

L'INTÉGRATION DE PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

GUIDE D'IMPLANTATION D'UN SYSTÈME DE SOINS
APPLIQUÉ AU DÉPISTAGE ET AU SUIVI DE
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE EN MILIEU CLINIQUE

FASCICULE 1
MISE À JOUR 2010



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE
D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Québec 

Le Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique, Fascicule 1, document de la Collection sur l'intégration de pratiques cliniques préventives, a été produit par la Direction de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique en collaboration avec la Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Coordination des travaux

Christine Pakenham, Direction de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique.

Auteure

Huguette Bélanger, médecin-conseil, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Collaboration à la rédaction

Raymonde Pineau, médecin-conseil, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Louise Soulière, médecin-conseil, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Révision linguistique

Francine Bordeleau

Secrétariat

Hélène Piché

Conception et réalisation graphique

Tremblay Design Graphique

Cette publication a reçu l'appui du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec

Référence suggérée : BÉLANGER, H. *Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique, Fascicule 1*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, 12 p. (Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives)

Édition :

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

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

www.msss.gouv.qc.ca section 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, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-550-61091-5 (version PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2011

LA PRÉVENTION
EN MILIEU
CLINIQUE

Table des matières

	● FASCICULE 1	LA PRÉVENTION EN MILIEU CLINIQUE
7	1. LA PRÉVENTION PRATICO-PRATIQUE	
7	1.1	Rappel des trois niveaux de prévention
8	1.2	Une opportunité à saisir dans les milieux cliniques
8	1.3	Optimiser les services préventifs
9	1.4	Obtenir un soutien à la démarche
12	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
	● LISTE DES TABLEAUX	
11	TABLEAU 1	Étapes d'implantation d'un système de soins préventifs
	● LISTE DES FIGURES	
8	FIGURE 1	Niveaux de prévention
10	FIGURE 2	Modèle d'organisation des services pour votre clinique

1. | La prévention pratico-pratique

Les pratiques préventives sont plus que jamais à l'ordre du jour. Recommandées par la Commission Clair en 2000, inscrites dans la Loi sur la santé publique en 2001, préconisées comme l'une des stratégies d'action par le *Programme national de santé publique 2003-2012*, elles sont aussi mentionnées expressément dans l'offre de service des groupes de médecine de famille (GMF)¹.

Les **pratiques cliniques préventives** (PCP) regroupent un ensemble d'interventions faites par un professionnel de la santé auprès d'un patient; elles peuvent comprendre la promotion de comportements sains, le counselling sur les habitudes de vie, le dépistage des maladies ou des facteurs de risque, l'immunisation et la chimioprophylaxie. Ces pratiques permettent d'agir en amont des problèmes, afin de réduire la morbidité et la mortalité évitables. La **prévention** vise la réduction des problèmes psychosociaux et de santé par l'action sur les facteurs de risque et de vulnérabilité. La **promotion** de la santé et du bien-être vise plutôt à renforcer les facteurs de protection par des actions qui misent, entre autres, sur le potentiel des personnes et des groupes.

Les cliniciens sont appelés à considérer la **santé globale** de leurs patients. Mais alors que les milieux de pratique continuent de mettre l'accent sur le curatif (guérir et soigner), comment en arriver à privilégier les interventions préventives, mesures par ailleurs rarement nuisibles, considérées comme importantes par les médecins et désirées par les patients?

Plusieurs obstacles liés aux patients, aux professionnels ou à l'organisation des soins empêchent l'exercice régulier de la prévention. Sans minimiser ces obstacles, il est toutefois possible d'adopter ou d'améliorer des pratiques préventives reconnues comme efficaces et pertinentes si plusieurs stratégies sont utilisées. Et dans cette perspective, l'arrivée de l'infirmière dans les GMF constitue un atout majeur.

1.1 | Rappel des trois niveaux de prévention

Selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP), la prévention en milieu clinique repose sur une démarche sélective basée sur l'âge et le sexe de la personne. Pour appliquer une intervention préventive, il importe de connaître les facteurs de risque, les facteurs de protection et les phases de développement de la maladie². La prévention peut être primaire, secondaire ou tertiaire. Comme le montre la *figure 1*, la prévention primaire consiste à faire la promotion de la santé, l'éducation et le counselling, et à offrir une protection (vaccination ou chimioprophylaxie) si le patient est exposé à un facteur de risque modifiable. La prévention secondaire vise à dépister la maladie à un stade où le patient est asymptomatique. La prévention tertiaire vise à freiner l'évolution d'une maladie chez un patient diagnostiqué afin d'en éviter les complications.

L'application des mesures de prévention doit tenir compte des **preuves de l'efficacité de l'intervention**. Les lignes directrices et les consensus d'experts guident les intervenants dans leurs actions.

FIGURE 1. NIVEAUX DE PRÉVENTION

	PRÉVENTION PRIMAIRE	PRÉVENTION SECONDAIRE	PRÉVENTION TERTIAIRE
Caractéristiques	Facteurs de risque Maladie au sein de la population	Exposition de la personne au facteur de risque de la maladie ou à la maladie Changement pathologique précoce	Signes et symptômes décelés Résultats de la maladie clinique: décès, invalidité ou rétablissement
Modes d'intervention	Promotion de la santé, Éducation, Counselling Protection particulière	Dépistage Diagnostic précoce	Soins Réadaptation

Source : Adapté de Agence de santé publique du Canada, cours d'épidémiologie, hiver 2007

1.2 | Une opportunité à saisir dans les milieux cliniques

Les omnipraticiens en cabinet privé assurent 80 % du volume des soins ambulatoires. Les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) révèlent qu'au cours d'une année, autour de 70 % de la population consulte un médecin, pour une moyenne de quatre visites (RAMQ, 2002). Le milieu clinique représente donc un potentiel important d'interventions pour améliorer la santé de la population. De plus, les médecins et les patients ont une attitude positive à l'égard de la prévention et manifestent de l'intérêt quant à l'application des pratiques recommandées³. Les premiers influencent les comportements des seconds. Les médecins jouissent en effet d'une grande crédibilité auprès de leurs patients, qui par ailleurs apprécient les interventions préventives à leur égard^{4,5}.

Malgré la valeur accordée à la prévention clinique, les recommandations des guides de pratique sont peu appliquées⁶. Les interventions préventives ne sont offertes que dans une proportion de 55 %⁷. Quant aux interventions relatives aux recommandations A et B du GECSSP, elles sont offertes dans une proportion de 65,5 % et de 31 % respectivement⁸.

Comme principaux freins aux pratiques préventives, les médecins évoquent le manque de temps, le conflit de priorité entre le curatif et le préventif, la lourdeur administrative, la rémunération insuffisante, les recommandations contradictoires.

Un ensemble de stratégies reconnues comme efficaces permettent d'augmenter la prestation de services préventifs en milieu clinique. Elles sont regroupées sous trois grandes catégories :

- les interventions éducatives axées sur l'amélioration des connaissances (ateliers de formation médicale continue, diffusion de guides de pratique, etc.);
- les interventions qui soutiennent les changements de comportements des intervenants (rappels, rétroaction sur les pratiques, etc.);
- les interventions portant sur l'environnement de pratique et l'organisation des services (répartition des tâches, organisation du lieu de pratique, utilisation d'outils, etc.).

Les études démontrent que les interventions fondées sur l'utilisation simultanée de plusieurs stratégies sont plus efficaces.

1.3 | Optimiser les services préventifs

La prévalence des maladies chroniques et le fardeau qu'elles représentent pour le système de soins ont suscité de nombreuses recherches tant sur les mesures préventives que sur l'organisation des services de première ligne. Les effets positifs d'une organisation des services axée sur une problématique particulière, plutôt que sur le traitement au cas par cas, sont largement démontrés dans la littérature. Un modèle proposé par Wagner en 1996 et repris par Cretin en 2004 est présenté à la *figure 2*^{9,10}. Cette façon de faire permet d'obtenir des rencontres patient/médecin de bonne qualité et plus productives. Elle suscite la participation de l'ensemble du personnel, reconnaît le rôle de chacun

et maximise les retombées des interventions. Ce modèle identifie six leviers d'action. Outre les ressources de la communauté et l'organisation du système de santé, ce modèle propose aussi d'agir sur les volets suivants :

1. le **soutien à l'autogestion** : maintien des compétences des professionnels, animateur/répondant au sein de l'équipe, fonctionnement en équipe, ouverture au changement, implication du patient dans ses soins, soutien au patient par un enseignement approprié, soutien psychosocial (rencontres de groupe).
2. la **reconfiguration du système de prestation de soins** à l'intérieur de la clinique : bilan des pratiques actuelles, détermination claire des tâches de chacun, choix d'un gestionnaire de cas, planification de la trajectoire de soins des patients, planification de rencontres d'équipe régulières, adoption du modèle de fonctionnement par chacun.
3. le **soutien à la décision clinique** : lignes directrices-guides de pratique (soins basés sur les données probantes), formation professionnelle continue, consultations disponibles (accès à l'expertise d'autres professionnels), rétroaction sur les pratiques auprès des professionnels.
4. les **systèmes d'information cliniques** : registres de données, systèmes de rappel, suivis de mesures (monitorage).

Chacun des leviers est appuyé par une série de mesures destinées aux professionnels comme aux patients, et qui entraînent une amélioration des résultats tant sur le plan clinique que fonctionnel.

Par ailleurs, comme plusieurs facteurs de risque liés au mode de vie ou à la biologie (HTA, dyslipidémie, obésité) sont communs et influencent l'apparition et les complications des maladies chroniques, il importe d'accentuer la prévention. Les soins **systematisés** visant ces facteurs de risque contribuent fortement à retarder ou à éviter l'apparition et les complications des maladies chroniques.

Dans le but de diminuer les décès évitables et de préserver la qualité de vie en retardant les incapacités, les Américains ont conçu un outil de systématisation des soins afin d'accroître l'application des pratiques préventives issues des recommandations du *US Preventive Services Task Force* (USPSTF). Cet outil qui réfère aux divers leviers d'action du modèle de Wagner, vise à augmenter le niveau de conscience des cliniciens face à la prévention et à l'utilisation des services préventifs en milieu clinique (tests de dépistage, counselling, immunisations). Implanté en 1994, le

Put Prevention into Practice (PPIP) a été transféré à l'*American Health Research and Quality* en 1998. Il a été mis au point avec la participation et la coopération de plusieurs groupes privés et publics. De fait, tout en se fondant sur des interventions reconnues comme efficaces pour augmenter la prestation de services préventifs dans les organisations de première ligne, le PPIP est le résultat de consultations menées auprès de groupes de discussion composés de cliniciens, du personnel de cliniques et de patients. Les consultations se poursuivent avec les utilisateurs actuels.

Le PPIP est un guide qui propose une approche **systematique**. Il explique, étape par étape, comment offrir les services préventifs de routine pour chaque patient, précise les services recommandés, donne des clés pour obtenir l'adhésion de l'ensemble du personnel et explique comment évaluer et raffiner le système. C'est un guide facile à utiliser car il décompose la prestation des services préventifs en petites étapes « gérables » ; il peut être appliqué dans chaque type d'organisation, il comprend des outils de travail à utiliser tels quels ou à adapter, et il est basé sur les résultats probants d'études scientifiques. Le fascicule 3 du présent guide est donc inspiré de cet outil américain car il vise les mêmes objectifs d'optimisation des actes préventifs en clinique. Il en a retenu les caractéristiques et les étapes d'implantation.

1.4 | Obtenir un soutien à la démarche

De concert avec les CSSS, les directions régionales de santé publique peuvent offrir aux milieux cliniques un accompagnement revêtant différents aspects. Par exemple :

- information sur la population d'un territoire;
- soutien pour dresser un portrait des pratiques actuelles;
- information sur les guides de pratique;
- formation (ateliers interactifs et ateliers visant l'acquisition de compétences techniques);
- production d'outils à l'intention des médecins, des infirmières et des patients;
- mise en place de processus d'évaluation et de rétroaction.

FIGURE 2. MODÈLE D'ORGANISATION DES SERVICES POUR VOTRE CLINIQUE

Engagement : Offrir des services de QUALITÉ par une approche SYSTÉMATIQUE

Buts partagés :
 Choisir UN problème de santé particulier
 Cibler UNE population
 Pratiquer UNE intervention basée sur des données probantes

LEVIERS D'ACTION			
<p>Soutien à l'autogestion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintien des compétences de chacun • animateur/répondant au sein de l'équipe • Fonctionnement en équipe • Ouverture au changement • Implication du patient dans ses soins • Soutien au patient par l'enseignement • Soutien psychosocial 	<p>Configuration du système de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilan des pratiques actuelles • Détermination des tâches de chacun • Choix d'un gestionnaire de cas • Planification de la trajectoire de soins des patients • Planification de rencontres d'équipe régulières • Adoption du modèle de fonctionnement par chacun 	<p>Soutien à la décision clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lignes directrices-guides de pratique • Formation professionnelle continue • Consultations disponibles (accès à l'expertise) • Rétroaction sur les pratiques auprès des professionnels 	<p>Système d'information clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registres de données • Systèmes de rappel • Suivis des mesures (monitorage)

SOUTIEN DE LA COMMUNAUTÉ



RÉSULTATS	
Amélioration de la santé de votre clientèle	Augmentation de l'efficacité de vos services

Sources : E.H. WAGNER, B.T. AUSTIN et M. VON KORFFS, 1996; S. CRETIN, S.M. SHORTELL et E.B. KEELER, 2004.

TABLEAU 1 ÉTAPES D'IMPLANTATION D'UN SYSTÈME DE SOINS PRÉVENTIFS**1. VÉRIFIER SI VOTRE MILIEU EST PRÊT POUR UN CHANGEMENT DANS LE SYSTÈME DE SOINS**

- Apprécier les croyances et les valeurs du personnel sur la prévention
- Obtenir l'opinion du personnel et des patients
- Proposer le présent Guide comme une possibilité

2. ÉTABLIR LE PORTRAIT DE VOS PRATIQUES PRÉVENTIVES ACTUELLES

- Décrire les pratiques en lien avec la mesure de la PA et les habitudes de vie
- Identifier chez les patients hypertendus la présence au dossier des facteurs de risque de MCV, de l'investigation de base et du traitement non pharmacologique

3. ÉLABORER UN PROTOCOLE DE SOINS PRÉVENTIFS

- Déterminer la clientèle ciblée et les intervenants concernés
- Examiner les lignes directrices sur l'hypertension artérielle et choisir celles que la clinique veut appliquer
- Déterminer les activités à réaliser
- Inscrire les instances consultées, les dates d'adoption et de révision du protocole

4. DÉTERMINER LA FAÇON DE DONNER LES SERVICES PRÉVENTIFS

- Obtenir la collaboration des professionnels et du personnel de soutien administratif
- Répartir la responsabilité pour chacune des tâches entre les membres du personnel

5. CHOISIR LES OUTILS À UTILISER

- Déterminer les outils à utiliser par les professionnels de la clinique
- Décider des outils à distribuer aux patients lors des consultations
- Préciser le mode de circulation de l'information et du matériel

6. ÉVALUER, RÉAJUSTER, « PEAUFINER »

- Choisir la démarche d'évaluation
- Prévoir la réévaluation des objectifs et en déterminer le moment
- Obtenir l'opinion du personnel et des patients

Références bibliographiques

1. « L'offre de service attendue de tous les GMF » in GROUPE DE SOUTIEN À L'IMPLANTATION DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE, *Devenir un GMF, Guide d'accompagnement, Le groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin: Annexe J*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 2005, p. J-12-J-13.
2. BEAUCAGE, C. et Y. BONNIER VIGER, *Épidémiologie appliquée*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 1996, 550 p.
3. BEAULIEU, M. D., E. HUDON, D. ROBERGE, R. PINEAULT, D. FORTÉ et J. LÉGARÉ, *Intégration des activités de prévention aux pratiques médicales. Sommes-nous tous sur la même longueur d'onde ?*, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, R99-05, avril 1999.
4. BUTLER JONES, D. « Enhancing prevention in the practice of health professionals », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 87, suppl. 2, 1996, p. S75-S78.
5. MCISAAC, W.J., E. FULLER-THOMSON et Y. TALBOT, « Does having regular care by a family physician improve preventive care? », *Canadian Family Physician*, vol. 47, 2001, p. 70-76.
6. HUTCHISON, B.G. et autres, « Preventive care and barriers to effective prevention: How do family physician see it? », *Canadian Family Physician*, vol. 42, 1998, p. 1693-1700.
7. MCGLYNN, E.A. et autres, « The quality of health care delivered to adults in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 348, no 26, 2003, p. 2635-2645.
8. HUTCHISON, B.G., C.A. WOODWARD, R. GEOFFREY, J. ABELSON et J.A. BROWN, « Provision of preventive care to unannounced standardized patients », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 158, no 2, 1998, p. 185-193.
9. WAGNER, E.H., B.T. AUSTIN et M. VON KORFF, « Organizing care for patients with chronic illness », *The Milbank Quarterly*, vol. 74, no 4, 1996, p. 511-544.
10. CRETIN S., S.M. SHORTELL et E.B. KEELER, « Improving chronic illness care: An evaluation of collaborative interventions to improve chronic illness care », *Evaluation Review*, vol. 28, no 4, 2004, p. 28-51.

