). Stratégie de recherche : banques de données EconLit, Business Source Premier, PsychInfo, MEDLINE, Cochrane collaboration database; 1966-2002; langue anglaise; mots-clés <i>incent\$</i>; <i>health</i>; <i>reimbursement</i>; <i>incentive</i>; <i>capitation fee</i>; <i>physician incentive plans</i>; <i>physicians practice patterns</i>; <i>income</i>; <i>reimbursement mechanisms</i>; <i>preventive health services</i>; <i>preventive medicine</i>; <i>primary prevention</i>; <i>health prevention</i>; <i>health behavior</i>; <i>patient compliance</i> et <i>prenatal care</i>.</p>	<p>6 études incluses.</p>	<p>Incitatifs d'ordre financier (montant du paiement à l'acte augmenté et prime liée à la performance).</p>	<p>5 études sur 6 n'ont trouvé aucune relation significative entre les incitatifs financiers et le comportement des cliniciens. Une seule étude a noté que d'utiliser le paiement à l'acte pour donner l'immunisation modifiait de façon significative le comportement des médecins au regard de cet acte.</p>	<p>Cette recension des écrits n'évalue pas directement l'impact des HMO.</p>	<p>Les thèmes ne sont pas mentionnés de façon exhaustive.</p>

ANNEXE A INCITATIFS D'ORDRES FINANCIER ET LÉGISLATIF (SUITE)

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Zimmerman et autres, 2006 [84]	<p>Étude avant-après.</p> <p>Absence de groupe témoin.</p> <p>Absence de randomisation.</p> <p>Thèmes : immunisation contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, contre la polio et contre la rougeole, la rubéole et les oreillons.</p> <p>Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>Le nombre de milieux de pratique n'est pas disponible (centres de soins généraux).</p> <p>164 médecins :</p> <p>89 médecins de l'état du Minnesota (71 % ont participé; 11 % n'ont pas participé et 17 % ne savent pas s'ils ont participé) et 75 médecins de l'état de Pennsylvanie (76 % ont participé; 19 % n'ont pas participé et 5 % ne savent pas s'ils ont participé).</p> <p>Le nombre de patients n'est pas disponible (enfants âgés de 5 ans et moins).</p>	<p>Programme de vaccins gratuits pour les enfants selon leur assurance santé.</p> <p>Durée de l'intervention : 10 ans.</p> <p>Moment de l'observation : mesure pré-intervention : 1991 ou 1993 selon les participants; mesure post-intervention : 2003.</p> <p>Mesure : probabilité de référence des enfants vers des cliniques de santé publique rapportée par les médecins.</p>	<p>La probabilité de référer un enfant assuré avec Medicaid ou sans assurance vers les cliniques de santé publique a diminué de façon significative entre la mesure pré et post intervention pour les médecins ayant participé au programme.</p>	<p>Le taux de réponse est faible et il n'est pas possible de connaître dans quelle mesure, s'il y a lieu, les répondants diffèrent.</p> <p>Généralisation des résultats limitée pour d'autres états.</p> <p>Plusieurs politiques et programmes ont eu lieu durant la période d'étude : la capacité d'attribuer les changements à l'intervention est limitée.</p>	<p>Absence de groupe témoin.</p> <p>Le programme vise la diminution de la référence par les médecins des enfants assurés avec Medicaid ou sans assurance vers une clinique publique de vaccination.</p> <p>Le nombre de milieux de pratique n'est pas disponible.</p> <p>Le nombre de patients n'est pas disponible.</p> <p>Très peu d'information sur l'intervention (le programme).</p> <p>Manque d'information sur la façon de procéder : ceux qui n'ont pas participé au programme l'ont-ils fait par choix?</p> <p>La mesure est la probabilité sur une échelle de 0 à 10 de référer un enfant au département de santé pour recevoir une immunisation (évaluée à l'aide d'un questionnaire).</p> <p>Mesure à long terme : évaluation du programme après 10 ans.</p>

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Jacobson et Szilagyi, 2005 [89]	<p>Méta-analyse.</p> <p>Thèmes : immunisation contre l'influenza, le pneumocoque, le tétanos, l'hépatite B et immunisation de routine chez les enfants d'âge préscolaire.</p> <p>Stratégie de recherche : banques de données EPOC, Medline, EMBASE, PsychINFO, Sociological Abstracts, CAB Abstracts; la recherche est réalisée à partir de l'année d'ouverture de chacune des banques; langue anglaise; mots-clés (l'astérisque permet de rechercher les extensions du mot) remind*; track*; autodial*; postcard*; mail*; recall*; telephone*; registry; registries; reminder systems; appointments & schedules; appointment*; information systems; computers; immunization; immuniz*; immunization programs; vaccination; vaccin*; innoculat*; prevention health services; diphtheria; tetanus; whooping cough; poliomyelitis; polioviruses; haemophilus; influenza; measles; mumps; rubella; hepatitis b; pneumococcal infections; vaccines; tetanus toxoid; diphtheria toxoid.</p>	43 études incluses.	Système de rappel visant le patient (carte postale, lettre, appel téléphonique réalisé par une personne, message téléphonique préenregistré).	<p>De façon générale, les systèmes de rappel visant les patients sont efficaces pour accroître l'immunisation de routine chez l'enfant, l'immunisation contre l'influenza chez l'enfant et chez l'adulte ainsi que l'immunisation contre le pneumocoque, le tétanos et l'hépatite B chez l'adulte.</p> <p>Tous les types de rappels (carte postale, lettre, téléphone réalisé par une personne ou message préenregistré) sont efficaces. L'utilisation de plusieurs systèmes de rappel visant le patient et l'appel téléphonique réalisé par une personne sont les plus efficaces, bien que plus coûteux.</p> <p>En ce qui a trait aux rappels postaux, une lettre serait davantage efficace qu'une carte postale.</p>	<p>La revue de la littérature est limitée aux publications de langue anglaise.</p> <p>Biais de publication : il est possible que les études ayant obtenu des résultats négatifs ou neutres ne soient pas publiées et que l'impact de cette stratégie soit moins grand que celui noté dans la présente recension des écrits.</p> <p>Les études ont été regroupées selon le type de rappel ou la population visée. Il est possible que les différences observées entre les groupes soient le résultat d'autres facteurs que l'intervention.</p> <p>Les études avec des erreurs potentielles d'unité d'analyse n'ont pas été incluses dans la méta-analyse : cela peut diminuer la force des mesures de l'effet.</p>	<p>Au regard de la stratégie de recherche, l'information concernant la période de publication couverte n'est pas claire.</p> <p>Cinq des études incluses réfèrent à un système de rappel visant à la fois le patient et le clinicien. Les auteurs rapportent que l'efficacité de cette combinaison excède celle des systèmes de rappel visant uniquement les patients.</p> <p>Les auteurs rapportent que les coûts associés aux systèmes de rappel visant les patients varient largement dans les études analysées étant donné la diversité des méthodes de calcul utilisées et des aspects inclus dans les coûts. Aucun montant n'est donc rapporté.</p>

ANNEXE A INTERVENTIONS VISANT LE PATIENT (SUITE)

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Szilagyi et autres, 2000 [88]	<p>Méta-analyse.</p> <p>Thèmes : immunisation de routine chez les enfants, immunisation contre l'influenza chez les enfants à hauts risque, immunisation contre le pneumocoque, le tétanos et l'influenza chez l'adulte.</p> <p>Stratégie de recherche : banques de données Medline, EMBASE, PsychINFO, Sociological Abstracts, CAB Abstracts; la recherche est réalisée à partir de l'année d'ouverture de chacune des banques jusqu'en 1998; langue anglaise; mots-clés (l'astérisque permet de rechercher les extensions du mot) <i>remind*</i>; <i>track*</i>; <i>autodial*</i>; <i>postcard*</i>; <i>mail*</i>; <i>recall*</i>; <i>telephone*</i>; <i>registry*</i>; <i>registries</i>; <i>reminder systems</i>; <i>appointments & schedules</i>; <i>appointment*</i>; <i>information systems</i>; <i>computers</i>; <i>immunization</i>; <i>immuniz*</i>; <i>immunization programs</i>; <i>vaccination</i>; <i>vaccin*</i>; <i>innoculat*</i>; <i>prevention health services</i>; <i>diphtheria</i>; <i>tetanus</i>; <i>whooping cough</i>; <i>poliomyelitis</i>; <i>polioviruses</i>; <i>haemophilus</i>; <i>influenza</i>; <i>measles</i>; <i>mumps</i>; <i>rubella</i>; <i>hepatitis b</i>; <i>pneumococcal infections</i>; <i>vaccines</i>; <i>tetanus toxoid</i>; <i>diphtheria toxoid</i>.</p>	41 études incluses.	Système de rappel visant le patient (carte postale, lettre, appel téléphonique réalisé par une personne, message téléphonique préenregistré).	<p>Les systèmes de rappel visant les patients sont efficaces tant pour les enfants que les adultes et tant pour les vaccinations recommandées universellement telles que les immunisations de routine chez l'enfant, que pour les vaccinations ciblées, comme l'immunisation contre l'influenza.</p> <p>Tous les types de systèmes de rappel ont été trouvés comme étant efficaces; cependant, ce sont les rappels téléphoniques qui sont les plus efficaces, quoique plus coûteux. Dans le même sens, l'utilisation de plusieurs systèmes de rappel serait plus coûteuse, mais davantage efficace que d'utiliser un seul rappel.</p> <p>Bien que les systèmes de rappel soient davantage efficaces dans les centres médicaux où il se fait de l'enseignement, ils sont efficaces également dans les autres types de milieux de pratique (cabinets privés et cliniques avec département de santé publique).</p>	<p>Recension limitée aux études de langue anglaise.</p> <p>Il est possible que certaines des études exclues parce qu'elles ne rencontraient pas les critères rigoureux établis par Cochrane aient obtenu des résultats différents et que l'impact de cette stratégie soit différent lorsque ces critères d'inclusion rigoureux ne sont pas appliqués.</p> <p>Biais de publication : possible que les études ayant obtenu des résultats négatifs ne soient pas publiées et que l'efficacité de la stratégie soit plus faible que celle obtenue dans cette revue de la littérature.</p>	<p>6 études incluses ont évalué l'effet d'un système de rappel visant le patient combiné à un système de rappel visant le clinicien. Les auteurs rapportent que l'efficacité de cette combinaison est similaire ou légèrement plus grande que les systèmes de rappel visant uniquement les patients.</p> <p>Cette revue de la littérature est une version antérieure de la revue de Jacobson et autres [89]. En 2005, 6 nouveaux articles sont inclus alors que 4 articles relevés par Szilagyi et autres en 2000 ont été exclus en 2005.</p>

<p>Szilagyi et autres, 2002 [91]</p>	<p>Type de devis de recherche non spécifié. Absence de groupe témoin. Absence de randomisation. Thèmes : immunisation contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche, contre la polio, contre la rougeole, la rubéole et les oreillons et contre l'<i>haemophilus influenza</i> type b. Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>8 milieux de pratique en 1995 puis l'intervention s'est étendue à 10 milieux en 1999. Le nombre et le type de cliniciens ne sont pas disponibles. 3 cohortes (1993, 1996 et 1999) d'enfants âgés de 0 à 2 ans. Nombre d'enfants ayant reçu l'intervention : 1996 n = 4100; 1999 n = 6300. Sous-échantillon de dossiers pour l'évaluation n = 1700 par période de temps. Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p>Intervenant assigné à chaque milieu de pratique pour suivre l'immunisation des enfants et donner une intervention d'intensité différente selon le degré de retard de l'immunisation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Repérage du statut d'immunisation (tous les enfants). 2) Rappel téléphonique ou postal (les trois quarts des enfants). 3) Assistance dans la prise de rendez-vous ou pour un moyen de transport (pour quelques enfants). 4) Visites à domicile pour les enfants les plus en retard face à l'immunisation ou ayant des barrières complexes (5 % des enfants). <p>Durée de l'intervention : 6 ans (de 1994 à 1999). Moments de l'observation : 3 périodes : avant l'implantation du système (1993); durant les premières phases d'implantation du système (1996); après l'implantation du système (1999). Mesure : immunisation à 12 et 24 mois selon les dossiers médicaux.</p>	<p>L'intervention augmente l'immunisation chez les enfants du quartier défavorisé. L'intervention est associée à une réduction des disparités entre les enfants du quartier défavorisé et ceux de la banlieue de même qu'entre les minorités ethniques. L'absence de différence significative pour l'immunisation en 1999 comparée à celle de 1993 et de 1996 permet de constater que l'intervention est efficace car l'objectif était d'éliminer cette différence.</p>	<p>Validité externe : généralisation des résultats limitée pour d'autres régions et à d'autres milieux de pratique. Validité interne : il est possible que les enfants non inclus dans l'évaluation aient des taux différents d'immunisation. Les enfants qui n'ont jamais été vus en milieu de pratique de soins généraux ne sont pas inclus. Certaines immunisations reçues dans des milieux de pratique non participants peuvent avoir été manquées par l'évaluation des dossiers. Il est possible que la réduction des disparités et l'immunisation plus élevée ne soit pas le résultat de l'intervention, mais plutôt d'une tendance présente dans le quartier défavorisé visé.</p>	<p>Les auteurs ne spécifient pas le type de devis de recherche. Absence de groupe témoin. L'étude visait l'absence de différence significative entre les deux groupes (élimination de la disparité entre les enfants du quartier défavorisé et de la banlieue de Rochester et entre les minorités ethniques). Les auteurs ne distinguent pas entre système de rappel téléphonique ou postal : il peut y avoir eu un effet différent selon le type de rappel. Le nombre de cliniciens n'est pas disponible.</p>
<p>Szilagyi et autres, 2006 [92]</p>	<p>Essai clinique randomisé. Groupe témoin. Randomisation des patients. Évaluation en simple aveugle (l'évaluateur). Les cliniciens ne savent pas dans quels groupes sont les patients. Thèmes : immunisation contre la diphtérie et le tétanos et contre l'hépatite B, examen de routine chez l'adolescent. Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>4 milieux de pratique de soins généraux. Le nombre et le type de cliniciens ne sont pas disponibles. Adolescents âgés de 11 à 14 ans (groupe exposé n = 1496; groupe témoin n = 1510).</p>	<p>Système de rappel visant les patients. Groupe exposé : les patients reçoivent un message téléphonique de rappel préenregistré. Groupe témoin : soins de santé habituels. Durée de l'intervention : 18 mois. Moment de l'observation : 18 mois après la mise en place de l'intervention. Mesures : immunisation et visites préventives selon les dossiers médicaux.</p>	<p>Suite à l'intervention, le groupe exposé démontre une immunisation pour l'hépatite B significativement plus élevée en comparaison au groupe témoin. Aucune différence significative n'est notée entre les groupes concernant l'immunisation contre la diphtérie et le tétanos ainsi que les visites préventives.</p>	<p>L'étude a été réalisée auprès de milieux de pratique en région métropolitaine : cela peut limiter la généralisation des résultats à d'autres milieux de pratique. Certains adolescents peuvent avoir reçu l'immunisation ailleurs. Plusieurs numéros de téléphone n'étaient pas à jour.</p>	<p>Absence de mesure pré-intervention. Le nombre et le type de cliniciens ne sont pas disponibles.</p>

ANNEXE A INTERVENTIONS VISANT LE PATIENT (SUITE)

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Taplin et autres, 2000 [90]	Étude prospective randomisée. Absence de groupe témoin. Randomisation des patients. Thème : mammographie. Lieu d'expérimentation : États-Unis.	Un HMO. Le nombre et le type de cliniciens ne sont pas disponibles. 1765 patientes âgées de 50 à 79 ans (groupe rappel postal n = 590; groupe rappel téléphonique n = 585; groupe appels téléphoniques motivationnels n = 590).	Une recommandation postale est envoyée à 3743 femmes. Celles qui n'ont pas pris de rendez-vous pour la mammographie dans les deux mois suivant cette lettre sont randomisées en 3 groupes expérimentaux : 1) Rappel postal. 2) Rappel téléphonique. 3) Appels téléphoniques motivationnels. Durée de l'intervention : non spécifiée. Moment de l'observation : un an après la recommandation postale. Mesure : mammographie documentée (moyen d'évaluation non spécifié).	Les femmes qui reçoivent un rappel téléphonique ou un appel téléphonique motivationnel ont eu significativement plus de mammographies que les femmes ayant reçu le rappel postal. Il n'y a pas de différence significative entre le rappel téléphonique et l'appel téléphonique motivationnel.	L'intervention est réalisée dans un HMO : cela limite la généralisation des résultats (les femmes participant au HMO peuvent différer des autres femmes).	Absence de groupe témoin. Le nombre et le type de cliniciens ne sont pas disponibles. Durée de l'intervention non spécifiée. Moyen d'évaluation non spécifié. Les femmes peuvent à la suite de l'intervention prendre directement un rendez-vous pour passer une mammographie. Les auteurs ont évalué l'influence d'autres variables sur l'utilisation de la mammographie (le fait d'avoir déjà eu une mammographie, le revenu, l'éducation et l'origine ethnique).
Vivier et autres, 2000 [93]	Essai clinique randomisé. Groupe témoin. Randomisation des patients. Thème : immunisation complète chez l'enfant. Lieu d'expérimentation : États-Unis.	Cliniques de soins généraux de pédiatrie en milieu hospitalier (le nombre de milieux de pratique n'est pas disponible). Le nombre et le type de cliniciens ne sont pas disponibles. 264 enfants âgés de moins de 6 ans défavorisés et qui ne sont pas à jour pour l'immunisation : groupe témoin n = 71; groupe système de rappel téléphonique n = 60; groupe rappel postal n = 63; groupe rappel postal et téléphonique n = 70.	Système de rappel visant les patients. 4 situations expérimentales : 1) Groupe témoin (aucune intervention). 2) Rappel téléphonique. 3) Rappel postal. 4) Rappel postal et téléphonique : lettre de rappel suivie d'un rappel téléphonique s'il n'y a pas eu de prise de rendez-vous une semaine après l'envoi du rappel postal. Durée de l'intervention : non spécifiée. Moment de l'observation : 10 semaines après la mise en place de l'intervention. Mesures : prise de rendez-vous; consultation; immunisation reçue et immunisation à jour selon les dossiers médicaux.	Pour les quatre mesures évaluées, il y a une différence significative lorsque les trois groupes qui ont reçu une intervention sont combinés et comparés au groupe témoin. Il n'y a pas de différence significative entre chacun des trois groupes qui ont reçu une intervention pour les quatre mesures évaluées.	Certains numéros de téléphone et adresses n'étaient pas à jour, ce qui peut limiter l'effet de l'intervention.	Le nombre de cliniques n'est pas disponible. Le nombre et le type de cliniciens ne sont pas disponibles. Absence de mesure pré-intervention. Durée de l'intervention non spécifiée.

<p>Yabroff et autres, 2001 [87]</p>	<p>Méta-analyse. Thème : mammographie. Stratégie de recherche : banques de données Medline; 1980-2001; langue anglaise; mots-clés <i>health behavior; patient compliance; patient acceptance of health care; attitude to health; health education; health promotion; mammogram; mammography.</i></p>	<p>66 études incluses.</p>	<p>Interventions ciblant des patientes réalisées à l'intérieur du milieu de pratique ou dans la communauté:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Comportementales (système de rappel). 2) Cognitives (lettre, brochure, vidéo-cassette, counseling téléphonique). 3) Sociologiques (éducateur pour la santé; counseling par les pairs). 4) Combinées. 	<p>Les interventions <u>comportementales</u> avec de multiples stratégies (par exemple plus d'un système de rappel), les interventions <u>cognitives</u> données de façon interactive au téléphone ou en personne, les interventions <u>sociologiques</u> et les interventions qui <u>combinent</u> les stratégies comportementales et cognitives sont efficaces pour améliorer l'utilisation de la mammographie. Ces interventions sont efficaces tant lorsqu'elles sont réalisées à l'intérieur du milieu de pratique que dans la communauté. Les interventions cognitives générales ou données de façon passive (lettre, dépliant ou vidéocassette) ne seraient pas efficaces pour améliorer l'utilisation de la mammographie par les femmes.</p>	<p>Les auteurs se questionnent sur la validité des études incluses. Une étude peut inclure et évaluer de multiples interventions, mais en les comparant à un seul groupe témoin. Cela peut faire en sorte d'inclure les femmes du groupe témoin plus d'une fois dans l'analyse quantitative. Les études comportent de multiples mesures pour évaluer l'utilisation de la mammographie et il y a des disparités dans les unités d'analyses utilisées. Biais de publication : il est possible que les études avec des résultats négatifs ne soient pas publiées : cela peut surestimer l'efficacité de la stratégie trouvée dans la revue de la littérature.</p>	<p>Par souci de généralisation des résultats, les études réalisées à l'extérieur des États-Unis ont été exclues de la recension des écrits par les auteurs.</p>
--------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANNEXE A INTERVENTIONS MULTIFACETTES

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Bernstein et autres, 2000 [99]	Étude avant-après. Absence de groupe témoin. Absence de randomisation. Thème : soins liés à la préconception. Lieu d'expérimentation : États-Unis.	Une clinique gynécologique externe d'un quartier défavorisé. 35 cliniciens (résidents, gynécologues, infirmières praticiennes et infirmières sages-femmes). Patientes non enceintes et en âge de procréer : mesure pré-intervention n = 100; mesure post-intervention n = 100. Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patientes.	Intervention multifacette. Formation d'une heure et fiche de rappel standardisée insérée dans tous les dossiers. Durée de l'intervention : 8 semaines. Moments de l'observation : avant l'intervention et 8 semaines après la mise en place de l'intervention. Mesure : documentation de la prestation de soins liés à la préconception selon l'évaluation des dossiers médicaux.	Augmentation statistiquement significative de la documentation des soins liés à la préconception suite à l'intervention pour 9 services sur 10 : prise de médication prescrite, médicaments en vente libre, violence conjugale, nutrition, suppléments alimentaires, histoire médicale, histoire reproductive, histoire de consommation concernant l'alcool, la drogue et le tabac et counseling au sujet de la planification des naissances. Il n'y a pas de changement significatif pour le dépistage des maladies infectieuses.	Biais de documentation possible : ce qui est documenté peut ne pas refléter adéquatement le déroulement des consultations.	Absence de groupe témoin. Un seul milieu de pratique. Les auteurs ont aussi mesuré les connaissances et les attitudes des cliniciens au regard des soins prénatals. Période d'intervention courte (8 semaines). Les auteurs ne discutent pas du maintien des résultats positifs à plus long terme.
Bonds et autres, 2006 [126]	Étude avant-après. Absence de groupe témoin. Absence de randomisation. Thème : dépistage de la violence conjugale. Lieu d'expérimentation : États-Unis.	15 milieux de soins généraux (médecine interne, médecine familiale et obstétrique/gynécologie). Le nombre de cliniciens (médecins, infirmières praticiennes, infirmières sages-femmes, assistants médicaux) n'est pas disponible. Patientes âgées de plus de 18 ans. Mesure pré-intervention n = 1482. Mesure post-intervention n = 1527. Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patientes.	Intervention multifacette. Projet <i>Providers Asking About Violence</i> (PAAVE): nomination et formation de 2 personnes-ressources dans le milieu; formation des cliniciens et du personnel; outils de dépistage; matériel éducatif pour les patientes; audit et <i>feedback</i> ; visites éducatives; soutien par bulletins d'information, site Internet et appels téléphoniques. Durée de l'intervention : 18 mois. Moments de l'observation : avant l'implantation du projet; 2 ans après l'implantation. Mesure : dépistage réalisé par le médecin dans les 12 derniers mois et rapporté par les patientes.	À la suite de l'intervention, une augmentation significative de la proportion des femmes rapportant avoir été dépistées pour la violence conjugale est observée en comparaison à la mesure pré-intervention.	Absence de groupe témoin et cliniques non randomisées : peut faire en sorte que des facteurs extérieurs aient influencé les résultats. La compensation financière de 1500 \$US destinée aux milieux de pratique pour participer à la recherche peut avoir augmenté le dépistage réalisé par les cliniciens. Taille restreinte de l'échantillon de milieux de pratique.	Le nombre de cliniciens n'est pas disponible. La durée de l'intervention et le moment de l'observation ne sont pas clairs.

Campbell et autres, 2006 [111]

Étude avant-après.
Groupe témoin.
Randomisation.
Thèmes : évaluation du statut tabagique et counseling anti-tabagique.
Lieu d'expérimentation : Australie.

22 cliniques de soins prénatals situées dans des hôpitaux publics (groupe exposé n = 11 milieux; groupe témoin n = 11 milieux).
Le nombre de cliniciens (médecins et infirmières sages-femmes) n'est pas disponible.
Patientes enceintes âgées de 16 ans et plus. Mesure pré-intervention n = 5849 (groupe exposé n = 3475; groupe témoin n = 2347).
Mesure post-intervention n = 5145 (groupe exposé n = 2843; groupe témoin n = 2302).
Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.

Intervention multifacette.
Compare 2 méthodes de dissémination d'un programme :
1) Dissémination simple (considérée comme étant le groupe témoin) : les cliniques reçoivent les composantes du programme par la poste.
2) Dissémination intensive : les cliniques reçoivent les composantes du programme par la poste en plus de *feedback*, de formation en face à face par une facilitatrice en obstétrique et de soutien continu durant la période d'intervention de la part de cette personne.
Durée de l'intervention : 18 mois.
Moments de l'observation : avant la mise en place de l'intervention et 18 mois après la mise en place de l'intervention.
Mesures : évaluation du statut tabagique réalisé par les cliniciens et rapporté par les patients; proportion de femmes identifiées comme étant fumeuses et rapportant un counseling anti-tabagique fait par le clinicien et proportion de femmes ayant rapporté avoir cessé de fumer (questionnaire et monoxyde de carbone expiré).

Absence de différence significative entre les groupes concernant chacune des mesures.

Données rapportées par les patientes : cette méthode peut entraîner une surestimation du comportement des cliniciens.

Le groupe témoin reçoit une forme d'intervention (dissémination du programme par la poste).
Le nombre de cliniciens n'est pas disponible.

ANNEXE A INTERVENTIONS MULTIFACETTES (SUITE)

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Coleman et autres, 2003 [112]	<p>Étude avant-après.</p> <p>Groupe témoin.</p> <p>Absence de randomisation.</p> <p>Thèmes : examen clinique des seins et mammographie.</p> <p>Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>27 comtés de l'état de l'Arkansas (groupe exposé n = 13 comtés; groupe non exposé n = 14 comtés).</p> <p>224 cliniciens (médecins, infirmières et technologues).</p> <p>Groupe exposé n = 150. Groupe témoin n = 74.</p> <p>Patientes avec faible revenu, afro-américaines ou âgées de 65 ans et plus. Mesure pré-intervention n = 5834. Mesure post-intervention n = 3411. Les nombres correspondent aux femmes ayant reçu la mammographie. Le nombre de femmes dans le groupe exposé et le groupe témoin n'est pas disponible. Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patientes.</p>	<p>Intervention multifacette.</p> <p>Visites standardisées réalisées par des patientes entraînées par les chercheurs pour observer les performances du clinicien et donner un <i>feedback</i> direct; bulletins d'information, outils (affiches - visant à la fois le clinicien et la patiente - et cartes de rappel pour le portefeuille); matériel éducatif pour les patientes.</p> <p>Durée de l'intervention : 1 an.</p> <p>Moments de l'observation : avant l'intervention et un an après la mise en place de l'intervention.</p> <p>Mesures : nombre de références pour la mammographie rapportées par les médecins et nombre de femmes ayant obtenu une mammographie selon un registre des mammographies.</p>	<p>Dans l'ensemble, il y a une augmentation statistiquement significative pour l'examen clinique des seins dans le groupe exposé à la suite de l'intervention.</p> <p>Cependant, il n'y a pas de différence significative pour l'examen clinique des seins et la mammographie entre le groupe exposé et le groupe témoin après l'intervention.</p> <p>Les infirmières font significativement plus d'exams cliniques des seins que les médecins après l'intervention (mais les auteurs ne spécifient pas si ces résultats sont pour le groupe exposé ou pour l'ensemble des cliniciens).</p>	<p>Durant l'étude, l'état a reçu du financement pour un programme de dépistage du cancer du sein visant toutes des femmes. L'utilisation de patientes entraînées pour enseigner aux cliniciens comment réaliser le dépistage dans les cliniques de d'autres comtés que ceux du groupe intervention a probablement eu un effet sur les résultats.</p> <p>Le nombre de femmes éligibles au dépistage durant l'étude n'est pas disponible.</p> <p>Le registre des mammographies ne différencie pas entre les mammographies de dépistage et diagnostiques.</p>	<p>Absence de randomisation.</p> <p>Les auteurs ont aussi mesuré les connaissances, les attitudes et les habiletés des cliniciens au regard du dépistage du cancer du sein.</p> <p>Le nombre exact de cliniques médicales n'est pas disponible.</p> <p>Absence d'information sur la procédure pour le groupe non exposé.</p> <p>Absence de résultats détaillés pour l'examen clinique des seins (seulement des figures).</p> <p>Les auteurs discutent de façon très positive des résultats alors qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes.</p> <p>Le nombre de femmes éligibles n'est pas disponible.</p>

<p>Crotty et autres, 2004 [104]</p>	<p>Essai clinique randomisé. Groupe témoin. Randomisation. Évaluation en simple aveugle (l'évaluateur). Thèmes : réduction des chutes et prévention des ACV. Lieu d'expérimentation : Australie.</p>	<p>20 résidences pour personnes âgées (groupe exposé n = 10 milieux; groupe témoin n = 10 milieux). 452 membres du personnel de ces établissements impliqués et 98 médecins (groupe intervention n = 61; groupe témoin n = 37). Patients résidents, n = 715. Groupe exposé n = 381; groupe témoin n = 334. Les mesures sont réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p>Intervention multifacette. Projet <i>Strokes And Falls In Residential Care Evaluation</i> (SAFIRE): audit de dossiers fait par une infirmière suivi de 2 visites éducatives de 30 minutes comprenant du <i>feedback</i> et de l'éducation réalisées par un pharmacien; 2 infirmières de liaison nommées par milieu et formées; visite d'un pharmacien pour discuter avec le personnel de la réduction de l'utilisation de la médication anti-psychotrope. Durée de l'intervention : 7 mois. Moments de l'observation : avant l'intervention et 7 mois après la mise en place de l'intervention. Mesures : pourcentage de patients à risque de faire une chute qui ont fait une chute dans les trois mois précédent le suivi et changement dans l'utilisation de la médication psychotrope selon l'audit des dossiers.</p>	<p>Absence de différence significative entre le groupe exposé et le groupe témoin pour les chutes dans les trois mois précédant le suivi. Absence de changement significatif dans l'utilisation de médication psychotrope, à l'exception d'une mesure: plus grande utilisation significative de médication psychotrope lorsque requise dans le groupe intervention en comparaison au groupe témoin après l'intervention.</p>	<p>Durée de l'intervention courte limitant l'implication des établissements et les changements potentiels. Les établissements du groupe intervention et du groupe témoin ont eu de l'audit de dossiers avant et après l'intervention ce qui peut avoir eu un impact sur la façon de rapporter et d'enregistrer les pratiques dans les 2 groupes, affectant la documentation des chutes. L'augmentation des chutes dans les deux situations expérimentales reflète probablement une augmentation de la sensibilisation et de la documentation des chutes. Taux d'attrition élevé : 23 % des résidents ont déménagé ou sont décédés durant la période d'étude. Difficulté à diffuser le message dans les établissements en raison d'une rotation élevée du personnel. Médecins participants donnaient des soins à 59 % des résidents dont les dossiers ont été évalués : cela peut avoir dilué l'effet global de l'intervention.</p>	<p>Absence d'information sur la procédure pour le groupe non exposé. Les auteurs réfèrent à la figure 1 pour une description visuelle du devis de recherche, mais cette figure n'apparaît pas dans l'article. Les auteurs soulignent les barrières associées à l'implantation du programme.</p>
<p>Daley et autres, 2004 [113]</p>	<p>Étude comprenant 2 phases: Pour la phase 1 (processus d'amélioration de la qualité des soins) : Étude avant-après; absence de groupe témoin; absence de randomisation. Pour la phase 2 (Système de rappel visant les patients) : Essai clinique randomisé; groupe témoin; randomisation; les cliniciens ne savent pas dans quels groupes sont les patients. Thèmes : immunisation complète à 7, 12 et 19 mois. Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>1 clinique pédiatrique dans un hôpital d'enseignement situé dans un quartier défavorisé. Le nombre de cliniciens n'est pas disponible. Manque d'information sur les patients pour la phase « processus d'amélioration de la qualité des soins ». Pour la phase « système de rappel » n = 420 enfants (groupe exposé n = 205; groupe témoin n = 215). Les mesures sont réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p>Intervention multifacette en 2 phases successives : 1) Processus d'amélioration de la qualité des soins comprenant une évaluation de la qualité, un changement dans la politique de la clinique, un système de rappel et de l'éducation pour les cliniciens. 2) Système de rappel pour les patients. Groupe témoin pour la phase « système de rappel » : soins habituels de santé. Durée de l'intervention : 1 an. Phase 1 : 9 mois. Phase 2 : 2 mois. Moments de l'observation : 7 mois avant la phase 1; après les 9 mois de la phase 1; après les deux mois de la phase 2. Mesure : immunisation selon l'évaluation des dossiers médicaux.</p>	<p>L'immunisation a augmenté de façon statistiquement significative après la phase 1 (processus d'amélioration de la qualité des soins) dans les trois groupes d'âge en comparaison à la mesure pré-intervention. L'intervention subséquente « système de rappel » n'augmente pas de façon significative l'immunisation dans ces groupes en comparaison au groupe témoin.</p>	<p>Une intervention de système de rappel a été réalisée antérieurement à la présente expérimentation. Cette intervention n'avait pas eu de résultats positifs. Cependant, les auteurs ne peuvent être certains que cette intervention antérieure n'a pas entraîné d'effets à long terme sur l'immunisation. Absence de clinique contrôle pour la phase 1 (amélioration de la qualité des soins). Période d'observation courte pour la phase 2 (système de rappel) : 2 mois.</p>	<p>Le nombre de cliniciens n'est pas disponible. Absence d'information sur le nombre de patients pour la phase 1 (processus d'amélioration de la qualité des soins). Absence d'information concernant certains résultats.</p>

ANNEXE A INTERVENTIONS MULTIFACETTES (SUITE)

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Dodge et autres, 2001 [97]	Étude avant-après. Absence de groupe témoin. Absence de randomisation. Thèmes : évaluation du risque et counseling concernant le VIH et les autres ITSS. Lieu d'expérimentation : États-Unis.	2 milieux de pratique de soins généraux. 27 médecins (un milieu n = 7 et l'autre n = 20). Patients âgés de 18 à 64 ans inclusivement. Pré-intervention n = 365. Post-intervention n = 677. Patients du groupe « faible risque » n = 832, patients du groupe « haut risque » n = 210. Le nombre avant et après n'est pas disponible. Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.	Approche multifacette utilisant le modèle PRECEDE-PROCEED. Facteurs prédisposants : formation des leaders d'opinion locaux et de tout le personnel de la clinique. Facteurs facilitants : un membre de la clinique identifié comme personne-ressource; définition de rôles pour chaque membre du personnel. Facteurs de renforcement : rencontres périodiques avec la personne-ressource de la clinique; messages-clés reçus mensuellement. Durée de l'intervention : 7 mois. Moment de l'observation : n'est pas clairement spécifié. Mesure : rappel des patients au sujet d'une discussion portant sur la prévention lors de la consultation avec le clinicien.	Augmentation statistiquement significative des patients qui rapportent une discussion sur le VIH et les autres ITSS avec le médecin suite à l'intervention. Les résultats sont davantage prononcés pour les patients à haut risque.	Absence de groupe témoin. Résultats mesurés par le rappel des patients. Devis non construit pour mesurer les changements comportementaux des patients.	Le nombre de patient à faible risque et à haut risque pour les mesures pré et post-intervention n'est pas disponible. Sélection non aléatoire des patients à haut risque. La durée de l'intervention et le moment de l'observation ne sont pas clairement spécifiés. L'information concernant les mesures et les périodes de l'expérimentation est différente dans le texte et dans les figures. Absence d'information sur le rôle des leaders d'opinion locaux.
Funk et autres, 2004 [100]	Essai clinique randomisé. Groupe témoin. Randomisation. Thèmes : dépistage et counseling concernant la consommation d'alcool. Lieu d'expérimentation : Australie, Belgique, Danemark, Nouvelle-Zélande, Espagne et Angleterre.	727 milieux de pratique. 727 médecins (1 par milieu de pratique). Groupe témoin : n = 209; groupe « formation dans le milieu de pratique » n = 225; groupe « formation et soutien » n = 263. Patients âgés de 16 ans. En tout, 60 989 patients ont reçu un dépistage.	Intervention multifacette. Trois situations expérimentales : 1) Le groupe témoin reçoit le programme par la poste. 2) Un groupe est formé dans le milieu de pratique au regard du programme. 3) Un groupe, en plus d'être formé dans le milieu de pratique, reçoit un soutien continu, soit au téléphone ou lors de visites à la clinique. Durée de l'intervention : 3 mois. Moment de l'observation : 3 mois après la mise en place de l'intervention. Mesure : prestation de services préventifs rapportés par les cliniciens et d'après les copies carbone des questionnaires de dépistage complétés.	La proportion de patients dépistés et ceux ayant reçu le counseling était significativement plus élevée chez les cliniciens des groupes ayant reçu la formation tout comme ceux qui ont reçu la formation jumelée au soutien, par rapport au groupe témoin. Cependant, il n'y a pas de différence significative entre le groupe ayant reçu l'intervention multifacette et celui ayant reçu seulement la formation.	Seulement 14 % des médecins de l'échantillon initial (les 3436 médecins visés par la dissémination du programme; voir l'explication dans la colonne <i>Commentaires généraux</i>) ont implanté le programme dans leur pratique. Selon le type d'étude effectué, il n'est pas possible d'assurer la qualité des mesures dans le temps, bien que les mêmes instructions pour la collecte des données aient été données pour chacune des situations expérimentales dans tous les pays faisant partie de la recherche. Des différences culturelles spécifiques pour les composantes « formation » et « soutien » de l'intervention peuvent affecter la possibilité de généraliser les résultats	Cette étude comprend 2 phases : une phase de dissémination du programme lors de laquelle l'acceptation du programme par les cliniciens est mesurée et une phase d'implantation. Seules les données concernant la phase d'implantation du programme sont présentées ici. Il n'y a pas eu de groupe témoin en Nouvelle-Zélande, de groupe ayant reçu une formation dans le milieu de pratique en Espagne et de phase d'implantation au Danemark. Le groupe témoin reçoit une forme d'intervention (des recommandations écrites par la poste). Il s'agit de la seule étude recensée ayant évalué l'intervention dans plus d'un pays.

<p>Gill et Saldarriaga, 2000 [101]</p>	<p>Étude de cohorte rétrospective. Absence de groupe témoin. Absence de randomisation. Thème : immunisation contre l'influenza. Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>1 centre de médecine familiale. 25 médecins résidents. Patients âgés de 65 ans et plus, n = 344. Les mesures sont réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p>Intervention multifacette. Système de rappel informatisé visant le clinicien en combinaison à un rappel posté au patient. Durée de l'intervention : système de rappel visant le clinicien implanté en juillet 1998 et rappel pour les patients posté en octobre 1998. Moments de l'observation : comparaison de l'automne 1997 à l'automne 1998 (période de l'année où l'immunisation est donnée). Mesure : immunisation selon l'évaluation des dossiers médicaux.</p>	<p>L'immunisation augmente de façon statistiquement significative durant l'année du programme comparativement à l'année précédente. Lorsque les trois groupes d'âge sont comparés, il y a une augmentation statistiquement significative pour les groupes 65 à 74 ans et 75 à 85 ans, mais non pour le groupe âgé de plus de 85 ans.</p>	<p>Absence de groupe témoin : ne peut être certain que l'augmentation de l'immunisation est due à l'intervention. D'autres facteurs peuvent avoir affecté les résultats. Données obtenues par l'évaluation des dossiers médicaux : certains patients peuvent avoir reçu l'immunisation ailleurs sans que ce soit documenté et cela peut sous-estimer les résultats. L'étude ne peut séparer l'impact du système de rappel visant les cliniciens de celui posté aux patients. Généralisation limitée des résultats à d'autres milieux de pratique.</p>	<p>Les auteurs ne donnent pas la durée exacte de l'intervention. Les auteurs ne discutent pas du maintien des résultats à plus long terme. L'étude porte sur des médecins résidents donc encore en formation.</p>
<p>Hak et autres, 2000 [128]</p>	<p>Étude avant-après. Absence de groupe témoin. Absence de randomisation. Thème : immunisation contre l'influenza. Lieu d'expérimentation : Pays-Bas.</p>	<p>988 milieux de pratique de médecine générale. 1 médecin participant dans chaque clinique n = 998. Patients à haut risque (avec maladies chroniques, vivant dans une résidence ou âgés de plus de 65 ans). Le nombre n'est pas disponible.</p>	<p>Intervention multifacette. Programme national visant 3 niveaux : 1) Niveau national : développement de guides de pratique; développement de matériel éducatif et d'information pour le patient; centralisation de la distribution de vaccins aux patients; arrangements financiers; division des tâches des milieux cliniques. 2) District dans lequel les médecins pratiquent : formation médicale continue; rencontres de consensus en petits groupes. 3) Cabinets des médecins : éducation et instructions pour les médecins par un facilitateur et visites éducatives. Durée de l'intervention : 2,5 ans. Moments de l'observation : pré-intervention : avant le début du programme. Post-intervention : 2,5 ans après le début du programme. Mesure : immunisation rapportée par les médecins.</p>	<p>Augmentation statistiquement significative de l'immunisation à la suite de l'intervention.</p>	<p>Absence de groupe témoin : les changements observés peuvent résulter d'autres facteurs que l'intervention.</p>	<p>L'intervention est plus ou moins claire et il y a peu d'information concernant certaines stratégies. Le nombre de patients n'est pas disponible. Les auteurs ne discutent pas du maintien des résultats positifs à plus long terme.</p>

ANNEXE A INTERVENTIONS MULTIFACETTES (SUITE)

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Hambidge et autres, 2004 [114]	Essai clinique randomisé. Groupe témoin. Randomisation. Thèmes : examen de routine chez les enfants et immunisation complète à 12 mois. Lieu d'expérimentation : États-Unis.	11 centres de santé communautaires (3 cliniques pour le groupe examen de routine, 4 cliniques pour le groupe immunisation et 4 cliniques pour le groupe témoin). Le nombre et le type de cliniciens ne sont pas spécifiés. Enfants âgés de 1 an et moins. Groupe examen de routine n = 475; groupe immunisation n = 1030; groupe témoin n = 1160. Les mesures sont réalisées auprès des mêmes patients.	Intervention multifacette combinant des rappels pour les patients et les cliniciens, du matériel éducatif pour les patients et des formations pour les cliniciens. Durée de l'intervention : 2 ans. Moments de l'observation : avant la mise en place de l'intervention et 2 ans après la mise en place de l'intervention. Mesure : statut à jour des enfants au regard de l'immunisation et des examens de routine selon un registre informatisé d'immunisation, une révision des dossiers médicaux et des données administratives.	L'intervention n'entraîne pas d'augmentation significative pour l'examen de routine et l'immunisation complète chez les enfants de 12 mois.	Nombre restreint de milieux de pratique. Environ 20 % des participants ont été perdus au suivi.	L'information concernant le nombre et le type de cliniciens n'est pas spécifiée.
Hermens et autres, 2001 [129]	Étude de cohorte prospective. Absence de groupe témoin. Absence de randomisation. Thème : dépistage du cancer du col de l'utérus. Lieu d'expérimentation : Pays-Bas.	988 milieux de pratique de médecine générale. 1 médecin participant dans chaque clinique n = 998. Le nombre et l'âge des patients ne sont pas disponibles.	Intervention multifacette. Programme national visant 3 niveaux : 1) Niveau national : développement de guides de pratique; développement de matériel éducatif pour les cliniciens; coordination par des organisations professionnelles; arrangements structurels et financiers; développement de modules informatiques. 2) District dans lequel les médecins pratiquent : formation médicale continue; éducation en petits groupes et arrangements entre les décideurs. 3) Cabinets des médecins : instruction individuelle et soutien à la pratique par des visiteurs médicaux (<i>outreach visitors</i>). Durée de l'intervention : 2.5 ans. Moments de l'observation : pré-intervention : avant le début du programme. Post-intervention : 2.5 ans après le début du programme. Mesure : adhérence aux recommandations rapportée par les médecins.	Après l'intervention, il y a un changement statistiquement significatif dans l'adhérence aux recommandations.	Absence de groupe témoin : les changements observés peuvent résulter d'autres facteurs que l'intervention.	Il s'agit sensiblement du même programme évalué par Hak et autres [128], mais sur un autre thème. Peu d'information sur chaque composante de l'intervention. Le nombre de patients n'est pas disponible. Les auteurs ne discutent pas du maintien des résultats positifs à plus long terme.

<p>Humair et autres, 2002 [127]</p>	<p>Étude avant-après. Groupe témoin. Absence de randomisation. Thème : immunisation contre l'influenza. Lieu d'expérimentation : Suisse.</p>	<p>Une clinique universitaire de soins généraux. Le nombre de cliniciens (médecins et autre personnel de la clinique) n'est pas disponible. Patients âgés de 65 ans et plus. Pré-intervention n = 318. Post-intervention n = 346. 144 d'entre eux font partie de l'échantillon pré et post-intervention.</p>	<p>Intervention multifacette. Visant patients : matériel éducatif (dépliants et affiches); clinique de vaccination sans rendez-vous. Visant médecins : atelier de formation et guide de pratique; <i>feedback</i>. Visant l'organisation de la pratique : autocollants de rappel pour les dossiers; implantation de procédures standardisées à suivre par les médecins, les infirmières et les réceptionnistes. Durée de l'intervention : 3 mois. Moments de l'observation : mesure pré-intervention : un an avant la mesure post-intervention; mesure post-intervention : trois mois après le début de l'intervention. Mesure : immunisation selon les dossiers médicaux, le registre de vaccination et une base de données informatisée.</p>	<p>De façon générale, il y a une augmentation statistiquement significative de l'immunisation pour l'ensemble des patients à la suite de l'intervention, particulièrement pour les patients à haut risque.</p>	<p>Étude non randomisée : effet observé peut être dû à d'autres facteurs qu'à l'intervention. Sous-estimation possible des résultats étant donné que les patients peuvent avoir reçu la vaccination dans une autre clinique. Étant donné qu'il s'agit d'un système de santé gratuit, il n'est pas possible de définir précisément pour quels patients cette clinique est la source de soins habituels. Ne peut évaluer l'impact spécifique de chaque composante de l'intervention.</p>	<p>Le nombre de cliniciens n'est pas disponible. Absence d'information dans la description de l'intervention concernant la composante « implantation de procédures standardisées ». Les auteurs ont aussi mesuré l'utilisation des composantes du programme par les cliniciens. Les auteurs ne discutent pas du maintien des résultats positifs à plus long terme.</p>
<p>Kairys et autres, 2006 [105]</p>	<p>Étude avant-après. Absence de groupe témoin. Absence de randomisation. Thèmes : immunisation complète entre 7 et 11 mois et à 24 mois. Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>Neuf milieux de pratique. Absence d'information sur le nombre et le type de cliniciens. Absence d'information sur les patients.</p>	<p>Intervention multifacette <i>New Jersey Improving Preventive Services Project</i>: combinaison d'un registre informatisé concernant l'immunisation, des techniques d'amélioration de la qualité des soins et du soutien. Durée de l'intervention : 1 an. Moments de l'observation : avant le début de l'intervention; 1 an après la mise en place de l'intervention et 6 mois après la fin de l'intervention. Mesure : couverture vaccinale selon le registre d'immunisation.</p>	<p>Augmentation substantielle de la couverture vaccinale durant le projet et augmentation soutenue après la fin de la participation formelle au projet (absence d'information concernant la signification statistique).</p>	<p>Non spécifiées.</p>	<p>Absence de groupe témoin. Bien qu'il réponde aux critères d'inclusion, cet article n'est pas construit de façon scientifique. Absence d'information sur le devis, la méthode, la population, les analyses statistiques, etc. Peu d'information sur les composantes de l'intervention. La signification statistique des résultats n'est pas disponible. Les auteurs ont aussi mesuré l'adoption des composantes du programme.</p>

ANNEXE A INTERVENTIONS MULTIFACETTES (SUITE)

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Kaner et autres, 2002 [102]	Essai clinique randomisé. Groupe témoin. Randomisation. Thèmes : dépistage et counseling concernant la consommation d'alcool. Lieu d'expérimentation : Angleterre.	212 milieux de pratique de soins généraux (groupe 1 n = 76; groupe 2 n = 68; groupe 3 n = 68). Absence d'information sur le nombre de cliniciens (infirmières). Patients âgés de plus de 16 ans. Seul le nombre de patients ayant reçu l'intervention est disponible : groupe 1 n = 1519; groupe 2 n = 1935; groupe 3 n = 2087.	Intervention multifacette. Compare 3 situations expérimentales : Groupe 1 : groupe témoin (reçoit guide de pratique). Groupe 2 : formation lors d'une visite éducative. Groupe 3 : formation lors d'une visite éducative et relance téléphonique donné deux fois par semaine. Durée de l'intervention : 3 mois. Moments de l'observation : avant l'intervention et 3 mois après la mise en place de l'intervention. Mesures : dépistage et counseling rapportés par les infirmières.	Les valeurs-p ne sont pas disponibles pour l'ensemble des résultats. Différence significative dans le nombre de patients dépistés entre les 3 groupes : les infirmières du groupe témoin ont dépisté moins de patients que les infirmières des groupes 2 et 3. Différence significative pour le counseling entre les 3 groupes : les infirmières du groupe témoin ont fait moins de counseling que les infirmières des groupes 2 et 3. Cependant, les infirmières du groupe témoin ont donné significativement plus d'interventions appropriées (counseling avec des buveurs à risque et non-intervention avec des buveurs non à risque). Celles-ci étaient moins susceptibles d'intervenir de façon erronée avec les buveurs non à risque.	Non spécifiées.	Une des rares interventions visant uniquement des infirmières. Le nombre d'infirmières n'est pas disponible. Le groupe témoin reçoit une forme d'intervention (guide de pratique). La façon dont le nombre de patients a été mesuré n'est pas claire. Les auteurs donnent le nombre de patients ayant reçu l'intervention et non le nombre de patients susceptibles de la recevoir. Les auteurs ne donnent pas les valeurs-p pour chaque résultat. Les auteurs ont aussi réalisé une évaluation coût-efficacité : le coût par patient recevant des soins appropriés est similaire entre les 3 situations expérimentales étant donné qu'il y a eu moins d'erreurs d'intervention auprès des patients dans le groupe témoin.

<p>Katz et autres, 2004 [119]</p>	<p>Essai clinique randomisé. Groupe témoin. Randomisation. Thèmes : évaluation du statut tabagique et counseling anti-tabagique. Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>8 milieux de pratique (6 cliniques de médecine familiale et 2 cliniques de médecine interne) (4 milieux exposés et 4 milieux non exposés). Infirmières et assistants médicaux : groupe exposé n = 43; groupe non exposé n = 32. Patients âgés de 18 ans et plus. Groupe exposé n = 918; groupe témoin n = 1037. Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients (à l'exception des 3 mesures prises dans chaque période).</p>	<p>Intervention multifacette comprenant cinq composantes. Les cliniciens recevaient de la formation, du <i>feedback</i>, des systèmes de rappel visant les cliniciens et des thérapies de remplacement de la nicotine sans frais pour les patients. Du counseling téléphonique, réalisé par une infirmière extérieure à la clinique, était également disponible pour les patients. Les cliniciens du groupe témoin reçoivent de l'information concernant les recommandations liées aux services préventifs. Durée de l'intervention : 2 mois. Moments de l'observation : 2 périodes : période de base : juin 1999 à juin 2000; période intervention : juin 2000 à mai 2001. Pour les 2 périodes, tous les patients sont questionnés immédiatement après la consultation, 2 mois et 6 mois après. Les cliniciens sont questionnés avant et après la période intervention. Mesures : performance des cliniciens au regard des activités recommandées en lien avec la cessation tabagique rapportée par les patients et cessation tabagique des patients mesurée par la salive.</p>	<p>Les résultats démontrent que significativement plus de patients du groupe exposé ont été questionnés quant à leur statut tabagique et leur motivation à cesser de fumer, se sont fait remettre de la documentation, ont été soutenus pour fixer une date de cessation tabagique et ont discuté de la pharmacothérapie. De plus, les patients du groupe exposé étaient significativement plus enclins à cesser de fumer.</p>	<p>L'intervention ne visait pas les médecins, mais avait pour objectif de diminuer les demandes faites aux médecins en donnant davantage de responsabilités, notamment aux infirmières au regard de l'évaluation du statut tabagique et du counseling anti-tabagique. Les objectifs initiaux de recrutement n'ont pas été atteints, ce qui diminue la puissance initialement planifiée afin de détecter une différence entre les groupes. Généralisation des résultats : il est possible que l'intervention ne soit pas efficace dans d'autres milieux de soins qui sont moins intéressés par la cessation tabagique ou qui sont moins prêts à réaliser des changements organisationnels. La mesure de cessation tabagique prise par la salive n'a pas été réalisée sur tous les patients ayant rapporté avoir cessé de fumer : les patients peuvent avoir surrapporté leur abstinence tabagique.</p>	<p>La durée de l'intervention est très courte. Le groupe témoin reçoit une forme d'intervention (information sur les recommandations préventives). L'intervention est bien détaillée. Les auteurs ont aussi mesuré le sentiment d'auto-efficacité et la satisfaction des cliniciens au regard du counseling donné, de même que les coûts de l'intervention.</p>
<p>Klein et autres, 2001 [120]</p>	<p>Étude avant-après. Absence de groupe témoin. Absence de randomisation. Thèmes : afin d'éviter d'alourdir le tableau, les 79 abordés dans cette étude ne sont pas présentés. Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>5 centres de santé communautaires. Médecins, infirmières praticiennes et assistants médicaux. Mesure pré-intervention : n = 79; mesure post-intervention n = 74. Il ne s'agit pas des mêmes cliniciens avant et après. Patients âgés de 14 à 19 ans. Mesure pré-intervention n = 260; mesure post-intervention n = 274. Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p>Intervention multifacette combinant la création d'une équipe de travail dans chaque milieu, de la formation, du matériel éducatif pour les patients et les cliniciens ainsi que du soutien afin d'accroître la prestation d'une multitude de services préventifs auprès des adolescents. Durée de l'intervention : 1 an. Moments de l'observation : avant la mise en place de l'intervention et 1 an après la mise en place de l'intervention. Mesure : prestation de services préventifs rapportés par les cliniciens, par les patients et selon l'évaluation des dossiers médicaux.</p>	<p>Les auteurs ont mesuré plusieurs aspects de la pratique des cliniciens. L'enquête réalisée auprès des cliniciens démontre que sur 24 thèmes évalués, seuls les dépistages concernant la violence conjugale et les troubles alimentaires ont augmenté de façon significative. L'évaluation des dossiers médicaux permet de percevoir que l'intervention augmente significativement la documentation du counseling et du dépistage au regard de 51 services sur 79. Les auteurs ont également questionné les adolescents au sujet de la pratique des cliniciens. Les résultats démontrent que lors de l'examen physique, sur les 15 thèmes mesurés, seule une augmentation significative du dépistage du VIH a eu lieu. Cependant, les adolescents rapportent avoir discuté davantage avec le clinicien, et ce, de façon significative pour 19 des 31 thèmes mesurés.</p>	<p>Les milieux de pratique ont été sélectionnés pour leur chance de succès : cela limite la généralisation des résultats à d'autres milieux. Il n'y a pas de groupe témoin et de randomisation. L'enquête réalisée auprès des cliniciens a pu entraîner de la désirabilité sociale de leur part et avoir biaisé les résultats.</p>	<p>Multitude de thèmes et plusieurs mesures réalisées par les auteurs. Les auteurs ont aussi mesuré l'accès perçu par les adolescents au regard des soins préventifs. Les auteurs ne discutent pas du maintien des résultats positifs à plus long terme.</p>

ANNEXE A INTERVENTIONS MULTIFACETTES (SUITE)

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Klein et autres, 2003 [29]	Étude avant-après. Absence de groupe témoin. Absence de randomisation. Thèmes : dépistage et counseling concernant la consommation de tabac, de substances et du VIH. Lieu d'expérimentation : États-Unis.	6 comtés de l'état de New York. Information disponible : 285 cliniciens (type non spécifié) sur une possibilité de 459 ont participé aux formations et 96 milieux de pratique pédiatriques ou de médecine familiale ont reçu l' <i>academic detailing</i> (le nombre total de milieux potentiels n'est pas disponible). Patients adolescents assurés avec <i>Medicaid</i> ou avec une assurance privée. L'âge et le nombre ne sont pas disponibles.	Intervention multifacette Variété de formations médicales continues; <i>academic detailing</i> ; partenariat avec des leaders corporatifs de la communauté afin que ces derniers parlent de l'importance de la prévention chez les adolescents auprès de leurs membres. Durée de l'intervention : 1 an. Moments de l'observation : avant l'intervention et 1 an après le début de l'intervention. Mesures : dépistage et counseling selon l'évaluation des dossiers médicaux.	Augmentation statistiquement significative pour le dépistage et le counseling concernant le VIH après l'intervention en comparaison à la mesure pré-intervention (pour les 2 types d'assurances). Augmentation statistiquement significative pour le dépistage et le counseling concernant la consommation de tabac et de substances seulement pour la population assurée par <i>Medicaid</i> .	Ne peut être certain que l'augmentation est due seulement à l'intervention : d'autres activités réalisées dans la communauté peuvent avoir affecté les résultats. L'étude ne cible pas les cliniciens qui pratiquent à l'extérieur des cliniques pédiatriques ou de médecine familiale et ne mesure pas l'effet pour chaque clinicien : ne sait donc pas si les augmentations sont concentrées dans quelques pratiques ou si elles sont distribuées globalement au travers la communauté. Des activités d'éducation continue ont été réalisées à l'automne 2001 et au printemps 2002. Les résultats de l'intervention sont donc reflétés dans une seule portion des données de 2001.	Absence de groupe témoin. Le nombre total de milieux n'est pas disponible. Le type de cliniciens n'est pas disponible. Absence de tableaux pour les résultats. Le nombre de patients et leur groupe d'âge ne sont pas disponibles. Matériel distribué aux cliniciens disponible sur Internet : http://www.urmc.rochester.edu/gchas/div/adol/leah/resources.htm et http://www.ama-assn.org
Lane et autres, 2000 [106]	Étude avant-après. Groupe témoin. Absence de randomisation. Thèmes : mammographie et examen clinique des seins. Lieu d'expérimentation : États-Unis.	Milieux de pratique de soins généraux de 4 villes de Long Island. Le nombre de cliniques n'est pas disponible. Groupe exposé n = 2 villes; 128 médecins. Groupe témoin n = 2 villes; 154 médecins. Patientes âgées de 50 à 80 ans. Le nombre n'est pas disponible.	Intervention multifacette, Projet <i>Early Detection Guidelines Education</i> (EDGE) : visite d'une à deux heures par une infirmière éducatrice dans le milieu de pratique suivie d'une visite standardisée par une patiente entraînée afin de donner du <i>feedback</i> sur la performance du médecin et/ou remise d'un manuel éducatif. Seuls les médecins identifiés comme ayant des besoins élevés ou modérés en termes d'éducation ont reçu l'ensemble de l'intervention. Ceux identifiés comme ayant peu de besoins d'éducation ont reçu uniquement le manuel d'éducation considéré comme une intervention d'auto-apprentissage. L'étude ne compare cependant pas la différence d'efficacité entre ces deux types d'intervention. Durée de l'intervention : non spécifiée. Moments de l'observation : mesure pré-intervention : avril à août 1995. Mesure post-intervention : mai à novembre 1998. Mesure : dépistage rapporté par les médecins et selon l'évaluation d'un sous-échantillon de dossiers.	Absence d'augmentation significative entre le groupe exposé et le groupe témoin pour la mammographie et l'examen clinique des seins.	Participation incomplète des médecins ayant des besoins élevés pour l'intervention entière (visite de l'infirmière, patiente standardisée et manuel) et taux de réponse général restreint pour l'enquête pré et post-intervention : cela diminue le pouvoir statistique de détecter des différences significatives entre le groupe exposé et le groupe témoin. Évaluation des dossiers médicaux : peut ne pas représenter adéquatement la documentation d'un comportement clinique.	Le nombre exact de milieux de pratique n'est pas disponible. Le nombre de patients n'est pas disponible. Absence d'information sur la procédure pour le groupe non exposé. Les auteurs ont aussi mesuré les besoins de connaissances et de développer des habiletés; la satisfaction au regard de l'intervention et les coûts de l'intervention. Les auteurs axent beaucoup sur les aspects trouvés positifs dans l'étude (changements significatifs aux plans de la connaissance et du sentiment de compétence) alors qu'il n'y a pas de changement significatif pour les actes cliniques.

Latessa et autres, 2000 [103]

Étude prospective.
Groupe témoin.
Absence de randomisation.
Thème : immunisation contre le pneumocoque
Lieu d'expérimentation : États-Unis.

1 centre de pratique familial (programme de résidence). Les 4 départements correspondent à 3 situations expérimentales.

Le nombre de cliniciens n'est pas disponible (médecins et infirmières).

Patients âgés de 65 ans et plus qui n'ont jamais reçu le vaccin et patients âgés de 2 à 64 ans avec diabète qui n'ont jamais reçu le vaccin (pour les deux groupes d'âge). Groupe 1 n = 205. Groupe 2 n = 187. Groupe 3 (2 départements) n = 386. Les mesures sont réalisées auprès des mêmes patients.

Intervention multifacette,
Compare 3 situations expérimentales :
Groupe 1 : système de rappel pour le clinicien et éducation au patient.
Groupe 2 : éducation au patient seulement.
Groupe 3 : absence d'intervention.
Durée de l'intervention : 6 mois.
Moment de l'observation : de façon mensuelle durant 6 mois.
Mesure : immunisation selon l'évaluation des dossiers médicaux.

Après 6 mois, il y a une augmentation statistiquement significative de la vaccination pour le groupe exposé au système de rappel et l'éducation au patient comparativement au groupe témoin.
Il n'y a pas de différence significative entre le groupe ayant reçu l'éducation au patient seulement en comparaison au groupe témoin.

Présence d'infirmières flotantes dans la clinique travaillant dans plus d'un département : biais de contamination potentiel entre les 4 groupes.

Biais de contamination possible aussi pas le personnel médical : même si les départements sont séparés physiquement, il peut y avoir eu des discussions entre des personnes de départements différents.

La durée de l'expérimentation n'est pas suffisamment longue pour déterminer si l'intervention a un impact soutenu sur la vaccination.

La vaccination est mesurée par les dossiers médicaux : les vaccins peuvent avoir été donnés ailleurs et la documentation dans les dossiers peut ne pas être adéquate.

Le nombre de cliniciens n'est pas disponible.
Les auteurs ont aussi mesuré le nombre de vaccins donnés par chaque clinicien.

ANNEXE A INTERVENTIONS MULTIFACETTES (SUITE)

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Love et autres, 2004 [123]	<p>Essai clinique randomisé.</p> <p>Groupe témoin.</p> <p>Randomisation.</p> <p>Thèmes : évaluation du statut tabagique, counseling anti-tabagique, sur l'auto-examen des seins et la nutrition, mammographie, examen clinique des seins, dépistage du cancer du col de l'utérus, dépistage du cancer colorectal, examen de routine.</p> <p>Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>42 milieux de pratique de soins généraux (médecine familiale, pratique générale, médecine interne).</p> <p>Groupe 1 n = 11 cliniques.</p> <p>Groupe 2 n = 10 cliniques.</p> <p>Groupe 3 n = 10 cliniques.</p> <p>Groupe 4 n = 11 cliniques.</p> <p>143 médecins (le nombre de médecins dans chaque condition expérimentale n'est pas disponible).</p> <p>Patients âgés de 50 à 65 ans, n = 3286 (le nombre de patients dans chaque condition expérimentale n'est pas disponible). Les mesures sont réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p>Intervention multifacette.</p> <p>Compare 4 situations expérimentales.</p> <p>Les 4 groupes ont reçu une rencontre de <i>feedback</i> d'une heure.</p> <p>Groupe 1 : aucune intervention additionnelle (groupe témoin).</p> <p>Les 3 groupes exposés ont reçu 2 rencontres supplémentaires. La première rencontre identique aux 3 groupes visait la recherche de consensus sur les objectifs à atteindre en matière de prévention.</p> <p>La deuxième rencontre avait des objectifs différents selon les groupes :</p> <p>Groupe 2 : changement dans le système de pratique comprenant des rôles spécifiques pour le personnel de la clinique et des systèmes de rappel.</p> <p>Groupe 3 : implantation d'une lettre incitant les patients à demander des services préventifs et une liste de réponses planifiées à utiliser par les médecins pour répondre aux questions des patients.</p> <p>Groupe 4 : combinaison des interventions du groupe 2 et du groupe 3.</p> <p>Durée de l'intervention : 2 ans.</p> <p>Moments de l'observation : avant l'intervention et 2 ans après la mise en place de l'intervention.</p> <p>Mesure : prestation de services préventifs rapportés par les patients et les médecins et selon l'évaluation des dossiers médicaux.</p>	<p>Aucune intervention n'est associée à un changement significatif de la fréquence des services préventifs donnés ou reçus.</p>	<p>Biais de sélection inhérent au fait d'étudier des patients qui ont un médecin régulier et qui sont bien suivis.</p>	<p>Le nombre de médecins et de patients dans chaque condition expérimentale n'est pas disponible.</p> <p>Le groupe témoin reçoit une forme d'intervention (rencontre de <i>feedback</i>).</p> <p>Les auteurs ne donnent pas les valeurs-p.</p>

<p>Margolis et autres, 2004 [121]</p>	<p>Essai clinique randomisé. Groupe témoin. Randomisation. Évaluation en simple aveugle (l'évaluateur). Thèmes : immunisation complète à 24 mois, dépistage de la tuberculose, de l'anémie et de l'exposition au plomb. Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>44 milieux de pratique familiale ou pédiatrique (22 milieux exposés et 22 non exposés). Le nombre et le type de cliniciens ne sont pas disponibles. Patients âgés de 24 à 30 mois. 30 dossiers sélectionnés aléatoirement dans chaque milieu participant avant et après l'intervention. Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p>Intervention multifacette utilisant un processus d'amélioration de la qualité des soins jumelée à un volet éducatif comprenant de l'<i>academic detailing</i>, un soutien et un ensemble d'outils. Groupe témoin reçoit du <i>feedback</i> avant que l'intervention soit implantée dans le groupe exposé et de façon annuelle durant 2 ans. Durée de l'intervention : 1 an. Moments de l'observation : avant l'intervention; 12, 18, 24 et 30 mois après la mise en place de l'intervention. Mesure : proportion des enfants qui reçoivent les soins appropriés à leur âge pour les 4 services préventifs selon l'évaluation des dossiers médicaux et rapportée par les médecins et le personnel de la clinique.</p>	<p>Différence statistiquement significative entre les 2 groupes pour le dépistage de la tuberculose, du plomb et de l'anémie en faveur du groupe exposé. Absence de changement significatif pour l'immunisation.</p>	<p>Généralisation des résultats : les auteurs ont sélectionné les milieux de pratique donnant des soins à un nombre élevé d'enfants pour être en mesure de détecter un effet de l'intervention. Les petits milieux de pratique ont donc été exclus. Certains actes préventifs peuvent avoir été donnés sans avoir été documentés. Durant l'expérimentation, un autre programme d'immunisation a été implanté dans l'état américain où a eu lieu la recherche faisant augmenter la vaccination. Cela peut expliquer l'absence de résultats significatifs pour l'immunisation.</p>	<p>Évaluation des résultats à long terme (30 mois). Le nombre et le type de cliniciens n'est pas disponible. Le groupe témoin reçoit une forme d'intervention (<i>feedback</i>).</p>
<p>Michielutte et autres, 2005 [107]</p>	<p>Type de devis de recherche non spécifié. Groupe témoin. Randomisation. Thème : mammographie. Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>43 milieux de pratique de soins généraux (groupe exposé n = 21 cliniques; groupe témoin n = 22 cliniques). 127 médecins (le nombre de médecins exposés et non exposés n'est pas disponible). Patientes âgées de 65 ans et plus (groupe intervention n = 1125; groupe témoin n = 1022). Les mesures sont réalisées auprès des mêmes patientes.</p>	<p>Intervention multifacette Projet <i>PRogram to Increase Screening Mammography</i> (PRISM). 3 phases : 1) Matériel éducatif aux médecins. 2) Matériel éducatif aux patientes. 3) Counseling téléphonique aux patientes adapté selon les stades de changement du comportement de Prochaska. Groupe témoin : médecins et patients reçoivent un programme d'éducation au sujet du cancer de la peau avec la même fréquence de contact que le groupe intervention (sans l'étape du counseling). Durée de l'intervention : 9 mois. Moments de l'observation : 4 mois après l'implantation de la phase 1; 4 mois après l'implantation de la phase 2; 4 à 5 mois après l'implantation de la phase 3. Mesure : mammographie selon l'évaluation des dossiers médicaux.</p>	<p>En ce qui a trait aux stades de l'intervention, dans l'ensemble, il n'y a pas de différence significative entre le groupe exposé et le groupe témoin pour les composantes « éducation au médecin » et « counseling téléphonique ». La composante « matériel éducatif » démontre une légère différence significative en faveur du groupe intervention. Les résultats cumulatifs démontrent cependant qu'il n'y a pas de différence significative dans l'ensemble entre le groupe intervention et le groupe témoin. Une analyse par sous-groupe suggère tout de même un effet significatif du programme pour les femmes âgées de 80 ans et plus, ayant moins de 9 ans d'éducation, Noires ou n'ayant pas d'assurance privée en plus de <i>Medicare</i>.</p>	<p>Les médecins du groupe témoin savent que l'étude vise à augmenter la mammographie. Ils sont donc sensibilisés au dépistage du cancer du sein et cela a pu faire en sorte que les femmes de cette condition ont reçu davantage de mammographies, réduisant la différence entre les deux groupes. Biais de sélection potentiel : certains milieux ont décliné leur participation en raison d'un manque d'intérêt ou un roulement important de personnel. Cela peut faire en sorte que les résultats ne soient généralisables qu'aux milieux stables et intéressés par la prévention. Accent mis sur les cliniques privées et dans des lieux géographiques spécifiques. Cela limite la généralisation des résultats.</p>	<p>Les auteurs ne mentionnent pas le type de devis de recherche. Le nombre de médecins exposés et non exposés n'est pas disponible. Intervention bien détaillée. Le groupe témoin reçoit une forme d'intervention (programme d'éducation au sujet du cancer de la peau).</p>

ANNEXE A INTERVENTIONS MULTIFACETTES (SUITE)

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Ozer et autres, 2001 [122]	<p>Étude avant-après.</p> <p>Absence de groupe témoin.</p> <p>Absence de randomisation</p> <p>Thèmes : dépistage et counseling concernant le tabagisme, la consommation d'alcool, les comportements sexuels à risque et la sécurité (ceinture de sécurité et port du casque à vélo) chez les adolescents.</p> <p>Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>3 cliniques pédiatriques externes.</p> <p>89 cliniciens (médecins et infirmières praticiennes).</p> <p>Patients adolescents. Pré-intervention n = 114. Post-intervention n = 211. Suivi n = 998.</p> <p>Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p>Intervention multifacette utilisant le modèle PRECEDE-PROCEED.</p> <p>Facteurs prédisposants : ateliers de formation.</p> <p>Facteurs facilitants : outils de dépistage et outils pour le dossier médical.</p> <p>Facteurs de renforcement : présence d'un éducateur pour la santé dédié aux patients dans la clinique.</p> <p>Tout au long du projet, présence d'un leader d'opinion local dans chaque milieu et d'un comité de travail qui collabore au développement des outils et aide à l'implantation de l'intervention.</p> <p>Durée de l'intervention : 5 mois.</p> <p>Moments de l'observation : pré-intervention : 3 mois avant l'intervention; post-intervention : 5 mois après la mise en place de l'intervention; suivi : 18 mois après la mise en place de l'intervention.</p> <p>Mesures : Dépistage et counseling effectués par les cliniciens rapportés par les patients.</p>	<p>Les pratiques de dépistage ont augmenté de façon statistiquement significative entre la période pré et post-intervention pour les 5 thèmes, de même qu'entre la période pré-intervention et de suivi. Cependant, le dépistage a diminué significativement entre la période post-intervention et de suivi pour 4 thèmes sur 5 (sauf pour les comportements sexuels à risque).</p> <p>Le counseling a significativement augmenté entre la période pré et post-intervention pour les 5 thèmes, de même qu'entre la période pré-intervention et de suivi. Seul le counseling sur l'utilisation de la ceinture de sécurité a diminué significativement entre la période post-intervention et de suivi, les 4 autres thèmes s'étant maintenus.</p>	Absence de groupe témoin.	<p>Les auteurs ont vérifié le maintien de l'intervention dans le temps.</p> <p>Absence d'information précise sur le groupe d'âge des adolescents ciblés. Les auteurs mentionnent qu'ils ont en moyenne 14 ans.</p> <p>Dans une expérimentation ultérieure (Ozer et autres [115]) les auteurs ont tenté de déterminer l'efficacité des composantes « formation » et « outils ».</p>

<p>Ozer et autres, 2005 [115]</p>	<p>Étude avant-après. Groupe témoin. Absence de randomisation. Thèmes : dépistage et counseling concernant le tabagisme, la consommation d'alcool, la consommation de drogue, les comportements sexuels à risque et la sécurité (ceinture de sécurité et port du casque à vélo) chez les adolescents. Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>4 cliniques pédiatriques externes (2 cliniques exposées et 2 non exposées). 76 cliniciens (médecins et infirmières praticiennes). Groupe exposé n = 37. Groupe non exposé n = 39. Patients : adolescents âgés de 13 à 17 ans. Groupe exposé : mesure 1 n = 226; mesure 2 n = 551; mesure 3 n = 940. Groupe non exposé : mesure 1 n = 246; mesure 2 n = 260; mesure 3 n = 405. Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p>Intervention multifacette. 2 composantes implantées en 2 phases: 1) ateliers de formation; 2) outils de dépistage et pour le dossier. Tout au long du projet, présence d'un leader d'opinion local dans chaque milieu et d'un comité de travail qui collabore au développement des outils et aide à l'implantation de l'intervention. Groupe témoin : soins habituels de santé. Durée de l'intervention : 12 mois. Moments de l'observation : mesure 1 (avant la formation) : 4 mois. Mesure 2 (après la formation) : 4 mois. Mesure 3 (après l'implantation des outils) : 4 mois. Mesures : dépistage et counseling effectués par les cliniciens et rapportés par les patients.</p>	<p>Le dépistage et le counseling ont augmenté de façon significative pour les 6 thèmes dans le groupe exposé en comparaison au groupe témoin après l'implantation de l'intervention complète (les 2 phases). De façon plus spécifique, le dépistage et le counseling ont significativement augmenté pour les 6 services dans le groupe intervention en comparaison au groupe témoin après la formation. Le dépistage et le counseling n'ont pas augmenté significativement de façon additionnelle après l'implantation des outils. Bien que l'intervention totale (formation + outils) augmente significativement le dépistage et le counseling, la plus grande part de cette augmentation semble être attribuable à la composante « formation ». La composante « outils » semble cependant maintenir les effets de la composante « formation ».</p>	<p>Les cliniques exposées utilisaient déjà une fiche pour les dossiers avant l'implantation de l'intervention. Lors de la phase 2 de l'intervention (intégration d'outils) les outils initiaux ont été modifiés, mais le fait d'utiliser déjà une fiche pour les dossiers peut avoir eu un effet sur les résultats obtenus suite à la phase 2 de l'intervention. Les 4 cliniques font partie d'un HMO avec des caractéristiques distinctes : les résultats peuvent ne pas être généralisables à d'autres milieux de pratique.</p>	<p>La durée de l'intervention n'est pas claire. Les auteurs n'ont pas évalué l'efficacité de la présence d'un leader local dans le milieu, de la collaboration pour développer les outils et du soutien reçu.</p>
<p>Quinley et Shih, 2004 [116]</p>	<p>Essai clinique randomisé. Groupe témoin. Randomisation. Thème : immunisation contre le pneumocoque. Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>Ne connaît pas le nombre de milieux de pratique. 1061 médecins (groupe exposé n = 811; groupe témoin n = 250). Patients âgés de 65 ans et plus assurés avec <i>Medicare</i>. Le nombre n'est pas spécifié.</p>	<p>Intervention multifacette comprenant 2 situations expérimentales : Les deux groupes de cliniciens reçoivent un <i>feedback</i> par la poste quant au taux d'immunisation contre le pneumocoque de leur clientèle respective, des autocollants de rappel pour les dossiers et du matériel éducatif pour les patients. Un seul des deux groupes avait en plus un suivi téléphonique afin de donner du soutien quant à l'amélioration du taux d'immunisation. Durée de l'intervention : 3 mois. Moment de l'observation : immunisation donnée en 1999 comparée à celle donnée en 2000. Mesure : immunisation donnée (les auteurs ne spécifient pas par quel moyen la mesure est évaluée).</p>	<p>Les résultats démontrent que le groupe de cliniciens ayant reçu un suivi téléphonique avait donné significativement plus d'immunisations que le groupe ayant reçu uniquement l'envoi postal. Il n'est pas possible de préciser les éléments de l'intervention qui ont eu le plus d'impact (autocollants de rappel, matériel éducatif pour le patient, etc.). Les auteurs se questionnent sur l'efficacité de cette intervention pour accroître d'autres services préventifs tels que la mammographie. Les vaccins donnés après décembre 2000 n'ont pas été comptabilisés : cela peut sous-estimer l'efficacité de l'intervention. En 2000, la pénurie de vaccins contre l'influenza a pu détourner l'attention des médecins au regard de l'immunisation contre le pneumocoque.</p>	<p>Certains facteurs ont pu influencer les résultats. Par exemple, l'impact de l'intervention est observé uniquement dans les milieux de pratique qui ont débuté avec un niveau de base lié à l'immunisation de 30 % ou moins. Le groupe témoin reçoit une forme d'intervention (<i>feedback</i>, autocollants de rappel et matériel éducatif pour les patients). Les auteurs ont aussi évalué dans quelle mesure le matériel était commandé pas les médecins de même que leur stade de changement du comportement selon le modèle de Prochaska.</p>	<p>Le nombre de milieux de pratique n'est pas disponible. Le nombre de patients n'est pas disponible. Le moyen d'évaluation n'est pas spécifié.</p>

ANNEXE A INTERVENTIONS MULTIFACETTES (SUITE)

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Roetzheim et autres, 2004 [124]	Essai clinique randomisé. Groupe témoin. Randomisation. Thèmes : mammographie, dépistage du cancer du col de l'utérus et dépistage du cancer colorectal. Lieu d'expérimentation : États-Unis.	8 milieux de pratique de soins généraux (le nombre de milieux exposés et non exposés n'est pas disponible). Le nombre et le type de cliniciens ne sont pas disponibles. Patients âgés de 50 à 75 ans. Pré-intervention: groupe exposé n = 600; groupe témoin n = 596. Post-intervention : groupe exposé n = 628; groupe témoin n = 609. Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.	Intervention multifacette. Projet <i>Cancer Screening Office Systems</i> (Cancer SOS) : comprend une fiche complétée par le patient, des autocollants de rappel pour les dossiers, un partage des responsabilités pour le personnel, un <i>feedback</i> , une formation et un manuel concernant le projet. Durée de l'intervention : 12 mois. Moments de l'observation : avant l'intervention et 12 mois après la mise en place de l'intervention. Mesure : statut des patients pour les tests de dépistage selon l'évaluation des dossiers médicaux.	Augmentation statistiquement significative pour la mammographie et le dépistage du cancer colorectal pour le groupe exposé en comparaison au groupe témoin. Absence de changement significatif pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.	Ne peut évaluer la contribution de chacune des composantes de l'intervention. Groupe d'âge et intervalle de dépistage (1 an) uniformes pour les 3 tests : ne sait pas à quel point l'intervention fonctionnera pour une structure différente. Auteurs n'ont pas recueilli l'information détaillée sur les consultations : il n'est pas possible de contrôler pour les facteurs qui peuvent avoir été présents au niveau des médecins individuels.	Absence d'information sur la procédure concernant les cliniques non exposées. Le nombre et le type de cliniciens ne sont disponibles. Les auteurs ne spécifient pas le nombre de clinique dans chaque condition. Les auteurs ont évalué les résultats 24 mois après la mise en place de l'intervention. Voir Roetzheim et autres [125]. Auteurs ont aussi mesuré les coûts associés à l'intervention. Matériel disponible sur Internet : http://www.hsc.usf.edu/FAMILY/research/index.htm
Roetzheim et autres, 2005 [125]	Idem Roetzheim et autres [124].	Idem Roetzheim et autres [124]. Patients : pour la mesure 24 mois après l'intervention : n = 1296. Ne spécifient pas le nombre par condition expérimentale. La mesure n'est pas réalisée auprès des mêmes patients que Roetzheim et autres [124].	Idem Roetzheim et autres [124]. Durée de l'intervention : 24 mois. Moment de l'observation : 24 mois après la mise en place de l'intervention. Mesure : Idem Roetzheim et autres [124].	Lors du suivi à 24 mois, les patients du groupe exposé ont eu de façon statistiquement significative un plus grand nombre de dépistages comparativement au groupe témoin. Après une analyse multivariée contrôlant certains facteurs, les résultats démontrent que seul le dépistage par mammographie a augmenté de façon significative en comparaison au groupe témoin. Bien qu'ils soient modestes, les effets du programme se maintiennent après 24 mois. Ceux-ci ont toutefois diminué de façon importante comparativement aux résultats obtenus à 12 mois.	Idem Roetzheim et autres [124].	Idem Roetzheim et autres [124].

Roski et autres, 2003 [117]

Essai clinique randomisé.
Groupe témoin.
Randomisation.
Thèmes : évaluation du statut tabagique et counseling anti-tabagique.
Lieu d'expérimentation : États-Unis.

37 cliniques de soins généraux (médecine familiale, médecine interne et gynécologie-obstétrique).

Groupe 1 n = 15 cliniques.

Groupe 2 n = 13 cliniques.

Groupe 3 n = 9 cliniques.

Le nombre et le type de cliniciens ne sont pas disponibles.

Patients âgés de 18 ans et plus. Pour le comportement des cliniciens : mesure pré-intervention n = 4813; mesure post-intervention n = 4734. Cette mesure n'est pas réalisée auprès des mêmes patients.

Pour le comportement des patients : mesure de base n = 20 150; mesure de suivi n = 2729. Cette mesure est réalisée auprès des mêmes patients

Intervention multifacette.

Compare 3 situations expérimentales :
Groupe 1 : distribution de guides de pratique (groupe témoin).

Groupe 2 : distribution de guides de pratique et incitatif financier visant les cliniciens pour atteindre des objectifs de performance.

Groupe 3 : distribution de guides de pratique; incitatif financier pour atteindre des objectifs de performance; accès à un registre centralisé des patients fumeurs jumelé à la disposition de counseling téléphonique pour les patients.

Durée de l'intervention : 1 an.

Moments de l'observation :

Comportement des cliniciens : avant l'intervention et un an après la mise en place de l'intervention. Comportement des patients : à la fin de l'intervention et 6 mois après la fin de l'intervention.

Mesures : comportement clinique : évaluation du statut tabagique et counseling réalisés par les médecins rapportés par les patients.
Comportement des patients : cessation tabagique rapportée par les patients.

Statut tabagique identifié significativement plus fréquemment dans les cliniques de la condition « incitatif » (groupe 2) et « registre » (groupe 3) en comparaison aux cliniques du groupe témoin.

Les patients visitant les cliniques « registre » (groupe 3) ont utilisé le counseling téléphonique significativement plus souvent que les patients du groupe témoin.

Absence de différence significative entre les trois situations expérimentales pour le counseling fait lors des visites et la cessation tabagique chez les patients.

Incitatifs financiers substantiellement élevés pour favoriser le changement dans les cliniques : cela peut limiter la généralisation des résultats.

Biais de contamination possible entre les situations expérimentales.

Le groupe témoin reçoit une forme d'intervention (distribution de guides de pratique).

Le nombre de cliniciens n'est pas disponible.

Le changement dans le comportement des patients est évalué par un devis avec mesure post-intervention seulement.

Pour le comportement des patients, la différence importance entre l'échantillon de la mesure de base et la mesure de suivi s'explique par le fait que seuls les fumeurs ou les anciens fumeurs de la mesure de base ont été contactés pour la mesure de suivi.

La façon dont le registre fonctionne n'est pas claire.

Les auteurs ne discutent pas du maintien des résultats positifs à plus long terme.

ANNEXE A INTERVENTIONS MULTIFACETTES (SUITE)

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Ruffin et Gorenflo, 2004 [118]	Type de devis de recherche non spécifié. Groupe témoin. Randomisation. Thèmes : mammographie, dépistage du cancer du col de l'utérus et dépistage du cancer colorectal. Lieu d'expérimentation : États-Unis.	22 milieux de pratique répartis dans 4 groupes : Groupe 1 n = 5 Groupe 2 n = 5 Groupe 3 n = 6 Groupe 4 n = 6 Le nombre de cliniciens dans chaque groupe n'est pas disponible. Patients âgés de 50 ans et plus, n = 17 215 : Groupe 1 n = 4212; Groupe 2 n = 4160; Groupe 3 n = 4286; Groupe 4 n = 4557. Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.	Intervention multifacette. Compare 4 situations expérimentales : Groupe 1 : soins usuels (groupe témoin). Groupe 2 : intervention adaptée à chaque milieu selon les ressources disponibles et les aspects organisationnels (l'outil le plus souvent retenu par les milieux est une fiche de rappel pour les dossiers). Groupe 3 : matériel éducatif (guide) pour les patients développé avec chaque milieu. Groupe 4 : combinaison des interventions des groupes 3 et 4. Les groupes 2, 3 et 4 ont été amenés à effectuer des changements dans les rôles et les interactions entre les membres du personnel, incluant les cliniciens. De plus, un associé de recherche était assigné à chaque milieu, maintenant au moins un contact par mois durant toute la période d'étude avec un membre-clé du personnel. Durée de l'intervention : 3 ans. Moments de l'observation : avant l'intervention; 1 an, 2 ans et 3 ans après la mise en place de l'intervention. Mesure : dépistage selon l'évaluation des dossiers médicaux.	Absence de changements significatifs du dépistage suite à l'intervention.	Certaines interventions peuvent ne pas avoir été données telles que conçues étant donné la nature complexe des milieux de pratique et les auteurs n'ont pas contrôlé cet aspect. Le groupe témoin peut avoir décidé d'adopter de nouvelles pratiques au cours de l'étude. Les milieux exposés peuvent ne pas être représentatifs : ceux-ci peuvent avoir été davantage motivés par le changement. L'unité d'analyse est le milieu de pratique et non les patients individuellement : cela peut remettre en question la puissance de l'étude (le nombre étant petit).	Les auteurs ne spécifient pas le type de devis de recherche. Le nombre de cliniciens n'est pas disponible. Les auteurs ont vérifié le maintien des effets de l'intervention à long terme (3 ans). Absence de tableaux pour les résultats, seules des figures sont disponibles.

<p>Schneider et autres, 2003 [108]</p>	<p>Étude avant-après. Absence de groupe témoin. Absence de randomisation. Thèmes : évaluation du risque concernant l'activité physique, les comportements sexuels, la consommation d'alcool, de substances, de tabac, la nutrition, enregistrement du poids, dépistage du cancer colorectal, du cancer du col de l'utérus, du cholestérol, examen clinique des seins, examen médical périodique, mammographie, counseling sur l'auto-examen des testicules, immunisation contre l'influenza et le pneumocoque. Lieu d'expérimentation : États-Unis.</p>	<p>1 centre de pratique familial (programme de résidence). 18 médecins et résidents pour la mesure pré et post-intervention. Il ne s'agit pas des mêmes cliniciens avant et après. Patients âgés de 18 ans et plus. Mesure pré-intervention n = 319; mesure post-intervention n = 356. Les mesures ne sont pas réalisées auprès des mêmes patients.</p>	<p>Intervention multifacette comprenant un questionnaire auto-administré par le patient dans la salle d'attente, la distribution de matériel éducatif pour le patient ainsi que de l'éducation pour les cliniciens et le personnel de la clinique. Durée de l'intervention : 1 an. Moments de l'observation : mesure pré-intervention : avant la mise en place de l'intervention; mesure post-intervention : un an après la mise en place de l'intervention. Mesure : documentation des services préventifs selon l'évaluation des dossiers médicaux.</p>	<p>L'intervention augmente significativement la documentation dans les dossiers médicaux de 8 services préventifs sur les 19 mesures évaluées, soit l'examen médical périodique, l'évaluation du risque concernant l'activité physique et la nutrition, l'enregistrement du poids, le dépistage du cancer colorectal et du col de l'utérus, l'examen clinique des seins et l'immunisation contre le pneumocoque. Les résultats pour les 11 autres services évalués ne sont pas probants.</p>	<p>Il n'est pas possible de déterminer si l'augmentation observée est le résultat d'une meilleure documentation des services préventifs dans les dossiers ou d'un changement dans la pratique clinique. L'étude est réalisée dans un programme de résidence : cela peut limiter la généralisation des résultats. Certains facteurs tels que des articles publiés dans les journaux professionnels peuvent avoir influencé la prestation de prévention. Absence de groupe témoin.</p>	<p>Les auteurs concluent que le programme a été un succès car 15 des 19 services préventifs ont augmenté. Cependant, seulement 8 des 15 services démontrent une augmentation statistiquement significative. Les auteurs font le lien entre leur programme et le PPIP, mais donnent peu d'information à ce sujet.</p>
<p>Tremblay et autres, 2001 [109]</p>	<p>2 études transversales indépendantes (1998 et 2000). Absence de groupe témoin. Absence de randomisation. Thème : counseling anti-tabagique. Lieu d'expérimentation : Canada (Montréal).</p>	<p>Le nombre de milieux de pratique n'est pas disponible. 1998 : n = 337 médecins. 2000 : n = 316 médecins. Les caractéristiques et le nombre de patients ne sont pas disponibles</p>	<p>Intervention multifacette. Programme <i>Des médecins actifs pour contrer le tabagisme</i> : Ateliers; conférences; publication d'articles scientifiques et de guides de pratique; dissémination de matériel éducatif pour le médecin et le patient; articles dans les journaux locaux. Durée de l'intervention : 5 ans. Moments de l'observation : 1998 (avril à juillet) et 2000 (avril à septembre). Mesure : counseling anti-tabagique rapporté par les cliniciens.</p>	<p>Il y a eu davantage de changements statistiquement significatifs chez les médecins de sexe féminin que chez ceux de sexe masculin et ces différences étaient plus prononcées en 2000 comparées à 1998.</p>	<p>Absence de groupe témoin.</p>	<p>Programme à long terme (5 ans). Cet article présente l'évaluation des 3 premières années du programme. Intervention bien détaillée. Le programme consiste seulement en des activités éducatives. Les résultats sont séparés selon le genre. Les auteurs ont aussi mesuré les croyances, les attitudes, les habiletés perçues, les barrières et l'intérêt au regard du counseling anti-tabagique. Les caractéristiques et le nombre de patients ne sont pas disponibles.</p>

ANNEXE A

INTERVENTIONS MULTIFACETTES (SUITE)

Référence	Devis de recherche	Population à l'étude	Description de l'intervention	Principaux résultats	Limites de l'étude selon les auteurs des études recensées	Commentaires généraux
Walsh et autres, 2005 [110]	Essai clinique randomisé. Groupe témoin. Randomisation. Thème : dépistage du cancer colorectal. Lieu d'expérimentation : États-Unis.	Le nombre de milieux de pratique n'est pas disponible (médecine familiale et médecine interne). 94 médecins groupe exposé n = 50; groupe non exposé n = 44). Patients âgés de 50 à 79 ans. Groupe exposé n = 4276. Groupe témoin n = 3717. Les mesures sont réalisées auprès des mêmes patients.	Intervention multifacette. Interventions visant les médecins : éducation médicale continue et <i>academic detailing</i> par des leaders d'opinion locaux. Interventions visant les patients (envoi postal) : lettre de leur médecin, dépliant, kit avec instructions pour compléter un test de sang occulte dans les selles et enveloppe de retour préaffranchie. Groupe témoin : soins usuels de santé. Durée de l'intervention : 1 an. Moments de l'observation : avant l'intervention et 1 an après la mise en place de l'intervention. Mesure : dépistage réalisé (les auteurs ne mentionnent pas par quel moyen les données sont recueillies).	L'intervention n'a pas eu d'effet sur le dépistage du cancer colorectal, à l'exception d'une modeste augmentation significative pour la sigmoïdoscopie dans le groupe intervention en comparaison au groupe témoin.	Tous les patients de l'étude ont une assurance et un médecin de famille : cela limite la généralisation des résultats aux patients sans assurance et sans médecin. Suivi après 12 mois : il est possible que certains patients aient pris leur rendez-vous plus tard. Un suivi plus long aurait pu permettre de trouver un dépistage plus élevé.	Le nombre de milieux de pratique n'est pas disponible. Absence d'information au sujet du moyen par lequel les données sont collectées.

ANNEXE B

ÉTUDES EXCLUES

Études	Raisons de l'exclusion
Aro et autres, 2005 [137]; Humair et Cornuz, 2003 [138]; Hutchins et autres, 2000 [139]; Kottke et Solberg, 2001 [73]; Murphy-Smith et autres, 2004 [75]; Ruhe et autres, 2005 [140]; Shefer et autres, 2006 [141]; Solberg et autres, 2000 [59]; Underbakke et McBride, 2005 [142]	Ces études ne sont pas des expérimentations.
Albert et autres, 2004 [143]; Edwardsen et autres, 2004 [144]; Engelman et autres, 2001 [145]; Goldberg et autres, 2000 [146]	Il s'agit d'études de faisabilité.
Baskerville et autres, 2001 [147]; Larson et autres, 2006 [148]; Prochaska et autres, 2000 [149]; Rozier et autres, 2003 [150]; Tyler et autres, 2004 [67]	Il s'agit d'évaluations d'implantation.
Katz et autres, 2002 [151]	Cette étude pilote porte sur la même intervention qu'une étude expérimentale déjà incluse.
Knox et autres, 2001 [52]	Il s'agit d'une étude de cas sans éléments de comparaison.
Chirikos et autres, 2004 [152]; Franzini et autres, 2000 [153]; Hogg et autres, 2005 [74]	Dans ces études, on évalue le rapport coût-efficacité, mais des études dans lesquelles on évalue uniquement l'efficacité sont déjà incluses.
Vivilaki et autres, 2005 [154]	Le devis ne comporte pas d'éléments de comparaison.
Gosden et autres, 2000 [79]; Shaw et autres, 2005 [155]	Ces études ne portent pas sur la prévention.
Dubey et autres, 2006 [156]; Goodson et autres, 2001 [76]; Hogg et autres, 2002 [60]	Ces études ne comprennent pas de mesure des actes préventifs.
Vogt et autres, 2004 [157]	Cette étude ne vise pas à augmenter les services préventifs.
Flach et autres, 2004 [158]; Gillespie et autres, 2003 [159]	Ces études ne visent pas à modifier le comportement du clinicien.
Frijling et autres, 2003 [160]; Lobo et autres, 2002 [161]; Lobo et autres, 2002 [162]	Ces études visent les patients avec une problématique sur laquelle porte l'intervention.
Grilli et autres, 2002 [94]	Les données concernant l'efficacité sont imprécises et ne permettent pas de conclure sur les résultats.
Margolis et autres, 2001 [163]	Cette étude porte sur une intervention à plusieurs niveaux dont la seule composante visant à modifier le comportement des cliniciens est évaluée de façon unique dans une étude déjà incluse.
Cooke et autres, 2001 [164]	Ces auteurs évaluent les différences professionnelles, mais une étude plus pertinente sur la même intervention est déjà incluse.
Nguyen et autres, 2000 [165]	Cette étude vise uniquement les médecins d'origine vietnamienne.
Bailie et autres, 2003 [166]	Cette étude vise uniquement les communautés aborigènes d'Australie.
Steginga et autres, 2005 [167]	Cette étude porte uniquement sur une recommandation controversée (dépistage du cancer de la prostate).

ANNEXE C

FORMAT DE LA FICHE DE LECTURE

Stratégie :

Référence :

Lieu d'expérimentation :

Définition :

Description opérationnelle :

ANNEXE C

FORMAT DE LA FICHE DE LECTURE (suite)

Thème(s) :

Devis

- Type :
- Présence de groupe témoin :
- Présence de randomisation :

Durée de l'intervention :

Moment 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 :

ANNEXE C**FORMAT DE LA FICHE DE LECTURE (suite)**

Avantages de l'intervention :

Conditions d'efficacité :

Limites de l'étude selon les auteurs :

Commentaires généraux :

RÉFÉRENCES

Références

1. GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa, 1994, 1136 p.
2. CLAIR, M. et autres, *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*, Québec, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, 454 p.
3. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Loi sur la santé publique : L.R.Q., chapitre S-2.2, à jour au 1^{er} septembre 2007*, [En ligne], Éditeur officiel du Québec, [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html].
4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, 2003, 133 p.
5. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC EN COLLABORATION AVEC LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC ET L'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*, Gouvernement du Québec, 2006, 659 p.
6. HAYNES, B. et A. HAINES, "Getting research findings into practice: Barriers and bridges to evidence based clinical practice", *British Medical Journal*, vol. 317, n° 7153, 1998, p. 273-276.
7. DE KONING, J.S., "Quality of stroke prevention in general practice: relationship with practice organisation", *International Journal of Quality in Health Care*, vol. 17, n° 1, 2005, p. 59-65.
8. CORNUZ, J. et autres, "Physicians' attitudes toward prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits", *Family Practice*, vol. 17, n° 6, 2000, p. 535-540.
9. RENAUD, L. et autres, (2004, Octobre), *Symposium : Rôle des niveaux provincial, régional et local dans l'intégration des pratiques préventives en CLSC : l'expérience du projet Au cœur de la vie*, communication présentée au 2^e Colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé, Québec, Canada.
10. CHEVALIER, S., L. RENAUD et F. HUBERT, *L'Expérience d' Au cœur de la vie*, Institut national de santé publique du Québec, 2005, 36 p. (Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives)
11. PROVOST, M.-H., *Pratiques cliniques préventives : étude de besoins réalisée auprès d'intervenants de santé publique*, essai de maîtrise, Université Laval, 2006, 63 p., [Document non publié].
12. KOUTSAVLIS, A. T., *Dissémination des guides de pratiques chez les médecins*, Institut national de santé publique du Québec, 2001, 51 p.
13. DAVIS, D. A. et A. TAYLOR-VAISEY, "Translating guidelines into practice: A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 157, n° 4, 1997, p. 408-416.
14. THOMSON O'BRIEN, M. A. et autres, "Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 2, 2001, art. n° : CD003030.
15. LUSTIG, J. L. et autres, "Improving the delivery of adolescent clinical preventive services through skills-based training", *Pediatrics*, vol. 107, n° 5, 2001, p. 1100-1107.
16. ALLISON, J. J. et autres, "Multicomponent Internet continuing medical education to promote chlamydia screening", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 28, n° 3, 2005, p. 285-290.
17. BEAULIEU, M. D. et autres, "Comparative trial of a short workshop designed to enhance appropriate use of screening tests by family physicians", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 167, n° 11, 2002, p. 1241-1246.
18. CORNUZ, J. et autres, "Efficacy of resident training in smoking cessation: a randomized, controlled trial of a program based on application of behavioral theory and practice with standardized patients", *Annals of Internal Medicine*, vol. 136, n° 6, 2002, p. 429-437.
19. HERED, R. W. et M. ROTHSTEIN, "Preschool vision screening frequency after an office-based training session for primary care staff", *Pediatrics*, vol. 112, n° 1, 2003, p. e17-e21.
20. MOORE, H. et autres, "A cluster randomised trial to evaluate a nutrition training programme", *British Journal of General Practice*, vol. 53, n° 489, 2003, p. 271-277.

21. SHARIFF et autres, "Workshop to implement the baby-friendly office initiative. Effect on community physicians' offices", *Canadian Family Physician*, vol. 46, n° 5, 2000, p. 1090-1097.
22. TZIRAKI, C. et autres, "Effect of training on adoption of cancer prevention nutrition-related activities by primary care practices: results of a randomized, controlled study", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 15, n° 3, 2000, p. 155-162.
23. VERHOEVEN, V. et autres, "A short educational intervention on communication skills improves the quality of screening for Chlamydia in GPs in Belgium: a cluster randomised controlled trial", *Patient Education Counseling*, vol. 57, n° 1, 2005, p. 101-105.
24. OXMAN, A. D. et autres, "No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 153, n° 10, 1995, p. 1423-1431.
25. THOMSON, M.A. et autres, "Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 2, 2000, art. n° : CD000409.
26. WOODWARD, C. A., *Issues in health services delivery. Discussion paper No. 1 Improving provider skills. Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: Developing quality health care – a process of change*, Geneva, World Health Organization, 2000, 54 p.
27. GORIN, S. S. et autres, "Effectiveness of academic detailing on breast cancer screening among primary care physicians in an underserved community", *The Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 19, n° 2, 2006, p. 110-121.
28. GORIN, S. S. et autres, "Cancer education among primary care physicians in an underserved community", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 19, n° 1, 2000, p. 53-58.
29. KLEIN, J. D. et autres, "Improving adolescent preventive services through state, managed care, and community partnerships", *Journal of Adolescent Health*, vol. 32, n° 6, supplément S, 2003, p. 91-97.
30. GROULX, S. et P. CHAPUIS, *Changer les comportements de santé par des méthodes inspirées du marketing : au delà de la maladie et du patient, entrez en contact avec la personne et ses émotions pour vendre votre prescription et améliorer l'observance*, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2004, 39 p.
31. YOUNG, J. M, C. D'ESTE et J. E. WARD, "Improving family physicians' use of evidence-based smoking cessation strategies: a cluster randomization trial", *Preventive Medicine*, vol. 35, n° 6, 2002, p. 572-583.
32. YOUNG, J. M. et J.E. WARD, "Randomised trial of intensive academic detailing to promote opportunistic recruitment of women to cervical screening by general practitioners", *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 27, n° 3, 2003, p. 273-281.
33. PAUKERT, J. L., H. S. CHUMLEY-JONES et J.H. LITTLEFIELD, J. H., "Do peer chart audits improve residents' performance in providing preventive care?", *Academic Medicine*, vol. 78, n° 10, supplément, 2003, p. S39-S41.
34. JAMTVEDT, G. et autres, "Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 2, 2006, art. no : CD000259.
35. STONE, E.G. et autres, "Interventions that increase use of adult immunization and cancer screening services: a meta-analysis", *Annals of Internal Medicine*, vol. 136, n° 9, 2002, p. 641-651.
36. BORDLEY, W. C. et autres, "The effect of audit and feedback on immunization delivery: a systematic review", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 18, n° 4, 2000, p. 343-350.
37. HOUSTON, T. K. et autres, "Implementing achievable benchmarks in preventive health: a controlled trial in residency education", *Academic Medicine*, vol. 81, n° 7, 2006, p. 608-616.
38. DOUMIT, G. et autres, "Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 1, 2007, art. n° : CD000125.
39. ROGER, E. M., *Diffusion of innovations*, New York, Free Press, 1995.
40. DEXHEIMER, J. W. et autres, "Prompting clinicians: a systematic review of preventive care reminders", *AMIA Annual Symposium Proceedings*, 2005, p. 938.
41. BALAS, E. A. et autres, "Improving preventive care by prompting physicians", *Archives of Internal Medicine*, vol. 160, n° 3, 2000, p. 301-308.

42. DUBEY, V. et autres, "Improving preventive service delivery at adult complete health check-ups: the Preventive health Evidence-based Recommendation Form (PERFORM) cluster randomized controlled trial", *BMC Family Practice*, vol. 7, n° 44, 2006, p. 1-12.
43. BURNS, I. T., R. K. ZIMMERMAN et T. A. SANTIBANEZ, "Effectiveness of chart prompt about immunizations in an urban health center", *The Journal of Family Practice*, vol. 51, n° 12, 2002, p. 1018.
44. FRANK, O., J. LITT et J. BEILBY, "Opportunistic electronic reminders. Improving performance of preventive care in general practice", *Australian Family Physician*, vol. 33, n° 1-2, 2004, p. 87-90.
45. GARG, A. X. et autres, "Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review", *Journal of the American Medical Association*, vol. 293, n° 10, 2005, p. 1223-1238.
46. KELLEY, C. G. et autres, "Nurse practitioners and preventive screening in the hospital", *Clinical Nursing Research*, vol. 11, n° 4, 2002, p. 433-449.
47. PRICE, M., "Can hand-held computers improve adherence to guidelines? A (Palm) Pilot study of family doctors in British Columbia", *Canadian Family Physician*, vol. 51, n° 11, 2005, p. 1506-1507.
48. SHANNON, K. C. et autres, "Improving Delivery of Preventive Health Care with the Comprehensive Annotated Reminder Tool (CART)", *The Journal of Family Practice*, vol. 50, n° 9, 2001, p. 767-771.
49. BELCHER, D. W., A. O. BERG et T. S. INUI, "Practical approaches to providing better preventive care: Are physicians a problem or a solution?", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 4, n° 4, supplément, 1988, p. 27-52.
50. GILL, J. M., E. EWEN et M. NSEREKO, "Impact of an electronic medical record on quality of care in a primary care office", *Delaware Medical Journal*, vol. 73, n° 5, 2001, p. 187-194.
51. ADAMS, W.G., A. M. MANN et H. BAUCHNER, "Use of an electronic medical record improves the quality of urban pediatric primary care", *Pediatrics*, vol. 111, n° 3, 2003, p. 626-632.
52. KNOX, A. B. et autres, "Organization development strategies for continuing medical education", *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 21, n° 1, 2001, p. 15-23.
53. MCBRIDE, P. et autres, "Improving prevention systems in primary care practices: the Health Education and Research Trial (HEART)", *The Journal of Family Practice*, vol. 49, n° 2, 2000, p. 115-125.
54. YOUNG, P. C. et autres, "Evaluation of a learning collaborative to improve the delivery of preventive services by pediatric practices", *Pediatrics*, vol. 117, n° 5, 2006, p. 1469-1476.
55. SOLBERG, L. I. et autres, "Failure of a continuous quality improvement intervention to increase the delivery of preventive services. A randomized trial", *Effective Clinical Practice*, vol. 3, n° 3, 2000, p. 105-115.
56. LANGLEY, G. J. et autres, *The Improvement Guide*, San Francisco, Jossey-Bass, 1996, p. 94-97.
57. KOHRT, A. E. et L. G. KOHRT, "Improving immunization rates in pediatric practice", *Pediatric Annals*, vol. 30, n° 6, 2001, p. 320-327.
58. BORDLEY, W. C. et autres, "Improving preventive service delivery through office systems", *Pediatrics*, vol. 108, n° 3, 2001, p. 1-8.
59. SOLBERG, L. I. et autres, "Improving prevention is difficult", *Effective Clinical Practice*, vol. 3, n° 3, 2000, p. 153-155.
60. HOGG, W. et autres, "Improved preventive care in family practices with outreach facilitation: understanding success and failure", *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 7, n° 4, 2002, p. 195-201.
61. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, *Put Prevention Into Practice. A Step-by-Step Guide to Delivering Clinical Preventive Services: A Systems Approach*, Rockville (Maryland), Agency for Healthcare Research and Quality, 2002, 189 p.
62. GOODWIN, M. A. et autres, "A clinical trial of tailored office systems for preventive service delivery. The Study to Enhance Prevention by Understanding Practice (STEP-UP)", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 21, n° 1, 2001, p. 20-28.
63. LEMELIN, J., W. HOGG, et N. BASKERVILLE, "Evidence to action: a tailored multifaceted approach to changing family physician practice patterns and improving preventive care", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, n° 6, 2001, p. 757-763.
64. NAGYKALDI, Z., J. W. MOLD et C. B. ASPY, "Practice facilitators: a review of the literature", *Family Medicine*, vol. 37, n° 8, 2005, p. 581-588.

65. WEI, E. K. et autres, "Improving colorectal cancer screening by targeting office systems in primary care practices: disseminating research results into clinical practice", *Archives of Internal Medicine*, vol. 165, n° 6, 2005, p. 661-666.
66. MINK, O., *Change at Work: A Comprehensive Management Process for Transforming Organizations*, San Francisco, Jossey-Bass, 1993.
67. TYLER, D. O., M. A. TAYLOR-SEEHAFFER et M. MURPHY-SMITH, "Utilizing 'PIIP Texas style!' in a medically underserved population", *Journal of Public Health Management & Practice*, vol. 10, n° 2, 2004, p. 100-108.
68. YEAZEL, M. W. et autres, "Put Prevention Into Practice (PIIP): evaluating PIIP in two family practice residency sites", *Family Medicine*, vol. 34, n° 1, 2002, p. 17-22.
69. BACKER, E. L. et autres, "Improving female preventive health care delivery through practice change: an Every Woman Matters study", *The Journal of the American Board of Family Practice*, vol. 18, n° 5, 2005, p. 401-408.
70. GOTTLIEB, N. H. et autres, "The impact of Put Prevention Into Practice on selected clinical preventive services in five Texas sites", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 21, n° 1, 2001, p. 35-40.
71. MELNIKOW, J., N. D. KOHATSU et B. K. CHAN, "Put prevention into practice: a controlled evaluation", *American Journal of Public Health*, vol. 90, n° 10, 2000, p. 1622-1625.
72. STANGE, K. C. Stange et autres, "Sustainability of a practice-individualized preventive service delivery intervention", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 25, n° 4, 2003, p. 296-300.
73. KOTTKE, T. E. et L. I. SOLBERG, "STEP(ing)-UP to deliver clinical preventive services", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 21, n° 1, 2001, p. 68-69.
74. HOGG, W., N. BASKERVILLE et J. LEMELIN "Cost savings associated with improving appropriate and reducing inappropriate preventive care: cost-consequences analysis", *BMC Health Services Research*, vol. 5, n° 20, 2005, p. 1-15.
75. MURPHY-SMITH, M. et autres, "Put Prevention Into Practice implementation model: translating practice into theory", *Journal of Public Health Management & Practice*, vol. 10, n° 2, 2004, p. 109-115.
76. GOODSON, P. et autres, "Maintaining prevention in practice: survival of PIIP in primary care settings. Put Prevention Into Practice", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 20, n° 3, 2001, p. 184-189.
77. TOWN, R. et autres, "Economic incentives and physicians' delivery of preventive care: a systematic review", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 28, n° 2, 2005, p. 234-240.
78. GIUFFRIDA, A. et autres, "Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 3, 2000, art. n° : CD000531.
79. GOSDEN, T. et autres, "Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 3, 2000, art. n° : CD002215.
80. HULSCHER, M. E. et autres, "Interventions to implement prevention in primary care", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 1, 2001, art. n° : CD000362.
81. BROX, T., "Goodbye Ontario, hello California: leaving medicare for the Kaiser Permanente system", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 147, n° 4, 1992, p. 490-493.
82. DUNN, M. K. et autres, "Pneumococcal vaccination in nursing homes: does policy change practice?", *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 4, n° 3, 2003, p. 135-138.
83. KANE, R. L. et autres, "Economic incentives for preventive care: summary", *Evidence Report/Technology Assessment*, n° 101, 2004, p. 1-7.
84. ZIMMERMAN, R. K. et autres, "Impact of vaccine economic programs on physician referral of children to public vaccine clinics: a pre-post comparison", *BMC Public Health*, vol. 6, n° 7, 2006, p. 1-9.
85. GROULX, S. et autres, *Promotion de la prévention clinique (PPC) : un projet de promotion des pratiques préventives démontrées efficaces auprès des médecins de première ligne de la Montérégie*, Québec, 2001, 72 p.
86. DICKEY, L. L. "Promoting preventive care with patient-held minirecords: a review", *Patient Education and Counseling*, vol. 20, n° 1, 1993, p. 37-47.

87. YABROFF, K. R. et autres, "Inreach and outreach interventions to improve mammography use", *Journal of the American Medical Women's Association*, vol. 56, n° 4, 2001, p. 166-188.
88. SZILAGYI, P. G. et autres, "Effect of patient reminder/recall interventions on immunization rates: A review", *Journal of the American Medical Association*, vol. 284, n° 14, 2000, p. 1820-1827.
89. JACOBSON, V. J. et P. SZILAGYI, "Patient reminder and patient recall systems to improve immunization rates", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 3, 2005, art. n° : CD003941.
90. TAPLIN, S. H. et autres, "Testing reminder and motivational telephone calls to increase screening mammography: a randomized study", *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 92, n° 3, 2000, p. 233-242.
91. SZILAGYI, P. G. et autres, "Reducing geographic, racial, and ethnic disparities in childhood immunization rates by using reminder/recall interventions in urban primary care practices", *Pediatrics*, vol. 110, n° 5, 2002, p. 1-8.
92. SZILAGYI, P. G. et autres, "Effect of telephone reminder/recall on adolescent immunization and preventive visits: results from a randomized clinical trial", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 160, n° 2, 2006, p. 157-163.
93. VIVIER, P. M. et autres, "The impact of outreach efforts in reaching underimmunized children in a Medicaid managed care practice", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 154, n° 12, 2000, p. 1243-1247.
94. GRILLI, R.C., S. RAMSAY et S. MINOZZI, "Mass media interventions: effects on health services utilisation", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 1, 2002, art. n° : CD000389.
95. GRIMSHAW, J. M. et autres, "Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions", *Medical Care*, vol. 39, n° 8, supplément 2, 2001, p. II2-II45.
96. GREEN, L. W. et M. W. KREUTER, *Health promotion planning: an educational and ecological approach*, 3rd Ed., Mountain View (California), Mayfield Publishing Co., 1999, 506 p.
97. DODGE, W. T. et autres, "Enhancing primary care HIV prevention: a comprehensive clinical intervention", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 20, n° 3, 2001, p. 177-183.
98. GREEN, L. W., M. P. ERIKSEN et E. L. SCHOR, "Preventive practices by physicians: behavioral determinants and potential interventions", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 4, n° 4, supplément, 1988, p. 101-110.
99. BERNSTEIN, P. S., T. SANGHVI et I. R. MERKATZ, "Improving preconception care", *The Journal of Reproductive Medicine*, vol. 45, n° 7, 2000, p. 546-452.
100. FUNK, M. et autres, "A multicountry controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: findings of a World Health Organization collaborative study", *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 66, n° 3, 2005, p. 379-388.
101. GILL, J. M. et A. M. SALDARRIAGA, "The impact of a computerized physician reminder and a mailed patient reminder on influenza immunizations for older patients", *Delaware Medical Journal*, vol. 72, n° 10, 2000, p. 425-430.
102. KANER, E. et autres, "Promoting brief alcohol intervention by nurses in primary care: a cluster randomised controlled trial", *Patient Education and Counseling*, vol. 51, n° 3, 2003, p. 277-284.
103. LATESSA, R.A. et autres, "Changing practices in the use of pneumococcal vaccine", *Family Medicine*, vol. 32, n° 3, 2000, p. 196-200.
104. CROTTY, M. et autres, "An outreach intervention to implement evidence based practice in residential care: a randomized controlled trial", *BMC Health Services Research*, vol. 4, n° 6, 2004, p. 1-6.
105. KAIRYS, S. W. et autres, "Using a registry to improve immunization delivery", *Pediatric Annals*, vol. 35, n° 7, 2006, p. 500-506.
106. LANE, D. S., C. R. MESSINA et R. GRIMSON, "An educational approach to improving physician breast cancer screening practices and counseling skills", *Patient Education and Counseling*, vol. 43, n° 3, 2001, p. 287-299.
107. MICHIELUTTE, R. et autres, "Intervention to increase screening mammography among women 65 and older", *Health Education Research*, vol. 20, n° 2, 2005, p. 149-162.

108. SCHNEIDER, G. W., M. DEHAVEN et L. M. SNELL, "Fostering a culture of prevention in a residency program through a continuous quality improvement project", *American Journal of Medical Quality*, vol. 18, n° 2, 2003, p. 82-89.
109. TREMBLAY, M. et autres, "Physicians Taking Action Against Smoking: an intervention program to optimize smoking cessation counselling by Montreal general practitioners", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 165, n° 5, 2001, p. 601-607.
110. WALSH, J. M. et autres, "Promoting use of colorectal cancer screening tests. Can we change physician behavior?", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 20, n° 12, 2005, p. 1097-1101.
111. CAMPBELL, E. et autres, "A group randomised trial of two methods for disseminating a smoking cessation programme to public antenatal clinics: effects on patient outcomes", *Tobacco Control*, vol. 15, n° 2, 2006, p. 97-102.
112. COLEMAN, E. A. et autres, "The Delta project: increasing breast cancer screening among rural minority and older women by targeting rural healthcare providers", *Oncology Nursing Forum*, vol. 30, n° 4, 2003, p. 669-677.
113. DALEY, M. F. et autres, "Quality improvement in immunization delivery following an unsuccessful immunization recall", *Ambulatory Pediatrics*, vol. 4, n° 3, 2004, p. 217-223.
114. HAMBIDGE, S. J. et autres, "Strategies to improve immunization rates and well-child care in a disadvantaged population: a cluster randomized controlled trial", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 158, n° 2, 2004, p. 162-169.
115. OZER, E. M. et autres, "Increasing the screening and counseling of adolescents for risky health behaviors: a primary care intervention", *Pediatrics*, vol. 115, n° 4, 2005, p. 960-968.
116. QUINLEY, J. C. et A. SHIH, "Improving physician coverage of pneumococcal vaccine: a randomized trial of a telephone intervention", *Journal of Community Health*, vol. 29, n° 2, 2004, p. 103-115.
117. ROSKI, J. et autres, "The impact of financial incentives and a patient registry on preventive care quality: increasing provider adherence to evidence-based smoking cessation practice guidelines", *Preventive Medicine*, vol. 36, n° 3, 2003, p. 291-299.
118. RUFFIN, M. T. et D. W. GORENFLO, "Interventions fail to increase cancer screening rates in community-based primary care practices", *Preventive Medicine*, vol. 39, n° 3, 2004, p. 435-440.
119. KATZ, D. A. et autres, "Effectiveness of implementing the agency for healthcare research and quality smoking cessation clinical practice guideline: a randomized, controlled trial", *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 96, n° 8, 2004, p. 594-603.
120. KLEIN, J. D. et autres, "Improving adolescent preventive care in community health centers", *Pediatrics*, vol. 107, n° 2, 2001, p. 318-327.
121. MARGOLIS, P. A. et autres, "Practice based education to improve delivery systems for prevention in primary care: randomised trial", *BMJ*, vol. 328, n° 7436, 2004, p. 1-6.
122. OZER, E. M. et autres, "Can it be done? Implementing adolescent clinical preventive services", *Health Services Research*, vol. 36, n° 6, partie 2, 2001, p. 150-165.
123. LOVE, R. R. et autres, "Cancer prevention services and physician consensus in primary care group practices", *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, vol. 13, n° 6, 2004, p. 958-966.
124. ROETZHEIM, R. G. et autres, "A randomized controlled trial to increase cancer screening among attendees of community health centers", *Annals of Family Medicine*, vol. 2, n° 4, 2004, p. 294-300.
125. ROETZHEIM, R. G. et autres, "Long-term results from a randomized controlled trial to increase cancer screening among attendees of community health centers", *Annals of Family Medicine*, vol. 3, n° 2, 2005, p. 109-114.
126. BONDS, D. E. et autres, "A practice-centered intervention to increase screening for domestic violence in primary care practices", *BMC Family Practice*, vol. 7, n° 63, 2006, p. 1-8.
127. HUMAIR, J. P., C. R. BUCHS et H. STALDER, "Promoting influenza vaccination of elderly patients in primary care", *Family Practice*, vol. 19, n° 4, 2002, p. 383-389.
128. HAK, E. et autres, "Effectiveness of a co-ordinated nation-wide programme to improve influenza immunisation rates in The Netherlands", *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 18, n° 4, 2000, p. 237-241.

129. HERMENS, R. P. et autres, "Adherence to guidelines on cervical cancer screening in general practice: programme elements of successful implementation", *British Journal of General Practice*, vol. 51, n° 472, 2001, p. 897-903.
130. GRIMSHAW, J. M. et autres, "Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies", *Health Technology Assessment*, vol. 8, n° 6, 2004, p. 172.
131. HUNG, D. Y. et autres, "Influence of primary care practice and provider attributes on preventive service delivery", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 30, n° 5, 2006, p. 413-422.
132. GROL, R. et J. GRIMSHAW, "From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care", *Lancet*, vol. 362, n° 9391, 2003, p. 1225-1230.
133. GRIMSHAW, J. M. et autres, "Changing physicians' behavior: what works and thoughts on getting more things to work", *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 22, n° 4, 2002, p. 237-243.
134. SOHN, W., A. I. ISMAIL et M. TELLEZ, "Efficacy of educational interventions targeting primary care providers' practice behaviors: an overview of published systematic reviews", *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 64, n° 3, 2004, p. 164-172.
135. RUST, G., H. S. STROTHERS, 3rd, et R. K. ZIMMERMAN, "Re-engineering the primary care practice to eliminate adult immunization disparities", *Ethnicity & Disease*, vol. 15, n° 2, supplément 3, 2005, p. S321-S326.
136. NILSEN, P. et autres, "Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary health-care. A systematic review", *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 24, n° 1, 2006, p. 5-15.
137. ARO, A.A., S. VAN DEN BROUCKE et S. RATY, "Toward European consensus tools for reviewing the evidence and enhancing the quality of health promotion practice", *Promotion & Education*, supplément 1, 2005, p. 10-14.
138. HUMAIR, J. P. et J. CORNUZ, "A new curriculum using active learning methods and standardized patients to train residents in smoking cessation", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 18, n° 12, 2003, p. 1023-1027.
139. HUTCHINS, S. S., J. SHERROD et R. BERNIER, "Assessing immunization coverage in private practice", *Journal of the National Medical Association*, vol. 92, n° 4, 2000, p. 163-168.
140. RUHE, M. C. et autres, "Facilitating practice change: lessons from the STEP-UP clinical trial", *Preventive Medicine*, vol. 40, n° 6, 2005, p. 729-734.
141. SHEFER, A. et autres, "Status of quality improvement activities to improve immunization practices and delivery: findings from the immunization quality improvement symposium, October 2003", *Journal of Public Health Management & Practice*, vol. 12, n° 1, 2006, p. 77-89.
142. UNDERBAKKE et P. E. MCBRIDE, "Office systems for heart disease prevention", *Primary Care*, vol. 32, n° 4, 2005, p. 883-900.
143. ALBERT, D. A. et autres, "The use of 'academic detailing' to promote tobacco-use cessation counseling in dental offices", *Journal of the American Dental Association*, vol. 135, n° 12, 2004, p. 1700-1706.
144. EDWARDSSEN, E. A. et autres, "Pilot educational outreach project on partner violence", *Preventive Medicine*, vol. 39, n° 3, 2004, p. 536-542.
145. ENGELMAN, K. K., E. F. ELLERBECK et B. TOTTEEN, "Improving systems for preventive care via academic detailing by students", *Academic Medicine*, vol. 76, n° 5, 2001, p. 565-566.
146. GOLDBERG, H. I. et autres, "A controlled time-series trial of clinical reminders: using computerized firm systems to make quality improvement research a routine part of mainstream practice", *Health Services Research*, vol. 34, n° 7, 2000, p. 1519-1534.
147. BASKERVILLE, N. B., W. HOGG et J. LEMELIN, "Process evaluation of a tailored multifaceted approach to changing family physician practice patterns improving preventive care", *The Journal of Family Practice*, vol. 50, n° 3, 2001, p. W242-W249.
148. LARSON, K. et autres, "Public health detailing: a strategy to improve the delivery of clinical preventive services in New York City", *Public Health Reports*, vol. 121, n° 3, 2006, p. 228-234.
149. PROCHASKA, J. J. et autres, "PACE+: interactive communication technology for behavior change in clinical settings", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 19, n° 2, 2000, p. 127-131.

150. ROZIER, R. G. et autres, "Prevention of early childhood caries in North Carolina medical practices: implications for research and practice", *Journal of Dental Education*, vol. 67, n° 8, 2003, p. 876-885.
151. KATZ, D. A. et autres, "Effectiveness of a clinic-based strategy for implementing the AHRQ Smoking Cessation Guideline in primary care", *Preventive Medicine*, vol. 35, n° 3, 2002, p. 293-301.
152. CHIRIKOS, T. N. et autres, "Cost-effectiveness of an intervention to increase cancer screening in primary care settings", *Preventive Medicine*, vol. 39, n° 2, 2004, p. 230-238.
153. FRANZINI, L. et autres, "Cost-effectiveness of childhood immunization reminder/recall systems in urban private practices", *Pediatrics*, vol. 106, n° 1, partie 2, 2000, p. 177-183.
154. VIVILAKI, V. et autres, "Are health education meetings effective in recruiting women in cervical screening programmes? An innovative and inexpensive intervention from the island of Crete", *Rural Remote Health*, vol. 5, n° 376, 2005, p. 1-8.
155. SHAW, B. et autres, "Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 3, 2005, art. n° : CD005470.
156. DUBEY, V. et R. GLAZIER, "Preventive care checklist form. Evidence-based tool to improve preventive health care during complete health assessment of adults", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 52, 2006, p. 48-55.
157. VOGT, T. M. et autres, "The Prevention Index: using technology to improve quality assessment", *Health Services Research*, vol. 39, n° 3, 2004, p. 511-530.
158. FLACH, S. D. et autres, "Does patient-centered care improve provision of preventive services?", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 19, n° 10, 2004, p. 1019-1026.
159. GILLESPIE, L. D. et autres, "Interventions for preventing falls in elderly people", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4, 2003, art. n° : CD000340.
160. FRIJLING, B. et autres, "Multifaceted support to improve preventive cardiovascular care: a nationwide, controlled trial in general practice", *British Journal of General Practice*, vol. 53, n° 497, 2003, p. 934-941.
161. LOBO, C. M. et autres, "Organizing cardiovascular preventive care in general practice: determinants of a successful intervention", *Preventive Medicine*, vol. 35, n° 5, 2002, p. 430-436.
162. LOBO, C. M. et autres, "Improving quality of organizing cardiovascular preventive care in general practice by outreach visitors: a randomized controlled trial", *Preventive Medicine*, vol. 35, n° 5, 2002, p. 422-429.
163. MARGOLIS, P. A. et autres, "From concept to application: the impact of a community-wide intervention to improve the delivery of preventive services to children", *Pediatrics*, vol. 108, n° 3, 2001, p. 1-10.
164. COOKE, M. R., P. MATTICK et R. A. WALSH, "Differential uptake of a smoking cessation programme disseminated to doctors and midwives in antenatal clinics", *Addiction*, vol. 96, n° 3, 2001, p. 495-505.
165. NGUYEN, B. H. et autres, "Promoting cancer prevention activities among Vietnamese physicians in California", *Journal of Cancer Education*, vol. 15, n° 2, 2000, p. 82-85.
166. BAILIE, R. S. et autres, "Preventive medical care in remote Aboriginal communities in the Northern Territory: a follow-up study of the impact of clinical guidelines, computerised recall and reminder systems, and audit and feedback", *BMC Health Services Research*, vol. 3, n° 15, 2003, p. 1-13.
167. STEGINGA, S. K. et autres, "An educational workshop on the early detection of prostate cancer—a before-after evaluation", *Australian Family Physician*, vol. 34, n° 10, 2005, p. 889-891.

L'INTÉGRATION DE PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

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