

**Direction de santé publique**

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

## **Le système de prévention clinique**

Phase 1 :

Intégration optimale du *counseling* sur les habitudes de vie

**GARDER**  
notre monde  
**ENSANTÉ**



notre monde

**Direction de santé publique**

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

## **Le système de prévention clinique**

Phase 1 :

Intégration optimale du *counseling* sur les habitudes de vie

***Diane Martel***

***Viviane Leaune***

2009

Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal

Québec 

**GARDER**  
*notre monde*  
**ENSANTÉ**

Une réalisation du secteur Services préventifs en milieu clinique  
Direction de santé publique  
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal  
1301, rue Sherbrooke Est  
Montréal (Québec) H2L 1M3  
Téléphone : 514 528-2400  
www.santepub-mtl.qc.ca

Collaboration :

Marie-Josée Paquet, Jacinthe Hovington

Remerciements :

Marie-Claude Gélinau, Robert Perreault, Sylvie Roberge, Laurence Harvey

Pour des informations plus complètes, le lecteur peut se référer au document intitulé  
*L'amélioration des pratiques cliniques préventives à l'égard des habitudes de vie.*

© Direction de santé publique  
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009)  
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89494-725-8 (ensemble)  
ISBN 978-2-89494-726-5 (phase 1) (version imprimée)  
ISBN 978-2-89494-873-6 (phase 1) (version PDF)  
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009  
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2009

Prix : 5 \$

## Mot du directeur

---

La Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal s'est engagée à optimiser les pratiques cliniques préventives réalisées en première ligne afin d'amener les Montréalais à améliorer leurs habitudes de vie.

Pour ce faire, la direction a élaboré le Système de prévention clinique, une initiative sans précédent déployée dans les douze centres de santé et de services sociaux (CSSS) desservant la région de Montréal. Le Système de prévention clinique vise la création des environnements de pratiques facilitant la promotion du *counseling* bref sur les habitudes de vie, la mise en place des centres d'éducation pour la santé (CES) et la création d'une équipe dédiée à la prévention sur chaque territoire de CSSS.

Cette initiative a été élaborée à partir des données probantes, d'une analyse des meilleures pratiques ainsi que des consultations auprès des milieux cliniques et des partenaires.

Ce document se veut une référence pour des personnes intéressées à mieux comprendre les principes sur lesquels ce programme repose.

Bonne lecture,



Richard Lessard, M.D.  
Directeur de santé publique



## **Table des matières**

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Prévalence élevée d'habitudes de vie nocives pour la santé .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Le <i>counseling</i> et l'entrevue motivationnelle : des interventions efficaces pour modifier les habitudes de vie .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Sous-utilisation du <i>counseling</i> à l'égard des habitudes de vie .....</b>	<b>7</b>
<b>4. Le Système de prévention clinique .....</b>	<b>9</b>
4.1 Différentes approches et stratégies pour modifier les pratiques cliniques préventives (objectif spécifique 1).....	9
4.2 Une stratégie d'implantation et de suivi : la facilitation.....	11
4.3 L'approche organisationnelle et la facilitation : une combinaison gagnante .....	11
4.4 L'ajout d'un système d'accompagnement et de suivi des patients pour soutenir le <i>counseling</i> bref par les médecins (objectif spécifique 2) .....	12
4.5 Leçons à tirer de divers programmes visant à modifier les pratiques cliniques préventives des médecins en première ligne .....	13
<b>Conclusion.....</b>	<b>17</b>
<b>Références .....</b>	<b>19</b>
<b>Annexe I</b>	
<b>Survol des écrits sur l'entrevue motivationnelle dans le domaine des habitudes de vie</b>	
<b>Annexe II</b>	
<b>L'entrevue motivationnelle au centre d'éducation pour la santé</b>	



## Introduction

---

À la suite de la réorganisation récente du réseau de la santé, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) se sont vu confier la responsabilité d'améliorer la santé de l'ensemble de la population de leur territoire. Cette nouvelle approche leur demande non seulement d'assurer l'intégration et la continuité des services de santé offerts, mais également de jouer un rôle majeur en prévention et en promotion de la santé. En accord avec les priorités nationales, régionales et locales de santé publique, l'accroissement de la prévention clinique constitue à cet effet l'une des stratégies à privilégier.

Le Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP) inscrit la promotion et le soutien aux pratiques cliniques préventives (PCP) dans ses stratégies d'intervention. Il est souhaité que la prévention soit intégrée dans les activités quotidiennes des professionnels de la santé de première ligne. Celle-ci offre un potentiel populationnel important pour la réalisation d'interventions préventives : 70 % de la population consulte un médecin en cabinet chaque année pour une moyenne de 4 visites. De plus, il a été démontré que les médecins exercent une influence sur la décision des patients d'adopter des comportements préventifs.

Afin de faciliter l'intégration optimale de la prévention dans les milieux cliniques de première ligne, la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a conçu un programme dont l'implantation a débuté en 2006 dans chacun des 12 territoires des CSSS de la région de Montréal. Ce programme, appelé *Système de prévention clinique* (SPC), se veut une stratégie de dissémination et de soutien des pratiques cliniques préventives dans les milieux cliniques de première ligne. L'implantation et l'opérationnalisation de ce programme se font en étroite collaboration avec les acteurs des différents milieux (CSSS, Département régional de médecine générale, cliniques médicales, etc.).

Le SPC a priorisé, dans un premier temps, les PCP reliées aux saines habitudes de vie qui sont également des cibles d'action du PNSP. Il s'agit principalement du *counseling* relié à la cessation tabagique et à une saine alimentation ainsi que des recommandations pour une activité physique régulière. La décision d'agir sur les habitudes de vie résulte d'un consensus régional et de consultations menées auprès des médecins. La littérature montre, par ailleurs, une sous-utilisation des PCP liées aux habitudes de vie.



## 1. Prévalence élevée d'habitudes de vie nocives pour la santé

---

On observe une prévalence élevée d'habitudes nocives pour leur santé parmi les Montréalais (Statistique Canada, 2006), habitudes qui constituent des facteurs de risque de plusieurs maladies non transmissibles telles que le diabète, le cancer et les affections cardiovasculaires (Organisation mondiale de la Santé, 2002, 2005). Au Québec, la prévalence de telles habitudes de vie demeure élevée, et, à cet égard, le profil de la région de Montréal est semblable à celui du Québec. Selon les résultats de l'*Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes 2005 (ESCC)* (Statistique Canada, 2006) en matière d'habitudes alimentaires, 45 % de la population québécoise consommait moins de cinq fois par jour des fruits et légumes, comparativement à 41 % au Canada. En ce qui a trait à l'activité physique, 51 % de la population québécoise était considérée comme inactive, comparativement à 47 % de la population canadienne et à 50 % de celle de la région de Montréal. Pour le tabagisme près du quart (24 %) de la population québécoise fumait régulièrement ou occasionnellement, comparativement à 22 % pour l'ensemble de la population canadienne et à 25 % pour celle de la région de Montréal.

Il est admis que la plupart des maladies non transmissibles pourraient être évitées en investissant dans la prévention (Organisation mondiale de la Santé, 2002). Un moyen de prévenir ces maladies consiste à modifier les facteurs de risque comportementaux majeurs que sont la sédentarité, la mauvaise alimentation et le tabagisme (*ibid.*). En fait, agir sur ces habitudes de vie permet de diminuer la mortalité et la morbidité associées à plusieurs maladies non transmissibles (*ibid.*). Ainsi, il est possible d'améliorer la santé publique grâce à des mesures visant à limiter les facteurs de risque de maladies non transmissibles; la réduction des risques, même modeste, permet d'obtenir des avantages cumulés durables qui dépassent de loin l'effet d'interventions qui visent uniquement les individus les plus exposés (*ibid.*).



## **2. Le *counseling* et l'entrevue motivationnelle : des interventions efficaces pour modifier les habitudes de vie**

---

Ces données montrent bien l'intérêt qu'il y aurait à intervenir davantage face aux habitudes de vie. Encore faut-il qu'il y ait des interventions efficaces à cet égard.

Le *counseling* exercé dans les milieux cliniques de première ligne apparaît comme l'une de ces interventions. En effet, plusieurs études ont démontré l'efficacité de cette pratique clinique préventive ou du moins son caractère prometteur pour modifier les habitudes de vie, et, comme telle, elle est recommandée par les experts (Lancaster et Stead, 2004; Fiore *et al.*, 2000; Elford *et al.*, 2001; Pignone *et al.*, 2003; Tremblay et Gervais, 2001; Brunner *et al.*, 2005; Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 1994; U.S. Preventive Services Task Force, 2005, 2006).

Dans le contexte particulier des services de première ligne, les interventions de *counseling* comportemental sont des interventions faites par les cliniciens ou autres professionnels pour aider les patients à adopter ou à maintenir des comportements dont il a été démontré qu'ils étaient bénéfiques pour la santé (Whitlock *et al.*, 2002).

Le *counseling* peut être plus ou moins bref, plus ou moins intensif. Il peut être directif ou non directif, mais, tel qu'utilisé en pratique clinique préventive, il est toujours directif à divers degrés. Il peut se réduire à donner de l'information et un avis (10 à 20 min ou même moins) ou à quelques contacts sur un même sujet, mais peut aussi prendre la forme de périodes planifiées en sessions structurées (5 à 15) à intervalles relativement courts (par exemple, une fois par semaine) (Elford *et al.*, 2001).

Il existe divers modèles, méthodes et techniques de *counseling*. L'entrevue motivationnelle, une méthode développée à l'origine pour l'intervention auprès des toxicomanes, est de plus en plus utilisée dans d'autres domaines, dont celui de l'adhésion au traitement et celui des habitudes de vie relatives à la santé (Knight *et al.*, 2006). Miller et Rollnick, créateurs de cette méthode, la définissent comme suit :

une méthode de communication, directive et centrée-sur-le-client utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence (Miller et Rollnick, 2000, *in* Rossignol, 2001, p. 18).

Trois méta-analyses ont démontré l'efficacité de l'entrevue motivationnelle dans plusieurs domaines de la santé tant pour l'adhésion au traitement que pour l'adoption de saines habitudes de vie (Rubak *et al.*, 2005; Hettema *et al.*, 2005 et Knight *et al.*, 2006).

La méta-analyse de Rubak *et al.* (2005) inclut 72 études randomisées. Elle rapporte que l'entrevue motivationnelle est plus efficace que l'avis traditionnel d'un omnipraticien, c'est-à-dire une approche dans laquelle le médecin définit lui-même le problème du patient d'un point de vue biomédical en ne tenant pas compte du point de vue du patient pour donner son avis. Par ailleurs, le niveau d'efficacité n'est pas lié à la profession du conseiller (médecin, psychologue, nutritionniste, etc.), mais l'est à la durée de l'entrevue et au suivi. Même des entrevues d'une durée de 15 minutes ou moins produisent des effets significatifs. De plus, bien qu'une seule session puisse avoir des effets positifs, deux sessions ou plus entraînent des bénéfices accrus.

La méta-analyse de Hettema *et al.* (2005) inclut aussi 72 études randomisées. Elle rapporte que les effets de l'entrevue motivationnelle (EM) sur la cessation tabagique (6 études) semblent placer cette intervention sur un pied d'égalité avec les interventions de comparaison, alors que les quatre études portant sur l'adhérence à des programmes de modification des habitudes alimentaires et des programmes d'activité physique montrent des résultats supérieurs de l'EM qui sont jugés prometteurs par les auteurs.

Il a également été démontré dans la recension de Knight *et al.* (2006) que dans 2 essais randomisés l'entrevue motivationnelle est significativement plus efficace que les services courants pour aider les patients à adopter des habitudes de vie plus saines.

Ajoutons que l'entrevue motivationnelle est recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) pour les interventions en cessation tabagique (World Health Organisation, 2001, in Soria *et al.*, 2006; *Centers for Disease Control and Prevention*, 2000, *idid.*).

Enfin, il est intéressant de constater l'évolution de la littérature traitant de l'entrevue motivationnelle depuis la première publication en 1983. L'efficacité de cette intervention dans le domaine des habitudes de vie a fait l'objet de plusieurs publications récentes. L'annexe I présente un survol des écrits sur le sujet.

### **3. Sous-utilisation du *counseling* à l'égard des habitudes de vie**

---

Comme il est mentionné précédemment, il existe bel et bien des interventions efficaces pour modifier les habitudes de vie, le *counseling*, allié éventuellement à l'entrevue motivationnelle, constituant l'une de ces interventions. Néanmoins, cette pratique clinique préventive demeure la moins utilisée ou ne l'est pas de manière optimale par les médecins de première ligne (Mirand *et al.*, 2003; Stange *et al.*, 2000, 2003, *in* Flocke *et al.*, 2006; Whitlock *et al.*, 2002), en dépit de leur position stratégique pour faire la promotion de saines habitudes de vie auprès des nombreux patients qui viennent les consulter (Maheux *et al.*, 1989, *in* Elder, Ayala et Harris, 1999). Et cela vaut aussi pour le Québec, où les médecins n'utiliseraient pas les guides cliniques préventifs de façon optimale (Groulx *et al.*, 2005). En effet, une étude auprès de la clientèle des services courants de 20 CLSC du Québec a montré qu'un peu plus de 50 % des patients fumeurs avaient reçu des recommandations antitabagiques d'un professionnel de leur CLSC, et que seulement 27 % et 17 % de l'ensemble de la clientèle avait déjà reçu des recommandations respectivement sur l'alimentation et sur l'activité physique (Leaune *et al.*, 2003).

Selon l'OMS (2004), les services de santé, notamment ceux qui dispensent des soins de santé primaires, mais également d'autres services (comme les services sociaux) peuvent jouer un rôle important dans la prévention. C'est pourquoi elle recommandait que des conseils pratiques soient offerts aux patients et à leur famille sur les avantages de saines habitudes de vie à l'occasion de rencontres avec le personnel des services de santé.

#### ***Raisons de la sous-utilisation des pratiques cliniques préventives par les médecins de première ligne***

Pourquoi les pratiques cliniques préventives (plus particulièrement le *counseling* sur les habitudes de vie) sont-elles sous-utilisées par les médecins de première ligne ? Notons déjà que le *counseling* préventif, parce qu'il s'applique à des comportements complexes et multidimensionnels, représente souvent pour les professionnels de la santé un défi plus important que les autres pratiques cliniques préventives telles que l'immunisation ou le dépistage (U.S. Preventive Services Task Force, 2002). Plusieurs études ont identifié les obstacles à l'intégration du *counseling* sur les habitudes de vie dans la pratique courante des professionnels de première ligne : manque d'intérêt du patient, manque de temps, absence de rémunération, absence de lignes directrices précises, manque de consensus sur les bienfaits, manque de formation des médecins et sentiment d'intrusion dans la vie privée des patients, pour ne nommer que les plus fréquemment cités (Beaulieu *et al.*, 1999; Brotons *et al.*, 2003; Brotons *et al.*, 2005; Cabana *et al.*, 1999); Coleman et Wilson, 1996; Cornuz *et al.*, 2000; Frank

*et al.*, 2000; Goldstein *et al.* (1998); Hudon *et al.*, 2004; Kushner, 1995; Mirand *et al.*, 2002, 2003 ; Nicholas, Pond et Roberts, 2003; Twardella et Brenner, 2005; Ulbricht *et al.*, 2006).

Parmi ces obstacles, le manque de temps est l'un des plus souvent identifiés par les médecins à l'intégration des pratiques cliniques préventives dans leur pratique courante (Coleman et Wilson, 1996; Cornuz *et al.*, 2000; Kennedy et Meeuwisse, 2003; Ulbricht *et al.*, 2006). Le temps de visite médicale est souvent limité, et les médecins y voient souvent un obstacle important au *counseling* qu'ils considèrent comme une intervention complexe.

Au Québec, selon l'étude de Hudon *et al.* (2004) faite auprès de médecins de la région de Montréal, le manque de temps constitue un problème pour la majorité d'entre eux. De même, dans l'enquête faite dans la région des Laurentides (Provost et Drouin, 2005), le manque de temps en raison de la surcharge du curatif constitue un obstacle majeur pour 46,2 % des médecins interrogés, ce qui le place au premier rang parmi les obstacles mentionnés d'ordre organisationnel ou autre.

Dans la région de Montréal, les médecins voient leurs patients sur rendez-vous durant en moyenne 13,5 minutes dont 3,5 sont consacrées à la lecture du dossier et à la rédaction de notes et d'ordonnances. Il reste environ dix minutes pour le questionnaire, l'examen et les recommandations. Le médecin ne dispose donc que de 30 à 90 secondes pour réaliser une brève intervention préventive sur les habitudes de vie (Poissant, 2005, *in* Perreault et De Blois, 2006).

Néanmoins, l'attitude des médecins à l'égard des pratiques préventives est généralement favorable. Ainsi, une enquête auprès des omnipraticiens des Laurentides (Provost et Drouin, 2005) a révélé que la majorité des médecins interrogés considéraient comme important ou très important leur rôle dans la prestation de certaines pratiques cliniques préventives, dont le *counseling* antitabagique (99 %) et celui en faveur de l'activité physique (98 %). De même, une étude réalisée dans la région de Montréal a montré qu'une forte majorité (77 %) des médecins étaient très favorables à l'idée d'encourager leurs patients fumeurs à cesser de fumer même si ce n'était pas la raison de la visite du patient (O'Loughlin, 2001).

## 4. Le Système de prévention clinique

---

Le SPC a été développé en tenant compte de ces différents constats. Ce programme vise à maintenir ou à améliorer la santé de la population adulte en lui offrant des services de soutien à l'adoption de saines habitudes de vie (objectif général) et une meilleure exposition aux différentes PCP (tests de dépistage, vaccination et autres *counseling*).

Dans un premier temps, le SPC vise à améliorer, en quantité ou en qualité, la prestation du *counseling* à l'égard des habitudes de vie dans les milieux cliniques de première ligne (objectif intermédiaire). Plus précisément, il s'agit d'intégrer de manière durable le *counseling* sur les habitudes de vie, ce qui implique (1) de modifier les pratiques médicales en cours au regard du *counseling* et (2) de les soutenir (objectifs spécifiques). Pour atteindre ces deux objectifs spécifiques, le SPC mise sur plusieurs stratégies et approches, et, parmi ces dernières, il privilégie l'approche organisationnelle doublée de la facilitation.

### 4.1 Différentes approches et stratégies pour modifier les pratiques cliniques préventives (objectif spécifique 1)

Pour modifier les pratiques médicales, plusieurs stratégies sont possibles. Le tableau 1 présente un éventail de ces stratégies, ainsi que celles choisies par le SPC. On remarquera non seulement que le SPC utilise plusieurs stratégies, mais que ces dernières se rattachent à diverses approches, elles-mêmes issues de différentes théories.

En ce qui a trait à l'efficacité de ces stratégies pour améliorer les pratiques cliniques préventives des médecins, la conclusion de recensions systématiques des études sur ce sujet est que la plupart de ces stratégies sont individuellement d'une efficacité modeste et dépend du contexte d'implantation (Hulscher *et al.*, 2001; Shaw *et al.*, 2005; Grimshaw *et al.*, 2004). Il convient donc de les adapter en fonction des caractéristiques de chaque milieu clinique. De plus, il est logique de penser que l'utilisation conjointe de plusieurs stratégies sera plus efficace, car elle permet de tenir compte d'une plus grande variété d'obstacles aux changements (Hulchler *et al.*, 2001; Provost *et al.*, 2007).

**Tableau 1 : Stratégies pour modifier les pratiques cliniques préventives des médecins selon l'approche utilisée et stratégies reprises par le SPC\***

Approches (les théories utilisées)	Caractéristiques	Stratégies (ou interventions)	Stratégies incluses dans le SPC	
<b>Éducative</b> (théories de l'apprentissage de l'adulte)	Motivation intrinsèque des professionnels.	- Consensus local, de la base vers le haut. - Apprentissage interactif en petits groupes. - Apprentissage par résolution de problèmes.	- Consensus local, de la base vers le haut.	Stratégie d'implantation et de suivi : la facilitation
<b>Épidémiologique</b> (théories cognitives)	Recherche d'information rationnelle et prise de décision.	- Guides de pratique fondés sur les données probantes.	- Guides de pratique fondés sur les données.	
<b>Marketing</b> (théories de la promotion de la santé, de l'innovation, de la communication et du marketing social)	Produit attrayant adapté aux besoins de la clientèle.	- Évaluer les besoins, adapter la proposition de changement aux besoins locaux. - Approche par étapes. - Divers modes de dissémination (médias et personnel).	- Évaluer les besoins, adapter la proposition de changement aux besoins locaux **. - Approche par étapes. - Divers modes de dissémination (médias et personnel).	
<b>Comportementale</b> (théories de l'apprentissage)	Contrôler la performance par des stimuli extérieurs.	- Vérification et rétroaction. - Systèmes de rappel, surveillance. - Stimulants financiers, sanctions.	- Vérification et rétroaction **.	
<b>Interaction sociale</b> (théorie de l'apprentissage social et de l'innovation, théories du pouvoir et de l'influence sociale)	Influence sociale des pairs et modèles significatifs.	- Discussions avec les pairs dans les réseaux locaux. - Visites éducatives ( <i>academic detailing</i> ), formation individuelle. - Leaders d'opinion. - Influencer les personnes-clés des réseaux sociaux. - Interventions par l'intermédiaire des patients.	- Leaders d'opinion ***. - Influencer les personnes-clés des réseaux sociaux. - Interventions par l'intermédiaire des patients ****.	
<b>Organisationnelle</b> (théories de la gestion, théories des systèmes)	Créer des conditions structurelles et organisationnelles pour améliorer les soins.	- Réorganisation du processus de soins. - Approches de gestion de la qualité totale et d'amélioration continue de la qualité. - Promotion du travail d'équipe. - Amélioration du leadership. - Modification des structures et des tâches.	- Réorganisation du processus de soins. - Promotion du travail d'équipe. - Modification des structures et des tâches.	
<b>Coercitive</b> (théories de l'apprentissage, théories du pouvoir, théories économiques)	Contrôle et pression, motivation externe.	- Règlements, lois. - Établissement de budgets et de contrats. - Octroi de permis, d'accréditations. - Plaintes, poursuites.		

\* Les trois premières colonnes de ce tableau sont d'après Grol, 1997, in Koutsavlis, 2001, p.11.

\*\* Fait par l'infirmière-conseil en prévention clinique (ICPC) dont le mandat est de soutenir les équipes de première ligne dans l'intégration des pratiques cliniques préventives. Les interventions de l'ICPC portent notamment sur l'évaluation des pratiques courantes en prévention, de même que sur la planification, l'implantation et l'évaluation d'interventions visant à les améliorer.

\*\*\* Rôle joué par les médecins chargés de prévention.

\*\*\*\* Échelle de motivation.

## 4.2 Une stratégie d'implantation et de suivi : la facilitation

Outre les stratégies déjà choisies et qui sont indiquées au tableau 1, le SPC mise sur une stratégie plus globale : la facilitation, stratégie prometteuse pour l'intégration de pratiques cliniques préventives en première ligne (Groulx, 2005; Nagykaldi, Mold et Aspy, 2005; Prosvost, 2007).

La facilitation est en fait une stratégie d'implantation, qui *facilite* l'utilisation des autres stratégies déjà choisies. Le terme de *facilitateur* désigne quelqu'un qui aide de manière compétente un groupe à atteindre ses objectifs sans prendre partie. Plus précisément, les facilitateurs en milieu clinique sont des professionnels de la santé qui assistent les cliniciens en soins primaires dans des projets de recherche et d'amélioration de la qualité. Outre la collecte de données et la rétroaction, leur tâche porte aussi sur les méthodes d'amélioration des pratiques qui facilitent les changements systémiques. Ainsi, le facilitateur assiste les cliniciens dans une variété d'activités, incluant l'amélioration de la documentation et de la prestation des interventions cliniques, plus particulièrement les services préventifs et l'amélioration de l'organisation du cabinet médical. Une des plus importantes fonctions du facilitateur est de promouvoir la prévention en soins primaires, qu'il s'agisse de soins préventifs classiques ou de services associés à la gestion des maladies chroniques.

Dans le SPC, le rôle de facilitateur est tenu par des infirmières-conseils en prévention clinique (ICPC) dans chacun des territoires de CSSS.

Selon les résultats de quelques études avec essai randomisé, des interventions utilisant la facilitation ont permis d'augmenter la prestation de pratiques cliniques préventives (Baskerville, Hogg et Lemelin, 2001; Dietrich *et al.*, 1992; Frijling *et al.*, 2002; Goodwin *et al.*, 2001). L'utilisation de la facilitation se révèle un facteur clé de succès dans l'implantation de divers programmes (Nagykaldi, Mold et Aspy, 2005; Hogg *et al.*, 2002, *in* Prosvost, 2007). Tel est le cas, entre autres, du projet *STEP-UP* (Goodwin *et al.*, 2001).

## 4.3 L'approche organisationnelle et la facilitation : une combinaison gagnante

Le programme SPC utilise la facilitation dans le cadre d'une approche organisationnelle. Cette dernière est une approche recommandée pour intervenir auprès des médecins de première ligne, qui sont souvent regroupés dans un même lieu – une *organisation* – dont la structure peut influencer leurs pratiques. D'ailleurs, l'une des conclusions du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs à la suite d'une recension des écrits était la suivante :

[...] le changement de comportement dépendra non seulement des caractéristiques et des motivations personnelles des médecins, mais également des particularités du contexte clinique. (Canadian Task Force on Preventive Health Care, 1999.)

En effet, le degré d'intégration des activités de prévention relève non seulement des caractéristiques individuelles du médecin, mais aussi de la culture de l'organisation (importance attribuée à la prévention, à la cohésion du groupe de médecins) et de l'efficacité de l'organisation du travail (engagement du personnel, systèmes de relance) (Crabtree *et al.*, 1998, in Beaulieu *et al.*, 1999). L'approche organisationnelle met l'accent sur la création des conditions nécessaires au changement, en agissant sur les facteurs organisationnels (systémiques, structuraux, culturels, etc.). Cette approche a été utilisée avec succès dans plusieurs projets visant à modifier la pratique médicale afin d'y intégrer des services préventifs tels que *STEP-UP* (Goodwin *et al.*, 2001), *Put Prevention Into Practice* (Agency for Healthcare Research and Quality, 2002) et, au Québec, *Au cœur de la vie* (Chevalier, Renaud et Hubert, 2005).

Il a été démontré que des projets utilisant l'approche organisationnelle avaient permis d'augmenter le nombre d'interventions cliniques préventives (Gottlieb *et al.*, 2001 [*PPIP*], Stange *et al.*, 2003 [*STEP-UP*], Melnikow, Kohatsu et Chan, 2000 [*PPIP*]), sans toutefois que cet effet puisse être attribué spécifiquement à l'approche utilisée. De plus, lorsque l'intégration des pratiques préventives est fondée sur des approches multisystémiques adaptées aux caractéristiques des différents milieux cliniques (taille du groupe, valeurs individuelles des praticiens, type de clientèle, besoins spécifiques des praticiens, etc.), les praticiens tirent plus de satisfaction de leur changement de pratiques (Kottke *et al.*, 2000; Stange *et al.*, 2003). Par ailleurs, ces projets ont permis d'identifier certains facteurs de succès tels que l'utilisation de facilitateurs (Crabtree *et al.*, 1998). Il apparaît que la facilitation doublée d'une approche organisationnelle pourrait bien être une combinaison gagnante.

#### **4.4 L'ajout d'un système d'accompagnement et de suivi des patients pour soutenir le *counseling* bref par les médecins (objectif spécifique 2)**

L'efficacité du *counseling* réalisé par les médecins en matière d'adoption de saines habitudes de vie serait améliorée lorsqu'un système d'accompagnement et de suivi est mis en place (Bodenheimer, 2005). L'accès à un accompagnement personnalisé par un professionnel de la santé ou à des ressources communautaires a été démontré efficace pour soutenir l'adoption de saines habitudes de vie (Stange, Woolf et Gjeltema, 2002). Par exemple, il est reconnu qu'un accompagnement augmente les chances de succès de la cessation tabagique (Fiore, 2000). C'est dans cet esprit que des centres d'abandon du tabac (CAT) offrant ce genre d'accompagnement ont été créés à Montréal.

Selon Goldstein, Whitlock et De Pue (2004), puisque plusieurs interventions pour lesquelles il existe des données probantes sont de nature intensive, il faudrait, pour favoriser l'accès à de telles interventions et en augmenter l'impact :

- faciliter la recommandation des patients par les cliniciens de première ligne aux programmes ou services spécialisés qui peuvent fournir des interventions plus intensives;
- utiliser des technologies interactives de modification du comportement (*interactive behavior change technology*) pour intégrer des interventions plus intensives en première ligne ou dans la communauté.

Les 17 projets du programme *Prescription for Health* (Cohen, 2005) ont favorisé les liens entre les milieux cliniques et des ressources dans la communauté pour soutenir l'intervention de prévention clinique amorcée par le clinicien en offrant un deuxième niveau dans la hiérarchie d'intensité de l'intervention préventive. L'évaluation d'implantation des 17 initiatives de prévention clinique du programme *Prescription for Health* (Cohen, 2005) a permis de souligner l'importance de consolider les liens entre les cliniques médicales et les ressources communautaires afin d'augmenter la continuité et la complémentarité des services offerts. Il est nécessaire, par ailleurs, que l'ensemble du personnel de la clinique appuie l'adoption de saines habitudes de vie, de la salle d'attente au suivi postintervention. Finalement, on doit mettre en place des collaborations entre les cliniques et la communauté pour assurer l'accompagnement des clients (Cifuentes, 2005).

Dans le SPC, le rôle de soutien au *counseling* exercé par les médecins de 1<sup>re</sup> ligne est tenu par les intervenants des CES qui offrent notamment une intervention individuelle basée sur l'entrevue motivationnelle. Les patients référés par les cliniciens bénéficient de 2 entrevues motivationnelles à quelques semaines d'intervalles. Un rapport d'intervention est ensuite envoyé au médecin pour qu'à son tour il puisse réaliser un suivi auprès de son patient. Celui-ci peut également être référé à d'autres services préventifs de la communauté. Enfin, ajoutons, qu'au CES, l'environnement et les outils destinés aux patients ont été développés dans l'optique de respecter l'esprit motivationnel. L'annexe II présente ces aspects plus en détails.

#### **4.5 Leçons à tirer de divers programmes visant à modifier les pratiques cliniques préventives des médecins en première ligne**

Dans le choix de ses stratégies, le SPC s'est inspiré à divers degrés des programmes *STEP-UP* et *PPIP* ainsi que des projets de recherche *Prescription for Health*. Comme ces programmes utilisaient la facilitation et l'approche organisationnelle dans le but de modifier les pratiques cliniques préventives dans les milieux cliniques de première ligne, il est possible d'en tirer plusieurs leçons utiles pour l'implantation du SPC (cf. tableau 2). Soulignons que, s'il n'y avait qu'une leçon à retenir, ce serait sans doute celle de la nécessité de bien connaître le milieu clinique et l'objet de l'implantation et d'adapter la stratégie aux caractéristiques de ce milieu, plus particulièrement de son contexte organisationnel. Ajoutons que le SPC comporte la plupart

des conditions d'efficacité indiquées dans la littérature, à savoir la motivation des milieux, la flexibilité de l'intervention, la continuité de l'intervention, l'accompagnement des milieux, l'intensité de l'intervention et l'inclusion de changement organisationnel dans l'intervention (Provost, 2007).

**Tableau 2 : Quelques leçons tirées de l'implantation des programmes *STEP-UP*, *PIIP* et *Prescription for Health* dont s'est inspiré le Système de prévention clinique (SPC)**

Leçons tirées	SPC
Il faut amener le milieu clinique à un état d'ouverture et de souplesse qui lui permette de se questionner sur ses pratiques et d'être réceptif au changement. ( <i>STEP-UP</i> ) (Ruhe <i>et al.</i> , 2005)	L'infirmière-conseil en prévention clinique (ICPC) amène le milieu clinique à cet état d'ouverture et de souplesse par le feedback, la comparaison avec les pairs, par de nouvelles informations sur les outils et approches au changement et par un processus de réflexion sur soi. De plus, le contexte de réorganisation du réseau constitue aussi un facteur propice au changement.
Il importe d'être disponible pour profiter des moments propices au changement. ( <i>STEP-UP</i> ) (Ruhe <i>et al.</i> , 2005)	La réorganisation du réseau et la priorité accordée aux pratiques cliniques préventives en première ligne sont une occasion favorisant l'implantation d'un nouveau programme tel que le SPC.
Des individus motivés, engagés dans le milieu, décideurs majeurs ou y ayant accès, sont des acteurs clés pour une implantation réussie. ( <i>STEP-UP</i> ) (Cohen <i>et al.</i> , 2004; Ruhe <i>et al.</i> , 2005)	Les CSSS, les responsables locaux de santé publique ou leur représentant et les médecins chargés de prévention sont des acteurs clés qui sont motivés à implanter et à soutenir le SPC.
Il faut soutenir le milieu dans le développement d'outils d'aide à la pratique. ( <i>STEP-UP</i> ) (Ruhe <i>et al.</i> , 2005)	Le SPC fournit plusieurs outils : l'échelle de motivation, la prescription préventive, le bilan informatisé des habitudes de vie, un rapport sur les interventions réalisées au CES/CAT auprès du patient.
La stratégie de facilitation doit être adaptée au milieu clinique en fonction de l'analyse du milieu initiale qui permet, entre autres choses, d'évaluer la capacité de changement du milieu et de savoir où et comment il faudrait intervenir pour améliorer les services. ( <i>STEP-UP</i> ) (Ruhe <i>et al.</i> , 2005)	Formation donnée à cet effet aux ICPC. Les ICPC font une analyse de milieu initiale et propose des solutions.
L'approche organisationnelle et la facilitation sont recommandées. ( <i>PIIP</i> ) (Melnikow, Kohatsu et Chan, 2000; <i>AHRQ</i> , 2002)	Le SPC privilégie cette approche de pair avec la facilitation.
Un bassin de population moyen (1 300 à 4 450 patients par année) est un facteur associé au succès de l'implantation. ( <i>PIIP</i> ) (Goodson, Gottlieb et Smith, 1999)	Les milieux cliniques priorisés par le SPC sont les groupes de médecine familiale (GMF), les cliniques-réseau, les services généraux des CLSC qui présentent un volume important de clientèle.
Il importe que le milieu clinique ait accès à un soutien technique pour régler les problèmes reliés au processus d'implantation du programme. ( <i>PIIP</i> ) (Goodson, Gottlieb et Smith, 1999)	L'équipe locale d'implantation et de suivi et l'ICPC peuvent offrir un tel soutien.
Il importe d'avoir planifié l'implantation et fourni à tout le personnel relié au programme une formation adéquate tout au long du processus d'implantation. ( <i>PIIP, Prescription for Health</i> ) (Goodson, Gottlieb et Smith, 1999; Cohen <i>et al.</i> , 2005)	Une telle formation a été donnée aux ICPC et aux éducateurs du CES (entrevue motivationnelle). De plus, la communauté de pratique constitue un outil continu de formation et de soutien.
L'ajout d'une ressource pour modifier les comportements de santé des patients est accueillie avec enthousiasme tant par les cliniciens que par les patients : les cliniciens adressent les patients à cette ressource ( <i>Prescription for Health</i> ) (Cohen <i>et al.</i> , 2005)	Création des CES où le médecin peut envoyer ses patients.
Les patients préfèrent les méthodes d'assistance comportant un contact personnel, telle une interaction avec un conseiller, plutôt qu'une approche d'autogestion. (Cohen <i>et al.</i> , 2005)	Contact personnel d'abord avec le médecin, puis, éventuellement, avec un éducateur pour la santé au CES.



## Conclusion

---

Pour terminer, soulignons que le modèle du SPC est novateur en ce qu'il propose de consolider un réseau capable d'agir sur l'ensemble du processus de *counseling*. Il mise à la fois sur le rôle des milieux cliniques de première ligne dans l'intégration des pratiques cliniques préventives et sur la création de centres d'éducation pour la santé où les médecins peuvent désormais référer leurs patients pour assurer une continuité à leurs interventions. Le déploiement du SPC repose principalement sur les nouveaux rapports établis entre les CSSS et les milieux cliniques de première ligne de leur territoire. De plus, la mise en place du SPC vise à soutenir les pratiques cliniques préventives dans une perspective populationnelle.

### En résumé

- La réorganisation du réseau de la santé et les priorités nationales, régionales et locales en santé publique constituent un contexte favorable pour introduire des changements dans les interventions cliniques réalisées par les médecins et les orienter davantage vers la prévention.
- Il y a une forte prévalence d'habitudes de vie nocives chez les Montréalais pour leur santé, habitudes qui constituent des facteurs de risque de plusieurs maladies non transmissibles telles que le diabète, le cancer et les affections cardiovasculaires.
- Il existe des interventions relativement efficaces pour modifier les habitudes de vie nocives pour la santé. Le *counseling* bref par les médecins de première ligne est une de ces interventions, mais elle n'est pas utilisée de manière optimale.
- Il existe divers obstacles à la pratique du *counseling* par les médecins en première ligne, dont l'un des plus souvent mentionnés par les médecins est le manque de temps. Néanmoins, l'attitude des médecins à l'égard des pratiques cliniques préventives est généralement favorable.
- L'efficacité de l'entrevue motivationnelle dans l'adoption de saines habitudes de vie est démontrée par de nombreuses études scientifiques randomisées. Une durée minimale de 15 minutes entraîne des effets bénéfiques, et 2 sessions et plus entraînent des bénéfices accrus (annexe I).
- Le SPC a été développé en tenant compte de ces différents constats. Ce programme vise à maintenir ou à améliorer la santé de la population adulte en lui offrant des services de

soutien à l'adoption de saines habitudes de vie (objectif général). Un moyen d'atteindre cet objectif est d'améliorer, en quantité ou en qualité, la prestation du *counseling* à l'égard des habitudes de vie dans les milieux cliniques de première ligne (objectif intermédiaire). Plus précisément, il s'agit d'intégrer de manière durable le *counseling* dans ces milieux, ce qui implique : 1) de modifier les pratiques médicales en cours au regard du *counseling* et 2) de les soutenir (objectifs spécifiques).

- Pour atteindre les deux objectifs spécifiques, le SPC privilégie l'approche organisationnelle et la facilitation, une combinaison qui a été utilisée avec succès dans divers programmes visant à modifier les pratiques préventives des médecins en milieux cliniques de première ligne. De plus, pour potentialiser le *counseling* bref fait par le médecin, le SPC prévoit un système d'accompagnement et de suivi du patient basé sur l'entretien motivationnel.

## Références

---

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ) (2002). *Put Prevention Into Practice. A Step-by-Step Guide to Delivering Clinical Preventive Services: A Systems Approach*. AHRQ Pub. No. APPIP01-0001.

BASKERVILLE, N.B., HOGG, W., LEMELIN, J. (2001). Process evaluation of a tailored multifaceted approach to changing family physician practice patterns and improving preventive care. *Journal of Family Practice*, 50, 3, W242-249.

BEAULIEU, M.D. *et al.* (1999). *Intégration des activités de prévention aux pratiques médicales. Sommes-nous sur la même longueur d'onde ? Rapport d'une étude exploratoire sur les perceptions des usagers et des médecins relativement aux recommandations du Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique*. Université de Montréal.

BERESFORD, S.A.A. *et al.* (1997). A Dietary Intervention in Primary Care Practice: The Eating Patterns Study. *American Journal of Public Health*, 87, 4, 610-616.

BODENHEIMER, T. *et al.* (2005). Practice-based research in primary care: facilitator of, or barrier to, practice improvement? *Ann. Fam. Med.*, 3 (suppl. 2), S28-S32.

BROTONS, C. *et al.* (2003). Dietary advice in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Am. J. Clin. Nutr.*, 77, suppl. 4, 1048S-1051S.

BROTONS, C. *et al.* (2005). Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev. Med.*, 40, 5, 595-601.

BRUNNER, E.J. *et al.* (2005). Dietary advice for reducing cardiovascular risk. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 19 octobre, 4 : CD002128.

CABANA, M.D. *et al.* (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 282, 1458-1465.

CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE (1999). *Effective Dissemination and Implementation of Canadian Task Force on Preventive Health Care: Literature review and model development*. Santé Canada, Ottawa.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2001). *Increasing physical activity: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services*. MMWR, 50 (No. RR-18), U.S. Department of Health and Human Services.

CHEVALIER, S., RENAUD, L., HUBERT, F. (2005). *L'intégration des pratiques préventives. L'expérience d'Au cœur de la vie*. Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique de Montréal. Site Internet : <http://www.inspq.qc.ca>.

CIFUENTES, M. *et al.* (2005). Prescription for Health: Changing Primary Care Practice to Foster Healthy Behaviors. *Annals of Family Medicine*, 3, suppl. 2, S4-S11.

COHEN, D. *et al.* (2004). A practice change model for quality improvement in primary care practice. *J. Healthc. Manag.*, 49, 3, 155-168.

COHEN, D.J. *et al.* (2005). Implementing health behaviour change in primary care: lessons from Prescription for Health. *Annals of Family Medicine*, 3, suppl. 2, S12-S19.

COLEMAN, T., WILSON, A. (1996). Anti-smoking advice in general practice consultations: general practitioners' attitudes, reported practice and perceived problems. *Br. J. Gen. Pract.*, 46, 403, 87-91.

CORNUZ, J. *et al.* (2000). Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Fam. Pract.*, 17, 6, 535-540.

CRABTREE, B.F. *et al.* (1998). Primary care practice organization and preventive services delivery: A qualitative analysis. *J. Fam. Pract.*, 46, 5, 403-409.

CRITCHLEY, J., CAPEWELL, S. (2003). Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.

DIETRICH, A.J. *et al.* (1992). Cancer: improving early detection and prevention. A community practice randomized trial. *BMJ*, 304, 687-691.

ELDER, J.P., AYALA, G.X., HARRIS, S. (1999). Theories and intervention approaches to health-behavior change in primary care. *Am. J. Prev. Med.*, 17, 4, 275-284.

ELFORD, R.W. *et al.* (2001). *Counseling for risky health habits: A conceptual framework for primary care practitioners*. CTFPHC Technical Report #01-7, November. London, ON: Canadian Task Force.

FIGURE, M.C. *et al.* (2000). *Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline*. U.S. Department of Health and Human Services.

FLOCKE, S.A. *et al.* (2006). Evaluation of a community health promotion resource for primary care practices. *Am. J. Prev. Med.*, 30, 3, 243-251.

FRANK, E. *et al.* (2000). Correlates of physicians' prevention-related practices. Findings from the Women Physicians' Health Study. *Arch. Fam. Med.*, 9, 4, 359-367.

FRIJLING, B.D. *et al.* (2002). Multifaceted support to improve clinical decision making in diabetes care: a randomized controlled trial in general practice. *Diabetic Medicine*, 19, 836-842.

GOLDSTEIN, M.G. *et al.* (1998). Models for provider-patient interaction: Applications to health behavior change, in S.A. Shumaker *et al.* (sous la direction de ), *The handbook of health behaviour change*, 2<sup>e</sup> édition, New York: Springer, 1998, 85-113.

GOLDSTEIN, M.G., WHITLOCK, E.P., DE PUE, J. (2004). Multiple behavioral risk factor interventions in primary care. Summary of research evidence. *Am. J. Prev. Med.*, 27, suppl. 2, 61-79.

GOODSON, P., GOTTLIEB, N.H., SMITH, M.M. (1999). Put Prevention Into Practice. Evaluation of program initiation in nine Texas clinical sites. *American Journal of Preventive Medicine*, 17, 1, 73-78.

GOODWIN, M.A. *et al.* (2001). A clinical trial of tailored office system for preventive service delivery. The Study to Enhance Prevention by Understanding Practice (STEP-UP). *Am. J. Prev. Med.*, 21, 1, 20-28.

GOTTLIEB, N.H. *et al.* (2001). The impact of Put Prevention Into Practice on selected clinical preventive services in five Texas sites. *Am. J. Prev. Med.*, 21, 1, 35-40.

GRIMSHAW, J.M. *et al.* (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 8, 6.

GROL, R., GRIMSHAW, J. (1999). Evidence-based implementation of evidence-based medicine. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 25, 10, 503-513.

GROULX, S. *et al.* (2005). *L'intégration de pratiques cliniques préventives : guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*. Document de travail.

GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS (1994). *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Ottawa, Santé Canada.

GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS (1999). *Distribution et mise en œuvre efficaces des guides du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs*. Santé Canada, Ottawa.

HETTEMA, J. *et al.* (2005). *Motivational Interviewing*. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1:91-111.

HUDON, E. *et al.* (2004). Integration of the recommendations of the Canadian Task Force on Preventive Health Care: obstacles perceived by a group of family physicians. *Fam. Pract.*, 21, 1, 11-17.

HULSCHER, M.E. *et al.* (2001). Interventions to implement prevention in primary care. *Cochrane Database Syst. Rev.*, (1) : CD000362.

JACKSON R. ASIMAKOPOULOU K. SCAMMELL A. (2007). Assessment of the transtheoretical model as used by dietitians in promoting physical activity in people with type 2 diabetes. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*. 20(1):27-36.

KENNEDY, M.F., MEEUWISSE, W.H. (2003). Exercise counselling by family physicians in Canada. *Prev. Med.*, 37, 3, 226-232.

KNIGHT, K.M. *et al.* (2006). A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *British Journal of Health Psychology*, 11, 319-332.

KOTTKE, T.E. *et al.* (2000). Clinician satisfaction with a preventive services implementation trial. The IMPROVE project. *Am. J. Prev. Med.*, 18, 3, 219-224.

KOUTSAVLIS, A.T. (2001). *Dissémination des guides de pratiques chez les médecins*. Institut national de santé publique du Québec.

KUSHNER, R.F. (1995). Barriers to providing nutrition counselling by physicians: a survey of primary care practitioners. *Prev. Med.*, 24, 6, 546-552.

LANCASTER, T., STEAD, L.F. (2004). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 4, CD000165.

LEAUNE, V. *et al.* (2003). Prevention counselling practices related to cardiovascular risk factors in 20 Local community services centers in Quebec: the weakness of primary prevention (table ronde). *American Public Health Association (APHA), 131<sup>st</sup> Annual Meeting*, San Francisco.

MELNIKOW, J., KOHATSU, N.D., CHAN, B.K.S. (2000). Put Prevention Into Practice: A controlled evaluation. *American Journal of Public Health*, 90, 10, 1622-1625.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2004a). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Version abrégée. Gouvernement du Québec, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2005). *Rapport national sur l'état de la santé de la population. Produire la santé*. Présentation Powerpoint à la 23<sup>e</sup> Assemblée scientifique annuelle du Collège québécois des médecins de famille les 10 et 11 novembre 2005.

MIRAND, A.L. *et al.* (2002). Physician perceptions of primary prevention: qualitative base for the conceptual shaping of a practice intervention tool. *BMC Public Health*, 2, 16.

MIRAND, A.L. *et al.* (2003). Explaining the de-prioritization of primary prevention: physicians' perceptions of their role in the delivery of primary care. *BMC Public Health*, 3, 15.

NAGYKALDI, Z., MOLD, J. W., ASPY, C.B. (2005). Practice facilitators: a review of the literature. *Fam. Med.*, 37, 8, 581-588.

NICHOLAS, L.G., POND, C.D., ROBERTS, D.C. (2003). Dietitian-general practitioner interface: a pilot study on what influences the provision of effective nutrition management. *Am. J. Clin. Nutr.*, 77, suppl. 4, 1039S-1042S.

O'LOUGHLIN, J. *et al.* (2001). Smoking cessation counseling practices of general practitioners in Montreal. *Prev. Med.*, 33, 6, 627-638.

OCKENE, I.S. *et al.* (1996). Effect of training and a structured office practice on physician-delivered nutrition counseling: the Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). *Am. J. Prev. Med.*, 12, 4, 252-258.

OCKENE, I.S. *et al.* (1999). Effect of physician-delivered nutrition counseling training and an office-support program on saturated fat intake, weight, and serum lipid measurements in a hyperlipidemic population: Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). *Arch. Int. Med.*, 159, 7, 725-731.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2002). *La sédentarité, une cause majeure de maladies et d'incapacités*. Site Internet : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/release23/fr/print.html>.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2004). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. 57<sup>e</sup> assemblée mondiale de la santé.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2005). *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*.

PERREAULT, R., DE BLOIS, S. (2006). *Pour des cliniques médicales amies de la prévention*. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, Montréal.

PIGNONE, M.P. *et al.* (2003). Counselling to promote a healthy diet in adults. A summary of evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Am. J. Prev. Med.*, 24, 1, 75-92.

PROVOST, M.-H. *et al.* (2007). *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.

PROVOST, S., DROUIN, M. (2005). *Pratiques cliniques préventives des médecins omnipraticiens. Portrait de la situation dans les Laurentides*. Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, Saint-Jérôme, Québec.

ROSSIGNOL, V. (2001). *L'Entrevue motivationnelle : un guide de formation*. Version préliminaire. Centre de recherche de l'hôpital Douglas, Programme de recherche sur les addictions, Verdun, Québec.

RUBAK, S. *et al.* (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55, 305-312.

RUHE, M.C. *et al.* (2005). Facilitating practice change: lessons from the STEP-UP clinical trial. *Preventive Medicine*, 40, 729-734.

SHAW, B. *et al.* (2005). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3): CD005470.

SORIA, R. *et al.* (2006). A randomized controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *Br. J. Gen. Pract.*, 56, 531, 768-774.

STANGE, K.C. *et al.* (2003). Sustainability of a practice-individualized preventive service delivery intervention. *Am. J. Prev. Med.*, 25, 4, 296-300.

STANGE, K.C., WOOLF, S.H., GJELTEMA, K. (2002). One minute for prevention: the power of leveraging to fulfill the promise of health behavior counseling. *Am. J. Prev. Med.*, 22, 4, 320-323.

STATISTIQUE CANADA (2006). *Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes (ESCC) 2005*. Site Internet de Statistique Canada : <http://www.statcan.ca>.

TOBIAS, M., JACKSON, G. (2001). Avoidable mortality in New Zealand 1981-97. *Australian Journal of Public Health*, 25, 12.

TREMBLAY, M., GERVAIS, A. (2001). *Interventions en matière de cessation tabagique : description, efficacité, impact, coûts estimés pour le Québec*. Institut national de santé publique du Québec.

TWARDELLA, D., BRENNER, H. (2005). Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: a survey among general practitioners in Germany. *Eur. J. Public Health*, 15, 2, 140-145.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF) (2002). *Guide to Clinical Preventive Services* (2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> éd.). McLean, Virginia: International Medical Publishing.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF) (2005). *Guide to Clinical Preventive Services, 2005*. Site Internet : <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd/>.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF) (2006). *Guide to Clinical Preventive Services*. Site Internet : <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm>.

ULBRICHT, S. *et al.* (2006). Provision of smoking cessation counselling by general practitioners assisted by training and screening procedure. *Patient Educ. Couns.*, 63, 1-2, 232-238.

VAN VILSTEREN MC. DE GREEF MH. HUISMAN RM. (2005). The effects of a low-to-moderate intensity pre-conditioning exercise programme linked with exercise counselling for sedentary haemodialysis patients in The Netherlands: results of a randomized clinical trial. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 20(1):141-6.

WHITLOCK, E.P. *et al.* (2002). Evaluating primary care behavioural counselling interventions. An evidence-based approach. *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 4, 267-284.

WILLET, W.C. (2002). Balancing life-style and genomics research for disease prevention. *Science*, 296, 5568, 695-698.

WOOLLARD J. BEILIN L. LORD T. PUDDEY I. MACADAM D. ROUSE I. (1995). A controlled trial of nurse counselling on lifestyle change for hypertensives treated in general practice: preliminary results. *Clinical & Experimental Pharmacology & Physiology*. 22(6-7):466-8.

YUSUF, S. *et al.* (2004). Effects of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364, 9438, 937-952.

## ANNEXE I

# Survol des écrits sur l'entrevue motivationnelle dans le domaine des habitudes de vie



En matière d'habitudes de vie, le recours à l'entrevue motivationnelle, intervention privilégiée dans les centres d'éducation pour la santé (CES) pour soutenir l'adoption de saines habitudes de vie, est soutenu par de nombreuses études. Le présent document résume les données probantes relatives à l'efficacité de cette intervention. Il a été préparé dans le but de démontrer le potentiel de son utilisation pour soutenir le counselling sur les habitudes de vie.

## Définition de l'entrevue motivationnelle (EM)

Selon William R. Miller et Stephen Rollnick, qui ont développé cette approche, l'EM « est une méthode directionnelle, centrée sur le client, qui a pour but de potentialiser la motivation vers un changement en utilisant l'exploration et la résolution de l'ambivalence ». En d'autres termes, elle permet au client de trouver ses propres sources de motivation pour adopter un comportement sain, plutôt que de se les faire proposer par un professionnel, ce qui conduit trop souvent à augmenter sa résistance et à produire finalement l'effet inverse. D'abord utilisée dans les années 80 dans le traitement des toxicomanies, l'EM est aujourd'hui appliquée à plusieurs autres domaines, notamment celui des habitudes de vie.

## Les écrits sur l'entrevue motivationnelle

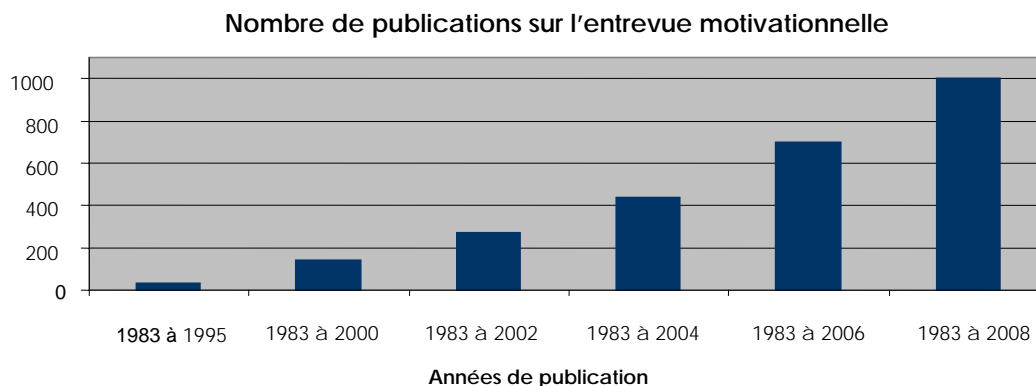
Un survol de la littérature traitant de l'EM a été effectué par le Dr Jean-Marc Assaad<sup>1</sup> en octobre 2008. Cet exercice a permis de recenser plusieurs articles scientifiques portant sur les effets de l'EM sur l'adoption de saines habitudes de vie, notamment l'activité physique et la saine alimentation.

## L'efficacité de l'entrevue motivationnelle

De 1983 à octobre 2008, 1 000 publications scientifiques ont été produites sur l'EM. Le graphique 1 démontre l'accélération du nombre de publications durant cette période. Seulement en 2007-2008, il y a eu 302 publications sur le sujet.

---

<sup>1</sup> Jean-Marc Assaad détient un doctorat en psychologie clinique de l'Université McGill. Il est impliqué dans un programme de recherche de l'Université de Montréal et de l'Université McGill qui s'articule autour des systèmes psychoneurobiologiques de motivation et de cognition. Il a publié divers articles scientifiques et présenté ses travaux lors de conférences internationales. Depuis 1995, le Dr Assaad soutient les individus dans l'adoption de comportements sains, tant en établissements hospitaliers qu'en bureau privé. Il est directeur des services de prévention et de formation à PsyMontreal Inc., offrant la formation en entrevue motivationnelle aux professionnels de la santé.



### **Méthode**

De ces 1 000 publications, 94 articles ont été retenus selon les caractéristiques suivantes :

- Proviennent des bases de données *Ovid Medline* et *PsychInfo* à partir des mots clés suivants : *motivational interviewing, diet, nutrition, weight, obesity, exercise, physical activity*.
- Publiés spécifiquement dans un journal avec jury de pairs (*peer-reviewed journal article*), excluant ainsi les autres types de publications tels que les livres, chapitres de livres, thèses de doctorat, etc.

Des 94 articles recensés, ont été éliminés les revues littéraires, les méta-analyses, les articles théoriques, les propositions d'étude et les résumés, pour obtenir 34 articles scientifiques de la catégorie études empiriques avec un groupe contrôlé et des sujets randomisés « *Randomized Controlled Trial* ».

### **Résultats**

Sur les 34 articles retenus, 29 (85,3 %) démontrent des effets positifs et statistiquement significatifs de l'entrevue motivationnelle appliquée à la nutrition et à l'activité physique, alors qu'on observe des effets équivalents au traitement usuel reçu par les groupes contrôlés dans 5 des 34 études.

### **Le nombre de sessions nécessaires pour une intervention efficace en EM**

Par ailleurs, deux méta-analyses portent sur la relation entre le nombre de sessions et la durée d'entrevue motivationnelle, et les effets sur les changements de comportement.

La méta-analyse de Rubak et coll. (2005) inclut 72 études empiriques avec un groupe contrôlé et des sujets randomisés. Une des analyses de cet article regarde les effets de l'EM en fonction du nombre de séances. Le tableau suivant indique que même si des résultats positifs et statistiquement significatifs puissent être obtenus avec une seule intervention (observé dans

40 % des études), on obtient par ailleurs des résultats positifs et significatifs avec plus de fiabilité avec 2 sessions (observé dans 100 % des études) et plus.

Nombre de sessions d'EM	Nombre d'études qui démontrent un effet positif de l'EM (%)
1	10 études sur 25 (40 %)
2	12 études sur 12 (100 %)
3	5 études sur 6 (83 %)
4	8 études sur 10 (80 %)
5	3 études sur 3 (100 %)
> 5	13 études sur 15 (87 %)

La méta-analyse de Hettema *et al.* (2005) inclut aussi 72 études empiriques avec un groupe contrôle et des sujets randomisés. Les auteurs soulignent que la durée totale des interventions en EM varie de 15 minutes à 12 heures selon les études, avec un nombre moyen de 2 sessions. Ils concluent que l'effet de l'EM n'est pas associé à la durée de l'intervention, puisque des effets positifs et significatifs sont autant observés avec 15 minutes ou 12 heures d'intervention.

En résumé, l'heure n'est plus à démontrer l'efficacité de l'entrevue motivationnelle dans les changements de comportement, mais à l'appropriation par les cliniciens d'une nouvelle approche. Les effets bénéfiques et statistiquement significatifs d'abord observés dans le domaine des toxicomanies, le sont aussi avec les habitudes de vie. Cette poussée de l'EM a mené au déploiement de nombreuses initiatives : formation, systèmes d'accréditation et développement d'outils pédagogiques traduits en plusieurs langues comme des manuels ou des DVD sur le sujet. Des associations regroupant des experts de plusieurs pays se sont également constituées.

## Liste des références

### 29 articles démontrant un effet positif et significatif de l'EM à l'égard des habitudes de vie

ANSHEL, M.H. et K. MINSOO (2008). « Effectiveness of Motivational Interviewing on Changes in Fitness, Blood Lipids, and Exercise Adherence of Police Officers: An Outcome-Based Action Study », *Journal of Correctional Health Care*, vol. 14, n° 1, p. 48-62.

WEBBER, K.H., D.F. TATE, et L.M. QUINTILIANI (2008). « Motivational Interviewing in Internet Groups: A Pilot Study for Weight Loss », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 108, n° 6, p. 1029-1032.

BRODIE, D.A., A. INOUE et D.G. SHAW (2008). « Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: A randomised controlled trial », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 45, n° 4, p. 489-500.

PROCHASKA, J.O. et autres (2008). « Initial efficacy of MI, TTM tailoring and HRI's with multiple behaviors for employee health promotion », *Preventive Medicine*, vol. 46, n° 3, p. 226-231.

CAMPBELL, M.K. et autres (2007). « Process Evaluation of an Effective Church-Based Diet Intervention: Body & Soul », *Health Education & Behavior*, vol. 34, n° 6, p. 864-880.

HARDCASTLE, S. et autres (2008). « A randomised controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counselling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors », *Patient Education and Counseling*, vol. 70, n° 1, p. 31-39.

POLLAK, K.I. et autres (2007). « Empathy goes a long way in weight loss discussions », *The Journal of family practice*, vol. 56, n° 12, p. 1031-1036.

ANG, D. et autres (2007). « Exercise-based motivational interviewing for female patients with fibromyalgia: a case series », *Clinical Rheumatology*, vol. 26, n° 11, p. 1843-1849.

PERRY, C.K. et autres (2007). « Heart-to-Heart: promoting walking in rural women through motivational interviewing and group support », *The Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 22, n° 4, p. 304-312.

CARELS, R.A. et autres (2007). « Using motivational interviewing as a supplement to obesity treatment: a stepped-care approach », *Health Psychology*, vol. 26, n° 3, p. 369-374.

WEST, D.S. et autres (2007). « Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women With Type 2 Diabetes », *Diabetes Care*, vol. 30, n° 5, p. 1081-1087.

AHLUWALIA, J.S. et autres (2007). « Pathway to health: cluster-randomized trial to increase fruit and vegetable consumption among smokers in public housing », *Health Psychology*, vol. 26, n° 2, p. 214-221.

ELLIOT, D.L. et autres (2007). « The PHLAME (Promoting Healthy Lifestyles: Alternative Models' Effects) firefighter study: Outcomes of two models of behavior change », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 49, n° 2, p. 204-213.

BRUG, J. et autres (2007). « Training Dietitians in Basic Motivational Interviewing Skills Results in Changes in Their Counseling Style and in Lower Saturated Fat Intakes in Their Patients », *Journal of Nutrition Education and Behavior*, vol. 39, n° 1, p. 8-12.

JACKSON, R., K. ASIMAKOPOULOU et A. SCAMMELL (2007). « Assessment of the transtheoretical model as used by dietitians in promoting physical activity in people with type 2 diabetes », *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, vol. 20, n° 1, p. 27-36.

RICHARDS A., KK. KATTELMANN et C. REN (2006), « Motivating 18- to 24-year-olds to increase their fruit and vegetable consumption », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 106, n° 9, p. 1405-1411.

HANEWINKEL, R. et autres (2006). « [Motivational interviewing of unemployed acceptance and effects of counselling to improve health-related behaviour] ». [German], *Gesundheitswesen*, vol. 68, n° 4, p. 240-248.

BRODIE, D.A. et A. INOUE (2005). « Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 50, n° 5, p. 518-527.

BOWEN, D. et autres (2002). « Results of an adjunct dietary intervention program in the Women's Health Initiative », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 102, n° 11, p. 1631-1637.

RESNICOW, K. et autres (2001). « A Motivational Interviewing Intervention to Increase Fruit and Vegetable Intake Through Black Churches: Results of the Eat for Life Trial », [see comment], *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 10, p. 1686-1693.

SMITH, D.E. et autres (1997). « Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM. A pilot study », *Diabetes Care*, vol. 20, n° 1, p. 52-54.

WOOLLARD, J. et autres (1995). « A controlled trial of nurse counselling on lifestyle change for hypertensives treated in general practice: preliminary results », *Clinical and Experimental Pharmacology & Physiology*, vol. 22, n° 6-7, p. 466-468.

BENNETT, J.A. et autres (2007). « Motivational interviewing to increase physical activity in long-term cancer survivors: a randomized controlled trial », *Nursing Research*, vol. 56, n° 1, p. 18-27.

KREMAN, R. et autres (2006). « The effects of motivational interviewing on physiological outcomes », *Applied Nursing Research*, vol. 19, n° 3, p. 167-170.

HARLAND, J. et autres (1999). « The Newcastle exercise project: a randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care », [see comment], *BMJ*, vol. 319, n° 7213, p. 828-832. [effects good within 12 weeks but not maintained at 1 year].

GOLDBERG, J.H. et M. KIERNAN (2005). « Innovative techniques to address retention in a behavioral weight-loss trial », *Health Education Research*, vol. 20, n° 4, p. 439-447.

BERG-SMITH, S.M. et autres (1999). « A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents », *Health Education Research*, vol. 14, n° 3, p. 399-410.

RESNICOW, K. et autres (2005). « Results of the healthy body healthy spirit trial », *Health Psychology*, vol. 24, n° 4, p. 339-348.

VAN VILSTEREN, M.C., M.H. DE GREEF et R.M. HUISMAN (2005). « The effects of a low-to-moderate intensity pre-conditioning exercise programme linked with exercise counselling for sedentary haemodialysis patients in The Netherlands: results of a randomized clinical trial », *Nephrology Dialysis Transplantation*, vol. 20, n° 1, p. 141-146.

## **5 études observant des effets équivalents au groupe contrôle / traitement usuel**

BENNETT, J.A. et autres (2008). « A Telephone-Only Motivational Intervention to Increase Physical Activity in Rural Adults: A Randomized Controlled Trial », *Nursing Research*, vol. 57, n° 1, p. 24-32.

SCHWARTZ, R.P. et autres (2007). « Office-Based Motivational Interviewing to Prevent Childhood Obesity: A Feasibility Study », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 161, n° 5, p. 495-501.

MHURCHÚ, C.N., B.M. MARGETTS et V. SPELLER (1998). « Randomized clinical trial comparing the effectiveness of two dietary interventions for patients with hyperlipidaemia », *Clinical Science*, vol. 95, n° 4, p. 479-487.

SIMS, J. et autres (1998). « Can practice nurses increase physical activity in the over 65s? Methodological considerations from a pilot study », *The British Journal of General Practice*, vol. 48, n° 430, p. 1249-1250.

BEFORT, C.A. et autres (2008). « Motivational interviewing fails to improve outcomes of a behavioral weight loss program for obese African American women: a pilot randomized trial », *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 31, n° 5, p. 367-377.

## **2 méta-analyses**

HETTEMA, J. et autres (2005). « Motivational Interviewing », *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 1, p. 91-111.

RUBAK, S. et autres (2005). « Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis », *The British Journal of General Practice*, vol. 55, n° 513, p. 305-312.

Par Jacinthe Hovington et Jean-Marc Assaad  
En collaboration avec l'équipe du Système de prévention clinique  
de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé  
et des services sociaux de Montréal.  
Février 2009

## ANNEXE II

# L'entrevue motivationnelle au centre d'éducation pour la santé



### **Prémisse :**

Trois conditions sont nécessaires pour qu'un changement se produise : avoir les connaissances, disposer des habiletés requises et être motivé. Bien que certaines connaissances soient transmises au moment de la visite du patient au Centre d'éducation pour la santé (CES), c'est sur la motivation que l'intervention met l'accent, puisque c'est souvent la condition la moins exploitée et la plus influente sur le changement.

### **Déroulement :**

Au CES, l'entrevue motivationnelle (EM) se déroule selon les meilleures pratiques décrites dans la littérature. Les intervenants appliquent diverses techniques selon les besoins propres à chaque client dans le but de l'amener à adopter un comportement sain à partir de ses propres sources de motivation.

### **Nombre d'interventions :**

Chaque client bénéficie de 2 entrevues motivationnelles avec l'éducateur pour la santé : la première en face à face et la

deuxième au téléphone ou en face à face, 3 à 5 semaines suivant la première entrevue. Le nombre d'interventions peut doubler si le médecin utilise l'esprit motivationnel lors de la consultation initiale et lors de la subséquente.

### **Durée de l'intervention :**

La consultation en face à face dure environ une heure, dont 15 minutes sont consacrées à faire compléter un bilan informatisé par le patient sur ses habitudes de vie, et 40 minutes sont dédiées à l'EM. L'intervention téléphonique dure environ 20 à 25 minutes. Au total, 60 à 65 minutes sont allouées à l'EM.

### **Expertise des éducateurs pour la santé (EPS) :**

Les intervenants développent progressivement leur expertise d'abord par une formation initiale de 2 jours suivie de séances de formation continue de 3 heures aux 5 semaines, le tout assuré par 2 spécialistes de l'EM. Une évaluation formative (MITI) est menée actuellement par l'un des 2 spécialistes auprès des EPS

qui sont en place depuis 1 an. Cette évaluation est faite selon des critères validés et permettra à chaque EPS de perfectionner son intervention au besoin. Enfin, la participation aux communautés de pratique permet aux EPS de poursuivre le développement continu de leurs compétences.

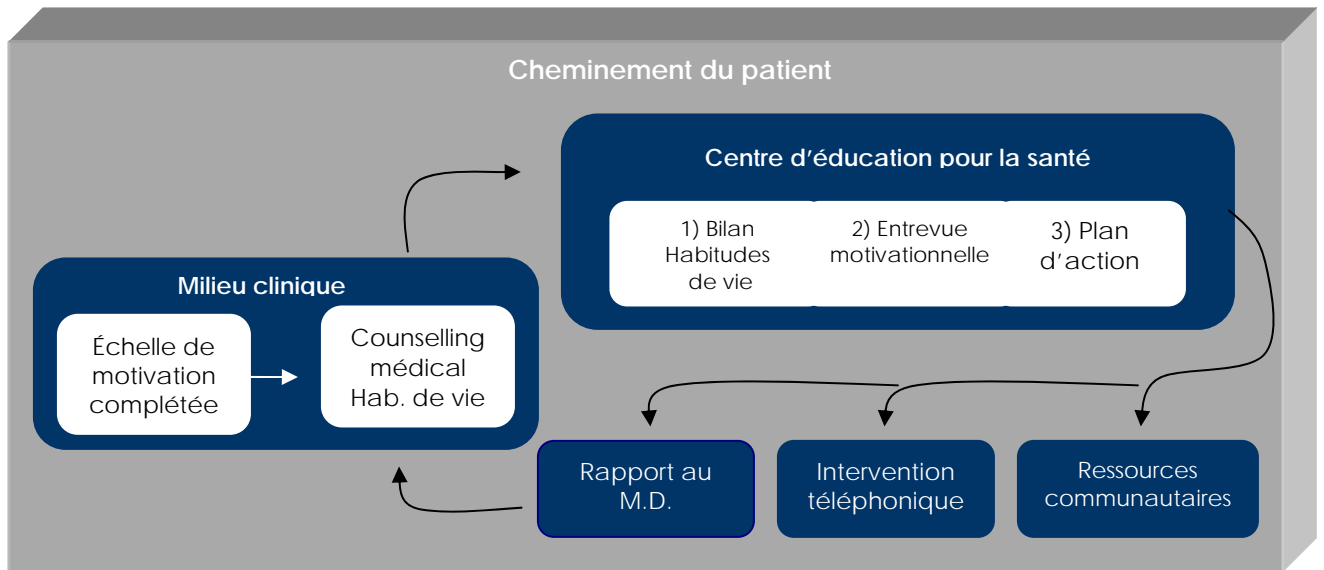
## **Activités complémentaires aux 2 interventions motivationnelles :**

L'échelle de motivation complétée par le patient dans la salle d'attente du cabinet médical s'avère une première démarche de réflexion du patient sur ses habitudes de vie. L'outil a été conçu dans un esprit motivationnel, validé par les experts et fondé sur des données empiriques.

Le guide d'utilisation de l'échelle de motivation destiné au médecin permet à celui-ci de questionner son patient sur ses habitudes de vie en utilisant une technique de l'approche motivationnelle. Ce guide a également été validé par les experts de PsyMontréal.

Le bilan des habitudes de vie complété par le patient lors de sa visite au CES l'amène à poursuivre sa démarche réflexive, puisqu'il a été conçu dans un esprit motivationnel. Le rapport transmis au M.D. traitant favorise une continuité à l'intervention.

## Ce schéma présente en un coup d'œil le cheminement d'un patient de la clinique médicale au centre d'éducation pour la santé



### Conclusion : Le CES répond-il aux besoins?

Il est clair que les fondements de l'EM telle qu'elle se pratique dans les CES permettent d'en attendre des résultats positifs. La formation continue des éducateurs, le caractère éprouvé de l'approche appliquée aux habitudes de vie et la grande continuité rendue possible entre le médecin traitant et le CES contribuent à créer un modèle d'intervention robuste. La nouveauté ne réside donc pas dans l'approche mais plutôt sur le plan de l'organisation des services.

Il est en effet peu fréquent dans notre système de santé de trouver une offre de service aussi ciblée et aussi cohérente avec la pratique médicale de première ligne. Nous avons établi, par un survol des écrits, que les méthodes traditionnelles où des conseils sont donnés par des professionnels de la santé ont grandement avantage à être combinées avec une approche motivationnelle chez les patients pour lesquels les nombreux bénéfices à changer sont manifestes, mais qui demeurent néanmoins résistants au changement.

L'équipe du Système de prévention clinique  
de la Direction de santé publique  
de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.  
Février 2009



# BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée)	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	<b>Le système de prévention clinique (SPC) Phase 1 : Intégration optimale du counseling sur les habitudes de vie</b>	<b>5 \$</b>	
	NUMÉRO D'ISBN (version imprimée) <b>978-2-89494-726-5 (phase 1)</b>		

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

No Rue App.

Ville Code postal

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la **Direction de santé publique de Montréal**

**Veillez retourner votre bon de commande à :**

Centre de documentation  
Direction de santé publique  
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal  
1301, rue Sherbrooke Est  
Montréal (Québec) H2L 1M3

**Pour information : 514 528-2400 poste 3646**





**Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal**

**Québec** 