

Soutenir la prévention clinique : Comment faire mieux?

État des lieux et recommandations pour la
Direction régionale de santé publique de Montréal



Soutenir la prévention clinique : Comment faire mieux? –

État des lieux et recommandations pour la Direction régionale de santé publique de Montréal

est une production de la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
514 528-2400
ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca

Auteurs

Ak'ingabe Guyon, M. Sc., M.D., C.M., CMFC, FRCPC
Médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive

Valérie Lemieux, erg., M. Sc.
Ergothérapeute et professionnelle en santé publique

Robert Perreault, M.D., FRCPC
Psychiatre et médecin-conseil en santé publique

Révision linguistique et mise en page

Luigia Ferrazza

Remerciements

Les auteurs remercient toutes les personnes qui ont travaillé de près ou de loin à la conduite des travaux rapportés dans ce document, pour leur disponibilité et le partage de leur expertise. Nous remercions également : Sylvie Chevalier, Irma Clapperton, Mylène Drouin, Claire Gagné, Mireille Gaudreau, David Kaiser et Uyen Pham.

Notes

Les opinions et interprétations exprimées dans ce rapport n'engagent que ses auteurs, elles ne reflètent pas nécessairement les points de vue des personnes qui ont participé au processus d'évaluation et elles ne correspondent pas à une position institutionnelle formelle.

Les données contenues dans ce document peuvent être citées, à la condition d'en mentionner la source.

Ce document est disponible en ligne en format électronique sur le site Web : dsp.santemontreal.qc.ca, twitter.com/Santepub_Mtl ou à la section documentation du site Web du [CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal](http://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca).

Dans le présent document, les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin.

2^e édition

© Gouvernement du Québec, 2016

Tous droits réservés

ISBN 978-2-550-77387-0 (version PDF)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

Mot du directeur

Au cours des dernières années, la Direction régionale de santé publique de Montréal a consacré des efforts considérables à soutenir la prestation des services préventifs en première ligne. Ces efforts avaient pour but d'augmenter la couverture populationnelle pour les services reconnus efficaces en prenant garde de ne pas creuser d'écarts liés aux inégalités sociales et de santé (*Plan d'action régional et Plans d'action locaux 2010-2015*). Pour y arriver, notre direction régionale a travaillé, en étroite collaboration avec plusieurs partenaires incontournables, à développer des lignes directrices, à proposer de modalités novatrices d'organisation des services ou simplement à collaborer à la formation des cliniciens (Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des pharmaciens, universités, etc.).

En 2013, en préalable au chantier lié à la révision du *Plan d'action régional*, une équipe a été mandatée pour réaliser un bilan des efforts, accomplissements et progrès de notre organisation en matière de prévention clinique. Elle devait aussi émettre des recommandations quant au positionnement de ce dossier pour la région de Montréal à la lumière de l'état des connaissances scientifiques dans le domaine. Cette démarche d'évaluation stratégique comporte deux volets : d'une part, une recherche qualitative menée auprès des professionnels impliqués en prévention clinique qui rapporte leurs mots et leurs appréciations et, d'autre part, une revue de la littérature scientifique qui éclaire l'analyse quant aux conditions de succès nécessaires pour la réussite des interventions.

Le présent rapport vient clore la démarche entamée en 2013. En anticipation de notre *Plan d'action régional intégré de santé publique 2016-2021*, ses recommandations nous ont permis de mieux cibler les stratégies essentielles à mettre de l'avant dans le champ de la prévention clinique, de recadrer les rôles régionaux et ceux des équipes territoriales en identifiant les conditions de succès aptes à en assurer les meilleurs impacts.

Il est important de noter que ce travail s'appuie sur des données antérieures à la réorganisation du réseau, antérieures également à la démarche nationale « Soutien à l'intégration de la prévention dans les pratiques interprofessionnelles de première ligne ». Plus récemment, la publication du *Programme national de santé publique* et des *Plans d'action thématiques tripartites* est venue préciser les cibles d'intervention, et les rôles et responsabilités des acteurs du réseau de santé publique. Ces documents ont en retour informé la révision de notre *Plan d'action régional intégré de santé publique 2016-2021* pour les actions spécifiques au soutien à la prévention clinique. En raison de cette chronologie d'événements, il est possible que le cadre d'analyse et la typologie utilisés diffèrent en partie de ceux retenus pour ces documents.

Par ailleurs, malgré que le palier régional ait été aboli avec l'entrée en vigueur de la loi 10, le contexte montréalais – avec 5 CIUSSS et le maintien d'une équipe chargée d'un mandat supraterritorial – exige qu'une distinction soit préservée dans ce rapport entre l'équipe supraterritoriale, notre Direction régionale de santé publique, et les 5 équipes territoriales de santé publique, anciennement constituées en équipes locales.

Je tiens enfin à souligner l'immense apport de la revue de littérature présentée dans ce rapport qui met en lumière diverses pratiques de pointe, principes structurants et exemples inspirants en matière de prévention clinique. Conscients que l'état des lieux décrit dans le présent rapport pourrait avoir un rayonnement extérieur à notre organisation, les idées et les méthodes novatrices recensées ici pourront, je l'espère, contribuer à enrichir le futur. Ils ont certes nourri notre propre réflexion et l'ajustement des services de prévention clinique que nous offrons à la population montréalaise. Nous sommes confiants que les efforts actuellement engagés à Montréal et à travers le Québec permettront d'améliorer significativement l'accès, la qualité et l'équité en matière de prévention clinique. La santé de nos populations en sera significativement améliorée.

Le directeur de santé publique de Montréal,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Richard Massé', with a stylized, flowing script.

Richard Massé, M.D.

Table des matières

Mot du directeur	iii
Principaux messages	viii
Résumé	xi
Introduction	1
1. Mise en contexte : la prévention clinique au Québec	3
1.1 Qui recommande les services préventifs à mettre en œuvre et quels sont-ils?	3
1.2 Prévention clinique au Québec : responsabilités partagées et actions du réseau de santé publique	6
1.3 Pourquoi effectuer des travaux d'évaluation?	8
2. Méthodologie	11
2.1 Objectifs et questions d'évaluation	11
2.2 Approches évaluatives	11
2.3 Collecte de données	11
2.4 Méthode d'analyse	13
2.5 Préoccupations éthiques	14
3. Résultats	15
3.1. Que fait-on? Services préventifs soutenus par l'équipe régionale de santé publique	15
3.2 Typologie du soutien à la prévention clinique	17
3.3 Soutien à des services peu souvent identifiés comme étant de la prévention clinique	19
3.4 Innovations générées par l'équipe régionale de santé publique	19
4. Discussion et recommandations	21
4.1 Que devrait-on faire?	21
4.2 Recommandations à l'équipe régionale de santé publique de Montréal	36
5. Validité, forces et limites de l'évaluation	43
Conclusion	45
Références	47

Liste des tableaux

Tableau 1 – Résumé des thématiques faisant l’objet de recommandations fortes en prévention clinique de l’USPSTF (grades A et B) et nombre de recommandations associées, 2016.....	5
Tableau 2 – Services préventifs soutenus de manière plus intensive par l’équipe régionale de santé publique de Montréal parmi ceux recommandés par l’USPSTF de grades A ou B, 2013-2014	16
Tableau 3 – Exemples d’innovations en prévention clinique développées ou soutenues par l’équipe régionale de santé publique de Montréal, 2013-2014.....	20
Tableau 4 – Services préventifs analysés par les travaux <i>The Lifetime prevention schedule</i> de la Colombie-Britannique, comparés à l’ensemble de services préventifs recommandés par l’USPSTF, 2016.....	23
Tableau 5 – Potentiel de réduction du fardeau de la maladie de services préventifs calculés en année de vie ajustée en fonction de la qualité de vie (AVAQ), 2016.....	25
Tableau 6 – Rapport coût-efficacité des services préventifs analysés dans l’étude <i>The Lifetime prevention schedule</i> , 2016, en dollars canadiens par année de vie ajustée en fonction de la qualité de vie (AVAQ), 2016.....	27
Tableau 7 – Stratégies jugées efficaces répertoriées au Québec et en Colombie-Britannique pour soutenir l’accès et la qualité de la prévention clinique	31

Liste des figures

Figure 1 – Modes de prestation de la prévention clinique soutenus par le réseau de santé publique au Québec.....	7
Figure 2 – Principales étapes et éléments contextuels ayant influencé le déroulement de l’évaluation régionale.....	10
Figure 3 – Types de soutien à la prévention clinique déployés par l’équipe régionale de santé publique de Montréal, 2013-2014	18
Figure 4 – Schéma des actions recommandées pour améliorer l’accès et la qualité de la prévention clinique.....	38

Liste des sigles

AQPP	Association québécoise des pharmaciens propriétaires
AVAQ	Années de vie ajustées en fonction de la qualité de vie
C.-B.	Colombie-Britannique
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CES	Centres d'éducation pour la santé
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMQ	Collège des médecins du Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux (aboli depuis 2015)
DGC	Direction générale de cancérologie
DRSP	Direction régionale de santé publique
DSP	Direction de santé publique
GECSSP	Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PATT	Plans d'action thématiques tripartites
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PNSP	Programme national de santé publique
PQAT	Programme québécois d'abandon du tabagisme
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
USPSTF	United States Preventive Services Task Force

Il est à noter que la Direction de santé publique est devenue, depuis avril 2015, la Direction régionale de santé publique de Montréal.

Principaux messages

La prévention clinique (activités préventives réalisées par un clinicien auprès d'un patient afin de prévenir un problème de santé) est l'une des stratégies efficaces pour améliorer la santé d'une population et diminuer, sur le long terme, les coûts de santé.

À partir d'analyse de cas, ce rapport met en lumière les activités de soutien à la prévention clinique réalisées par la Direction régionale de santé publique de Montréal de même que les conditions essentielles pour améliorer ce soutien. Il identifie également les éléments qui devraient être pris en charge par une équipe régionale de santé publique et ceux relevant d'autres instances, pour la plupart d'envergure provinciale.

Ce rapport s'adresse principalement aux dirigeants et aux professionnels de la Direction régionale de santé publique de Montréal, et aux acteurs-clés issus des multiples organisations impliquées en prévention clinique au Québec. Il s'appuie sur une collecte de données et une analyse réalisées entre 2013 et 2015.

La lecture des constats présentés dans le présent rapport doit se faire en gardant en tête que des travaux ont depuis été amorcés par la Direction générale de la santé publique du MSSS et des orientations ont été émises à travers certains documents-cadres du MSSS, notamment le Programme national de santé publique 2015-2025 de même que les Plans d'actions qui en découlent.

Résultats des analyses de cas

- À Montréal en 2013-2014, l'équipe régionale de santé publique soutenait 20 des 24 thématiques de prévention clinique ciblées par des recommandations fortes (de grades A ou B) du *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF).
- Les modes de prestation des services préventifs se divisent en deux grandes catégories : 1) des programmes populationnels, c'est-à-dire qui ciblent l'ensemble d'une population définie en fonction de caractéristiques telles que l'âge ou le sexe, et 2) des services offerts par les cliniciens à leurs patients selon l'opportunité, c'est-à-dire lorsqu'ils le jugent pertinent dans le cadre de consultations cliniques usuelles. Les équipes régionales de santé publique réalisent des activités en soutien à ces deux catégories de services.
- Une typologie du soutien à la prévention clinique a été développée : 1) soutien scientifique; 2) soutien à l'organisation des services de prévention clinique; 3) soutien direct aux cliniciens; 4) soutien en

surveillance, évaluation et monitoring; 5) soutien à l'autonomisation (*empowerment*) de la population.

- En 2013 et 2014, le type de soutien le plus fréquemment déployé par l'équipe régionale de santé publique de Montréal pour renforcer la prévention clinique portait sur l'organisation des services de santé, avec 41 % des activités recensées, suivi par le soutien scientifique (19 %).
- Une part significative du soutien déployé par l'équipe régionale de santé publique, bien qu'elle corresponde à la définition de la prévention clinique, n'est pas reconnue comme telle par l'USPSTF.

Conditions essentielles de succès

- Pour maintenir la qualité et la pertinence des services préventifs, la collecte de données a permis d'identifier le besoin d'avoir un **lieu d'arbitrage scientifique sous la responsabilité d'une instance indépendante, crédible, et désignée formellement**, notamment lorsque les recommandations sont divergentes d'une société savante à l'autre. En l'absence de lignes directrices claires et consensuelles, c'est souvent aux instances régionales que revient cet arbitrage. Or, ceci devrait plutôt incomber à une instance provinciale. Un tel arbitrage à l'échelle provinciale ne devrait toutefois pas répliquer le travail d'élaboration de recommandations, qui revient plutôt aux grands organismes scientifiques indépendants tels que le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) et l'USPSTF.
- Pour maximiser l'impact populationnel et le retour sur investissement des services préventifs soutenus par les équipes régionales de santé publique, il importe que leur sélection fasse l'objet d'une **priorisation populationnelle systématique**, c'est-à-dire un exercice rigoureux où chaque service est analysé en termes d'efficacité clinique, de potentiel de prévention du fardeau évitable de la maladie et de son rapport coût-efficacité. Comme ailleurs au Canada (à l'exception de la Colombie-Britannique), un tel exercice n'a pas encore été réalisé au Québec. Des travaux menés en Colombie-Britannique (C.-B.) pourraient paver la voie à la mise en place de critères de priorisation populationnelle.
- Pour les interventions opportunistes, la prévention clinique est peu susceptible d'être efficace si elle s'appuie uniquement sur les bonnes pratiques individuelles des cliniciens. Jusqu'à présent, la Direction régionale de santé publique de Montréal a investi beaucoup d'efforts dans l'organisation des services préventifs, en dépit du fait que la plupart des leviers nécessaires pour assurer un accès équitable et opportun aux mesures de prévention clinique se trouvent hors de son champ. Les personnes interviewées pour la présente étude s'accordent à dire qu'un

rehaussement de l'organisation des services préventifs est nécessaire pour soutenir l'action individuelle des cliniciens.

- Pour guider ses interventions et baliser ses rôles, l'équipe régionale de santé publique bénéficierait grandement de la **consolidation d'un leadership global et durable en prévention clinique** intégrant tous les acteurs concernés au Québec. Au moment de réaliser les analyses présentées dans ce rapport, la coordination entre les nombreuses instances impliquées en prévention clinique était encore en émergence.

Si la majorité de ces conditions de succès relèvent d'organisations autres que la santé publique et pour la plupart d'envergure provinciale, certaines incombent davantage à une équipe régionale de santé publique :

- Les écarts de performance entre les systèmes de santé sont significativement associés aux variations dans les efforts de prévention clinique déployés d'une juridiction à l'autre. L'un des rôles de la santé publique est ainsi de mettre en lumière ou de signaler ces « opportunités ratées » d'améliorer la santé de la population, surtout lorsqu'elles touchent des populations déjà fragilisées. Ceci doit se traduire par des **activités de surveillance, de monitoring et d'évaluation** visant à mettre en évidence les lacunes et les iniquités d'accès aux services préventifs à Montréal.
- La Direction régionale de santé publique, par son souci de réduire les inégalités sociales de santé, doit s'assurer de capter la perspective et les besoins spécifiques de sa région. Un portrait plus précis permet en effet de mettre en place les meilleures **stratégies d'autonomisation (empowerment) et les incitatifs pour les populations** qui bénéficieront le plus de services préventifs.

Résumé

La prévention clinique inclut des interventions en immunisation, counseling, traitement préventif et dépistage réalisées par un clinicien (médecin, infirmière, pharmacien, dentiste, etc.) auprès d'un patient et visant à prévenir les problèmes de santé. Ces interventions améliorent, d'une part, la santé des personnes qui en bénéficient et, d'autre part, la performance du système de santé. À l'échelle de toute une population, l'accès équitable à des services préventifs peut également contribuer à réduire les inégalités de santé et améliorer la santé de cette population dans son ensemble. Pourtant, l'accès à des services de prévention clinique reconnus efficaces et offerts de façon opportune et équitable est souvent problématique et sans garantie de continuité tout au long de la vie. À Montréal, l'accès à la prévention clinique est plus faible qu'ailleurs au Québec. De plus, on observe des écarts significatifs selon le fait d'avoir un médecin ou une source habituelle de soins de 1^{re} ligne et selon le statut socioéconomique.

Afin d'améliorer la pertinence des actions de l'équipe régionale de santé publique de Montréal et de guider la mise à jour de son plan d'action régional, nous avons :

- 1) documenté l'ensemble des interventions déployées par l'équipe régionale de santé publique de Montréal pour soutenir la prévention clinique;
- 2) analysé la pertinence des différents types d'interventions de soutien à la prévention clinique;
- 3) identifié les conditions de succès nécessaires pour réaliser efficacement ce soutien;
- 4) émis des recommandations en vue d'améliorer les actions de la santé publique montréalaise en appui à la prévention clinique.

Qui recommande les services préventifs à mettre en œuvre et quels sont-ils?

De nombreux organismes et sociétés savantes émettent des recommandations en prévention clinique, et il arrive régulièrement que les recommandations émises par plus d'une instance sur un même sujet présentent des conclusions divergentes. De plus, les très nombreux organismes qui les émettent focalisent sur une seule problématique (ex. : cancer de la prostate, maladies cardiovasculaires, ostéoporose) et ils étudient rarement l'ensemble des services préventifs efficaces tout au long d'une vie. Actuellement, seul l'*United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) a émis des recommandations sur l'ensemble des interventions en prévention clinique. Le présent rapport identifie les recommandations fortes de l'USPSTF et les compare à celles de son

équivalent canadien, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP).

Prévention clinique au Québec : responsabilités partagées

On peut résumer les actions des équipes de santé publique en prévention clinique en deux catégories :

- 1) des programmes populationnels pour des services préventifs précis, c'est-à-dire qui ciblent l'ensemble d'une population définie en fonction de caractéristiques telles que l'âge ou le sexe; et
- 2) un soutien à la prestation de services préventifs que les cliniciens offrent à leurs patients selon l'opportunité, c'est-à-dire dans le cadre de consultations cliniques usuelles.

À Montréal comme ailleurs au Québec, les équipes régionales de santé publique ont historiquement réalisé des activités de soutien en lien avec ces deux catégories de services.

Afin d'assurer un soutien adéquat aux bonnes pratiques, de même que la prestation et l'accès à ces services, ces activités doivent être articulées avec de nombreuses autres instances-clés. De même, il n'existait pas, au moment de la collecte de données et des analyses, d'entité formellement désignée pour orienter ou arbitrer la pertinence de l'ensemble des services préventifs recommandés tout au long de la vie au Québec, et ce, particulièrement en ce qui a trait aux services offerts en mode dit opportuniste. Depuis 2015, une démarche a été amorcée à l'échelle provinciale et vise notamment à mieux coordonner les efforts de toutes les instances impliquées en prévention clinique. Bien qu'à leur début, ces travaux devraient permettre de mieux répartir les responsabilités des acteurs québécois impliqués en prévention clinique. Les constats et les recommandations du présent rapport montréalais pourront en outre servir à alimenter les réflexions.

Méthodologie

Nous avons utilisé des approches d'étude de cas et d'analyse stratégique. Une série de 28 entrevues semi-structurées a d'abord été menée auprès de professionnels de la direction régionale de santé publique impliqués en prévention clinique, puis nous avons effectué une analyse stratégique pour déterminer les types d'interventions en prévention clinique à maintenir ou à modifier. Nous avons approfondi cette analyse par une revue documentaire des systèmes de prévention clinique au Canada et dans des pays comparables.

Résultats : Que fait-on?

Services préventifs soutenus par l'équipe régionale de santé publique de Montréal

En 2013 et 2014, l'équipe régionale de santé publique de Montréal soutenait 20 des 24 thématiques ciblées par des recommandations fortes du USPSTF dans le cadre :

- des programmes populationnels de prévention clinique déployés en santé dentaire; en périnatalité; en prévention des infections transmissibles par le sexe et le sang; en immunisation; en dépistage du cancer du sein; en abandon du tabagisme; et en prévention clinique des chutes;
- du soutien à la prestation de services préventifs offerts lors de consultations cliniques usuelles par des cliniciens.

Typologie du soutien à la prévention clinique

Le soutien à la prévention clinique déployé par l'équipe régionale de santé publique de Montréal peut se catégoriser en cinq types d'interventions : soutien scientifique; soutien à l'organisation des services de prévention clinique; soutien direct aux cliniciens; soutien en surveillance, évaluation et monitoring; soutien à l'autonomisation (*empowerment*) de la population.

Le type de soutien le plus fréquemment déployé par l'équipe régionale de santé publique de Montréal pour renforcer la prévention clinique portait sur l'organisation des services de santé, qui représentait à lui seul 41 % des activités recensées. Au second rang, le soutien scientifique occupait quant à lui 19 % des interventions.

Discussion : Que devrait-on faire?

Quels services préventifs devrait-on soutenir en priorité?

Tous les services préventifs n'ont pas le même potentiel de réduction du fardeau de la maladie. Pour prioriser l'accès à certains services préventifs en fonction de ce potentiel, des études menées aux États-Unis et en Colombie-Britannique utilisent des données populationnelles. Leurs critères de priorisation sont :

- La force des recommandations cliniques portant sur des services préventifs, telle qu'évaluée par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) ou le *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF);
- L'impact de différents services préventifs sur le fardeau de la maladie dans une population;

- Le rapport coût-efficacité de différents services préventifs.

Au Canada (à l'exception de la C.-B.) le choix des mesures préventives soutenues n'a pas fait l'objet de priorisation systématique fondée à la fois sur l'efficacité clinique, le fardeau évitable de la maladie et le rapport coût-efficacité. À Montréal comme ailleurs au Québec, il importe donc de recentrer ces choix autour de tels critères afin de mieux baliser les activités de prévention clinique et en maximiser la portée populationnelle.

Que devrait-on faire pour soutenir la qualité et l'accès à des services préventifs prioritaires?

À partir de documents de référence en prévention clinique publiés au Canada, nous identifions plusieurs stratégies jugées efficaces pour soutenir la qualité et l'accès à des services préventifs.

Type de soutien	Stratégies recommandées
Soutien scientifique	• une priorisation des services préventifs fondée sur l'efficacité clinique, le fardeau évitable de la maladie et le rapport coût-efficacité; • la formation professionnelle.
Soutien à l'organisation des services de prévention clinique	Des mesures structurantes à l'échelle provinciale : • la mise en place d'un leadership provincial responsable d'un cycle permanent de planification et d'évaluation des services préventifs; • un financement adéquat pour la prestation de services préventifs prioritaires; • un processus formel pour sélectionner les professionnels, équipes ou réseaux de soins les plus appropriés pour livrer différents services préventifs; • l'intégration d'infirmières dans les pratiques médicales pour offrir des services préventifs. Des mécanismes locaux tels que : • des équipes locales d'amélioration à la qualité de soin; • des professionnels dédiés à la prévention clinique; • des interventions à multiples facettes.
Soutien direct aux cliniciens	• des systèmes de rappels visant les cliniciens; • la facilitation; • et une emphase particulière sur l'utilisation des dossiers médicaux électroniques en général pour soutenir la prévention clinique.
Soutien en surveillance, évaluation, monitoring	• le renforcement des systèmes d'information pour soutenir la planification et l'amélioration de la qualité des soins; • l'évaluation des stratégies de soutien à la prévention clinique; • le monitoring de la couverture populationnelle et de la qualité des services préventifs.
Soutien à l'autonomisation	• des systèmes de rappel visant le patient.

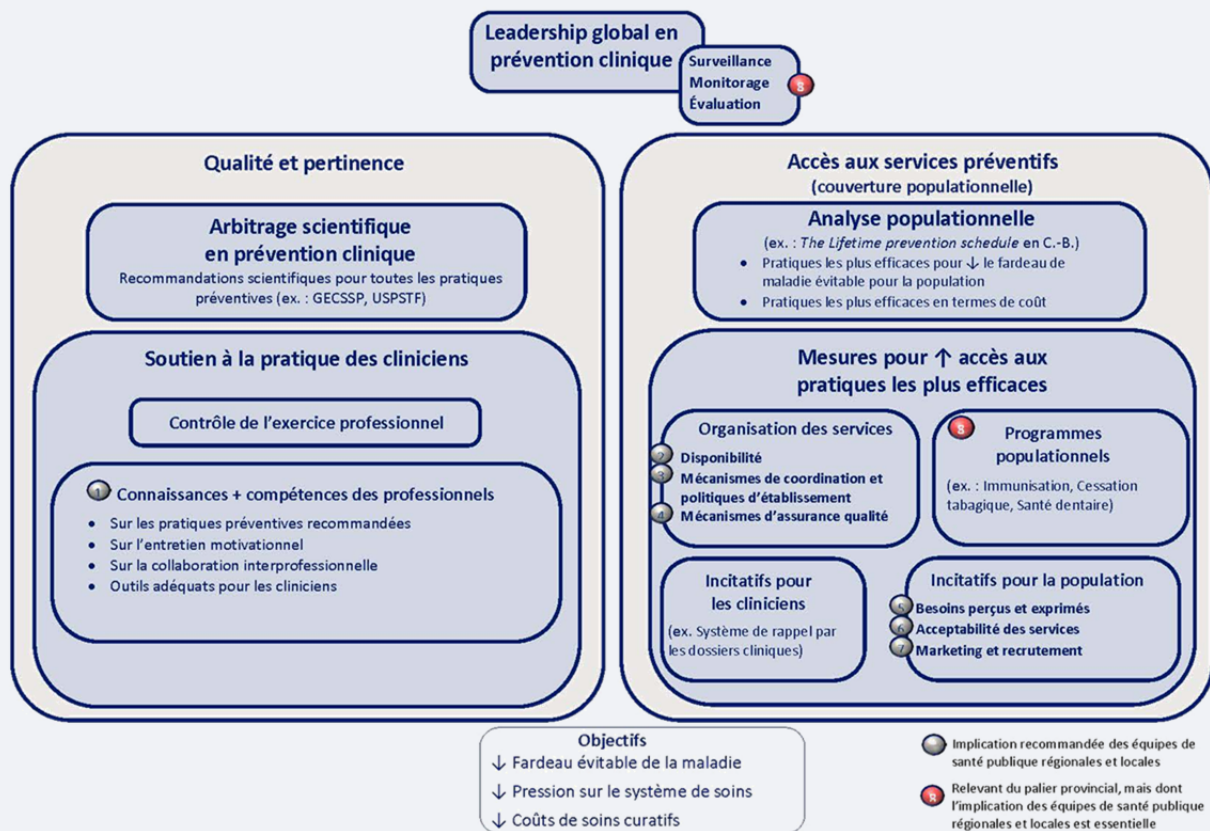
Source : Tableau 7 du présent rapport, page 31.

Dans l'ensemble, ces recommandations apparaissent comme étant des mesures pour lesquelles les leviers décisionnels se situent majoritairement au palier provincial plutôt que régional ou local.

Recommandations

À partir de nos analyses et de l'étude des systèmes de prévention clinique identifiés par la revue de littérature, nous proposons un schéma synthèse. Celui-ci identifie, d'une part, les facteurs en amont nécessaires pour que les interventions de prévention clinique aient un impact optimal sur l'amélioration de la santé de la population et, d'autre part, les éléments qui devraient être pris en charge par une équipe régionale de santé publique.

Schéma des actions recommandées pour améliorer l'accès et la qualité de la prévention clinique



Source : Figure 4 du présent rapport, page 38.

Ce schéma met en lumière que la majorité des conditions de succès pour la prévention clinique relèvent, de par leur caractère plus général, davantage d'instances provinciales même si les services sont offerts dans le réseau montréalais de santé et de services sociaux.

Les conditions de succès dont les leviers se situent au niveau provincial sont tributaires d'instances détenant, par exemple, une expertise en organisation des services, en intervention clinique, ou en évaluation. La plupart se trouvent à l'extérieur du champ de la santé publique. Réunir ces conditions de succès implique donc de mettre en commun les efforts de différentes instances et de définir les rôles de chacune.

Depuis 2015, la Direction générale de la santé publique du MSSS a amorcé des travaux à l'échelle provinciale afin de coordonner l'élaboration et la diffusion, d'ici 2018, d'un document-cadre énonçant les orientations nationales en prévention clinique adapté au contexte québécois. Ces travaux, qui réunissent notamment les entités responsables de l'organisation de la première ligne et des lignes directrices en matière de pratiques cliniques, sont inscrits au *Plans d'action thématiques tripartites* découlant du *Programme national de santé publique 2015-2025* (PNSP).

Bien que les conditions de succès et les recommandations énoncées ci-dessous aient été identifiées antérieurement à l'initiation des travaux menés par le MSSS depuis 2015, celles-ci peuvent alimenter les réflexions, en cours sur la prévention clinique au Québec :

- **Assurer l'arbitrage scientifique** — En l'absence de lignes directrices claires et consensuelles, une forte proportion des actions régionales de soutien à la prévention clinique ont trait à l'arbitrage scientifique. Or, ceci devrait plutôt incomber à une instance provinciale ayant une grande crédibilité et un leadership reconnu auprès de l'ensemble des cliniciens. En effet, la collecte de données a permis d'identifier le besoin d'avoir un **lieu d'arbitrage scientifique sous la responsabilité d'une instance indépendante, crédible, et désignée formellement**, notamment lorsque les recommandations sont divergentes d'une société savante à l'autre. Cet arbitrage ne devrait cependant pas répliquer le travail d'élaboration de ces recommandations, qui revient plutôt aux grands organismes scientifiques indépendants que sont par exemple le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) et le *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF).
- **Effectuer une priorisation populationnelle systématique** — Au Québec, le choix des mesures préventives soutenues par une équipe régionale de santé publique est inscrit dans le *Programme national de santé publique*. Cependant, ce choix n'a pas fait l'objet d'une priorisation populationnelle systématique fondée à la fois sur l'efficacité clinique, le fardeau évitable de la maladie et le rapport coût-efficacité. La Colombie-Britannique a mené des travaux, *The Lifetime prevention schedule*, qui constituent l'exercice le plus rigoureux effectué à ce jour pour établir des priorités d'accès à la prévention clinique dans une province. Afin d'augmenter

l'impact populationnel des services préventifs soutenus par les équipes régionales de santé publique, il importera de recentrer ces services autour de critères analogues.

- **Renforcer l'organisation des services préventifs dans son ensemble —**
Pour les interventions opportunistes, la prévention clinique est peu susceptible d'être efficace si elle s'appuie uniquement sur les bonnes pratiques individuelles des cliniciens. Une approche mieux structurée de l'organisation des services préventifs est nécessaire pour soutenir l'action individuelle des cliniciens, et devrait inclure, entre autres, des mesures pour augmenter la disponibilité, la coordination, la qualité des services préventifs offerts ainsi que des systèmes de rappels pour les cliniciens. La Direction régionale de santé publique de Montréal, en raison de sa responsabilité populationnelle, a mis beaucoup d'efforts dans l'organisation des services préventifs, alors que la plupart des leviers nécessaires pour assurer un accès équitable et opportun aux mesures de prévention clinique se trouvent hors de son champ, ce qui affaiblit la portée de ses efforts.
- **Consolider un leadership global et durable en prévention clinique —**
Pour guider ses interventions et baliser ses rôles, l'équipe régionale de santé publique bénéficiera grandement de la consolidation d'un leadership global et durable en prévention clinique intégrant tous les acteurs concernés au Québec. En effet, la coordination formelle et la planification conjointe entre toutes ces instances sont encore en émergence. De même, il n'existe pas encore de consensus quant au partage des responsabilités entre les acteurs de santé publique et les autres instances jouant un rôle en prévention clinique que sont, par exemple, les différentes directions du réseau de la santé et des services sociaux (ex. : directions des soins infirmiers, directions régionales de médecine générale), les associations et les ordres professionnels, les réseaux académiques et les instituts d'excellence clinique.

Par ailleurs, nous jugeons que certaines actions relèvent du rôle des équipes régionales de santé publique. À cet égard nous émettons les recommandations suivantes :

- **Maintenir un appui aux connaissances et aux compétences des professionnels —** L'équipe régionale devrait maintenir un soutien scientifique (ex. : formations, expertise-conseil) auprès des cliniciens offrant des services préventifs dans le cadre de programmes populationnels de santé publique.
- **Restreindre le soutien à l'organisation des services uniquement aux programmes populationnels dont la santé publique a la responsabilité —** L'équipe régionale devrait agir sur la disponibilité des services, les

mécanismes de coordination des services et les mécanismes d'assurance qualité pour les programmes prescrits par le *Programme national de santé publique* (PNSP).

- **Revoir les stratégies d'autonomisation pour la population montréalaise —**
Afin d'améliorer l'accès à la prévention clinique, et ce, particulièrement auprès des populations vulnérables ou plus à risque d'inégalités sociales de santé, l'équipe régionale de santé publique devrait offrir un soutien à l'autonomisation (*empowerment*) de la population à travers : la captation des besoins perçus et exprimés de la population; l'acceptabilité des services pour les clientèles vulnérables; le marketing et le recrutement auprès des clientèles vulnérables ou plus à risque d'inégalités sociales de santé.
- **Maintenir des activités de surveillance, de monitoring et d'évaluation —**
Les équipes de santé publique de Montréal devraient réaliser certaines actions de surveillance, d'évaluation et de monitoring sur leur territoire pour documenter des cas-traceurs afin de mettre en évidence les lacunes et les iniquités d'accès aux services préventifs.

Introduction

Une problématique montréalaise

L'accès équitable à des services préventifs reconnus efficaces tout au long de la vie constitue un enjeu de taille à Montréal. En effet, les Montréalais sont souvent moins exposés à la prévention clinique que les populations québécoises hors de Montréal^{1, 2}. Ceci peut s'expliquer en partie par les écarts d'accès à un médecin de famille observés entre Montréal et les autres régions. Montréal est la région du Québec où la population n'ayant pas de médecin régulier est la plus élevée : 36 % des Montréalais contre 27 % de l'ensemble des Québécois déclarent ne pas avoir de médecin régulier³. Or, le fait d'avoir un médecin de famille est le facteur le plus fortement associé à une plus grande exposition aux services préventifs¹. De plus, l'accès aux services préventifs entre les Montréalais est significativement inégal selon, entre autres, le statut socioéconomique, l'âge ou le statut d'immigration⁴.

Définition de la prévention clinique

La prévention clinique inclut des interventions en immunisation, counseling, traitement préventif et dépistage réalisées par un clinicien (médecin, infirmière, pharmacien, dentiste, etc.) auprès d'un patient et visant à prévenir les problèmes de santé^{5, 6}. Ces interventions sont également appelées pratiques cliniques préventives, soins ou services préventifs.

La prévention clinique est reconnue comme étant l'une des stratégies essentielles pour diminuer la morbidité et la mortalité évitables^{6, 7, 8}, et diminuer les coûts dans le système de santé⁹, mais aussi comme une composante incontournable pour améliorer la 1^{re} ligne de soins et pour lutter contre les maladies chroniques^{5, 10, 11, 12}. La prévention clinique est aussi associée à des gains de santé significatifs et à des économies substantielles pour le système de santé^{9, 13, 14}. À l'échelle de toute une population, l'accès équitable à des services préventifs peut également contribuer à réduire les inégalités de santé¹⁵. De plus, des données canadiennes montrent que les écarts de performance entre les systèmes de santé sont significativement associés aux variations dans les efforts de prévention déployés d'un système de santé à l'autre, notamment en prévention du tabagisme, de l'obésité, de l'inactivité physique et des maladies chroniques¹⁴.

Les interventions en prévention clinique relèvent à la fois de la responsabilité des établissements, des professionnels de la santé et des acteurs de santé publique^{16, 17} :

- Le rôle des établissements de santé est de s'assurer que les services préventifs sont disponibles et accessibles au plus grand nombre.

- Le rôle des cliniciens est de s'occuper au mieux de leurs patients sur une base individuelle, en incluant des services préventifs pertinents et de qualité lorsqu'ils le jugent opportun.
- Le rôle des acteurs de santé publique est d'améliorer la santé à l'échelle de toute une population en permettant un accès équitable aux services préventifs les plus efficaces pour une population donnée.

Ce rapport est structuré en cinq sections : 1) mise en contexte, 2) méthodologie, 3) résultats, 4) discussion et recommandations, 5) validité, forces et limites.

Les résultats de nos analyses s'adressent principalement à deux publics susceptibles de renforcer le soutien à la prévention clinique déployé par l'équipe régionale de santé publique de Montréal :

- les gestionnaires et les professionnels de la Direction régionale de santé publique de Montréal impliqués en prévention clinique;
- les acteurs-clés issus des multiples organisations impliquées dans l'amélioration de l'accès et de la qualité de la prévention clinique à travers le Québec.

1. Mise en contexte : la prévention clinique au Québec

Avant de décrire les services préventifs que l'équipe régionale de santé publique de Montréal soutient et les interventions qu'elle mène, il importe de comprendre : quelles organisations recommandent les services préventifs à mettre en œuvre; quels sont les services préventifs établis comme étant efficaces; et quels sont les différents acteurs-clés responsables d'assurer la qualité et l'accès à la prévention clinique au Québec.

1.1 Qui recommande les services préventifs à mettre en œuvre et quels sont-ils?

Pour évaluer l'ampleur des gains de santé liés à des services préventifs, de nombreux ordres professionnels, associations professionnelles, panels d'experts ou organismes scientifiques indépendants adoptent des méthodologies variables. Ils résument ensuite leurs analyses par des recommandations aux cliniciens. Ces recommandations sont émises sous forme de guides de pratique ou lignes directrices.

En Amérique du Nord, deux organismes scientifiques indépendants ont le mandat d'émettre des recommandations sur l'efficacité de l'ensemble des services de prévention clinique : le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) et le *U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF). De 1979 à 2005, le GECSSP effectuait une analyse systématique des études et des méta-analyses documentant l'efficacité clinique des services préventifs, et recommandait aux cliniciens les interventions les plus efficaces¹⁸. Le GECSSP faisait figure d'autorité pancanadienne et internationale en prévention clinique et a servi de modèle au développement de son vis-à-vis américain, l'USPSTF. Le GECSSP a été démantelé en 2005, lorsque ses financements fédéral et provinciaux ont cessé. Bien qu'il ait repris du service en 2010, le GECSSP n'a pas les ressources pour émettre des recommandations sur l'ensemble des interventions de prévention clinique¹⁹. L'USPSTF est ainsi devenu la principale référence nord-américaine en matière de recommandations en prévention clinique. Ses recommandations sont basées sur une analyse systématique des données probantes et un système d'évaluation rigoureux.

De nombreux organismes et sociétés savantes émettent aussi des recommandations en prévention clinique, la plupart du temps dans un domaine circonscrit qui les préoccupe (ex. : associations professionnelles telles que la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, certaines grandes fondations, parfois même des organisations de bienfaisance ou des groupes d'intérêts privés). Or, il arrive régulièrement que les recommandations émises par plus d'une instance sur un même sujet présentent des conclusions

divergentes. Ces divergences peuvent, entre autres, s'expliquer par la nature de la démarche (méta-analyse des études scientifiques ou consensus d'experts), le contrôle des biais inhérents au processus (conflits d'intérêts, écoles de pensée des experts) et la périodicité de publication²⁰. De plus, les très nombreux organismes qui les émettent étudient rarement l'ensemble des services préventifs efficaces tout au long d'une vie. Ils se concentrent généralement autour d'un sujet précis associé à leur champ de pratique (prévention des maladies cardiovasculaires, dépistage du cancer de la prostate, counseling périnatal, etc.). Actuellement, seul l'USPSTF a émis des recommandations sur l'ensemble des interventions en prévention cliniqueⁱ. Nous résumons les 53 recommandations les plus fortes (grades A et B) au tableau 1 afin de présenter un aperçu global des interventions recommandées en prévention clinique²¹. Nous avons regroupé ces recommandations en 24 thématiques. Ceci permettra, dans la section *Résultats* de ce rapport (section 3.1), de comparer les services préventifs que l'équipe régionale de santé publique soutient aux recommandations émises par l'USPSTF.

Il est à noter que plusieurs divergences scientifiques existent entre les recommandations de l'USPSTF et celles du GECSSP. Au printemps 2016, le GECSSP s'était prononcé sur 11 des 53 recommandations fortes de l'USPSTF¹⁹ :

- Cinq recommandations étaient divergentes. Le GECSSP émettait une recommandation faible au sujet du dépistage du cancer du sein, du dépistage du cancer du poumon, du dépistage du diabète, et ne recommandait pas le dépistage de la dépression, ni le dépistage de la violence interpersonnelle, alors que l'USPSTF émettait une recommandation forte sur ces services.
- Six recommandations étaient généralement convergentes. L'USPSTF et le GECSSP émettaient des recommandations fortes en faveur du dépistage du cancer du col de l'utérus, du dépistage du cancer colorectal, du dépistage de l'hypertension, du dépistage de l'ostéoporose, du counseling sur le cancer de la peau, du dépistage et du counseling sur l'obésité.

Ces divergences seront discutées davantage dans la section portant sur les services préventifs à soutenir en priorité (section 4.1.1).

ⁱ À l'exception des recommandations en immunisation émises aux États-Unis par les *Centers for Disease Control*.

Tableau 1 – Résumé des thématiques faisant l’objet de recommandations fortes en prévention clinique de l’USPSTF (grades A et B) et nombre de recommandations associées, 2016

Thématiques faisant l’objet de recommandations fortes en prévention clinique de l’USPSTF (grades A et B)	N ^{bre} de recommandations associées
Périnatalité et petite enfance	
1. Suivi périnatal — dépistage - counseling - traitement préventif	15
2. Allaitement — counseling	1
3. Amblyopie — dépistage	1
4. Prévention de la carie dentaire — traitement préventif	1
Maladies infectieuses	
5. Infections transmissibles par le sexe et le sang — dépistage - counseling - traitement préventif	7
6. Immunisation ^a	--
Cancers	
7. Cancer du sein — dépistage - counseling - traitement préventif	3
8. Cancer du col de l’utérus — dépistage	1
9. Cancer colorectal — dépistage	1
10. Cancer de la peau — counseling	1
11. Cancer du poumon — dépistage	1
Facteurs de risques cardiovasculaires	
12. Tabagisme — counseling - traitement préventif	2
13. Obésité — dépistage - counseling	1
14. Diabète — dépistage	2
15. Activité physique et alimentation — counseling	1
16. Hypercholestérolémie — dépistage	4
17. Hypertension — dépistage	1
18. Anévrisme de l’aorte — dépistage	1
19. Aspirine — traitement préventif	2
Santé osseuse et prévention des chutes	
20. Chutes — counseling - traitement préventif	2
21. Ostéoporose — dépistage - traitement préventif	1
Santé mentale et dépendances	
22. Dépression — dépistage	2
23. Alcool — dépistage - counseling	1
Violence	
24. Violence interpersonnelle — dépistage	1
Total des recommandations	53

^a : Les recommandations en immunisation aux États-Unis sont émises par les Centers for Disease Control.

Source : 53 recommandations de grades A et B émises par le *U.S. Preventive Services Task Force*, février 2016²¹; que nous avons regroupées en 24 thématiques.

1.2 Prévention clinique au Québec : responsabilités partagées et actions du réseau de santé publique

Au Québec, il n'existe pas d'entité unique désignée pour élaborer ou arbitrer la pertinence des différents services préventifs recommandés. Le soutien des bonnes pratiques de même que la prestation et l'accès à ces services font plutôt l'objet d'une responsabilité partagée entre plusieurs instances :

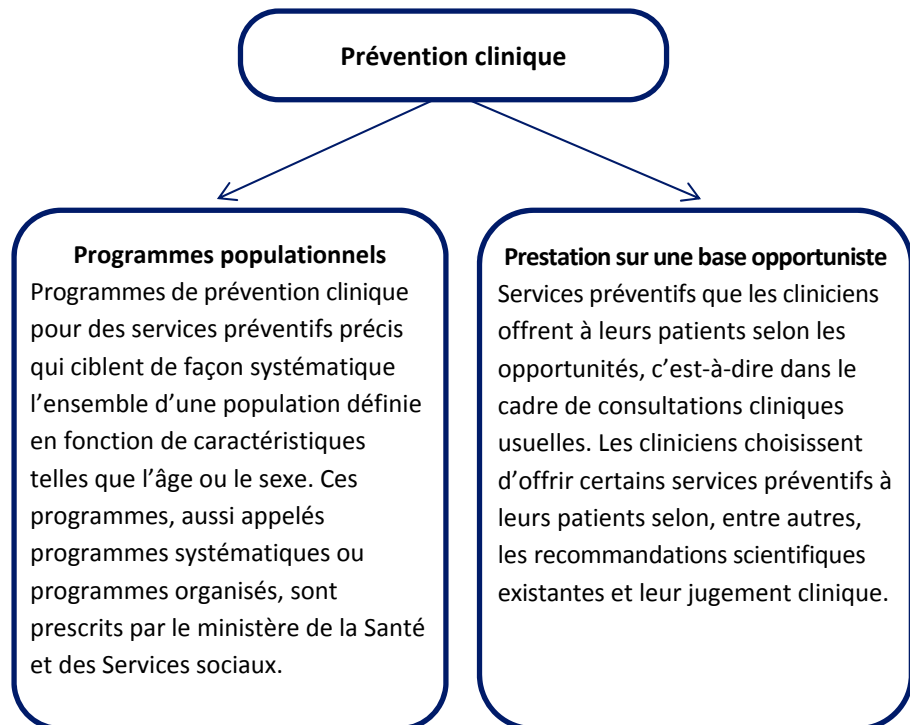
- différentes directions du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);
- l'Institut national de santé publique du Québec, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, et les réseaux académiques;
- les associations et les ordres professionnels (ex. : Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Association québécoise des pharmaciens propriétaires);
- différentes directions des établissements de santé et de services sociaux : celles qui sont responsables de services de santé, ainsi que celles qui sont responsables du contrôle et du développement des activités professionnelles (ex. directions des soins infirmiers, directions régionales de médecine générale);
- les équipes de santé publique de chaque région sociosanitaire;
- des groupes citoyens demandant des services préventifs équitables, opportuns et de qualité.

Le réseau de santé publique n'est responsable que d'une portion des actions déployées pour soutenir la prévention clinique au Québec^{6, 22, 23}. Les responsabilités des directions régionales de santé publique en prévention clinique sont balisées par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (article 373.3). Depuis 2015, le *Programme national de santé publique 2015-2025* (PNSP) de même que les *Plans d'action thématiques tripartites* (PATT) qui en découlent viennent préciser les rôles et responsabilités pour chaque instance de santé publique, et ce, incluant les activités de soutien à la prévention clinique. De plus, il y est inscrit que le MSSS coordonnera l'élaboration et la diffusion, d'ici 2018, d'un document-cadre énonçant les orientations nationales en prévention clinique, et ce, en collaboration avec tous les partenaires identifiés comme pertinents au champ de la prévention clinique au Québec^{8, 24}.

Selon différentes instances scientifiques, on peut résumer les actions des équipes de santé publique en prévention clinique en deux catégories de services (figure 1) : 1) des programmes populationnels de prévention clinique pour des services préventifs précis, c'est-à-dire qui ciblent l'ensemble d'une population définie en fonction de caractéristiques telles que l'âge ou le

sexe, et 2) un soutien à la prestation de services préventifs que les cliniciens offrent à leurs patients sur une base opportuniste, c'est-à-dire dans le cadre de consultations cliniques usuelles^{6, 17, 19}.

Figure 1 – Modes de prestation de la prévention clinique soutenus par le réseau de santé publique au Québec



D'une part, les équipes de santé publique coordonnent et offrent donc des services préventifs dans le cadre de programmes populationnels. Ces programmes visent à rejoindre l'ensemble des personnes ciblées par ces services préventifs, de façon systématique, peu importe si les Montréalais ont un médecin de famille ou une autre source habituelle de soins. Ces programmes sont prescrits par le Programme national de santé publique et incluaient, en 2013-2014ⁱⁱ : les services d'immunisation prévus au Protocole d'immunisation du Québec; les services de counseling, le dépistage et traitement préventif prévus par le Plan d'action de santé dentaire publique; les services de dépistage du cancer du sein offert dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (cogérés depuis 2013 avec la Direction générale de cancérologie du MSSS); les services de counseling et de traitement préventif offerts dans les centres d'abandon du tabagisme; les Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (SIDEPS) s'adressant aux populations

ⁱⁱ Il est à noter que le nouveau PNSP 2015-2025 inscrit les activités de la santé publique liées à la mise en place d'un programme de dépistage du cancer colorectal (cadre de référence en rédaction au niveau national) et liées au dépistage sanguin néonatal. Ces activités sont menées conjointement avec d'autres directions de programmes-services du MSSS.

vulnérables; et les services de counseling en prévention des chutes du Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED). Des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) étaient également offerts systématiquement aux familles identifiées comme vivant en contexte de vulnérabilité.

D'autre part, le réseau de santé publique contribue à soutenir la prévention clinique offerte par les cliniciens à leurs patients de manière opportuniste, hors de programmes populationnels. À Montréal, l'équipe régionale de santé publique s'est particulièrement intéressée à documenter l'accès à la prévention clinique et à faire émerger une 1^{re} ligne forte qui intègre la prévention clinique dans les soins de santé²⁵. Jusqu'à récemment, ce soutien incluait, entre autres : des activités de recherche pour documenter l'accès aux services préventifs à Montréal¹, la production de guides de pratique pour soutenir de façon globale les interventions préventives des médecins, infirmières et pharmaciens^{26, 27, 28}, de la formation et du partage de connaissance, de la facilitation dans les milieux cliniques de 1^{re} ligne²⁹, et le soutien au développement d'un système intégré au dossier médical électronique qui rappelle aux cliniciens les interventions préventives probantes à réaliser³⁰.

1.3 Pourquoi effectuer des travaux d'évaluation?

En 2013, l'équipe régionale de santé publique a souhaité établir un état de situation de ses services et de son soutien à la prévention clinique à Montréal. Ce bilan était rendu nécessaire étant donné :

- des données préoccupantes faisant état d'inégalités d'accès en prévention clinique^{1, 4}, et ce, dans un contexte où la Direction de santé publique se donne comme priorité d'action la lutte aux inégalités sociales de santé;
- plusieurs transformations de la 1^{re} ligne de soins et l'émergence, depuis quelques années, de nouveaux modèles organisationnels (groupes de médecine familiale, cliniques-réseau, etc.) et de nouveaux professionnels montréalais impliqués en prévention clinique (infirmières praticiennes spécialisées en 1^{re} ligne, infirmières en groupes de médecine familiale, infirmières-conseils en prévention clinique, pharmaciens-réseau, etc.)
- l'évolution constante des données scientifiques qui guident les interventions préventives qui doivent être réalisées, et la façon efficace de les organiser;
- le soutien à la prévention clinique déployé par plus d'une trentaine de professionnels et de cliniciens en santé publique répartis dans plusieurs secteurs d'opération de l'équipe régionale de santé publique;

- la responsabilité d'évaluer les activités élaborées dans le cadre du Plan régional de santé publique 2010-2015, et ce, en prévision de sa mise à jour.

Des travaux d'évaluation marqués par de profonds changements dans les structures de santé publique

La figure 2 illustre les principales étapes de l'évaluation décrite dans le présent rapport de même que les événements contextuels ayant influencé son déroulement.

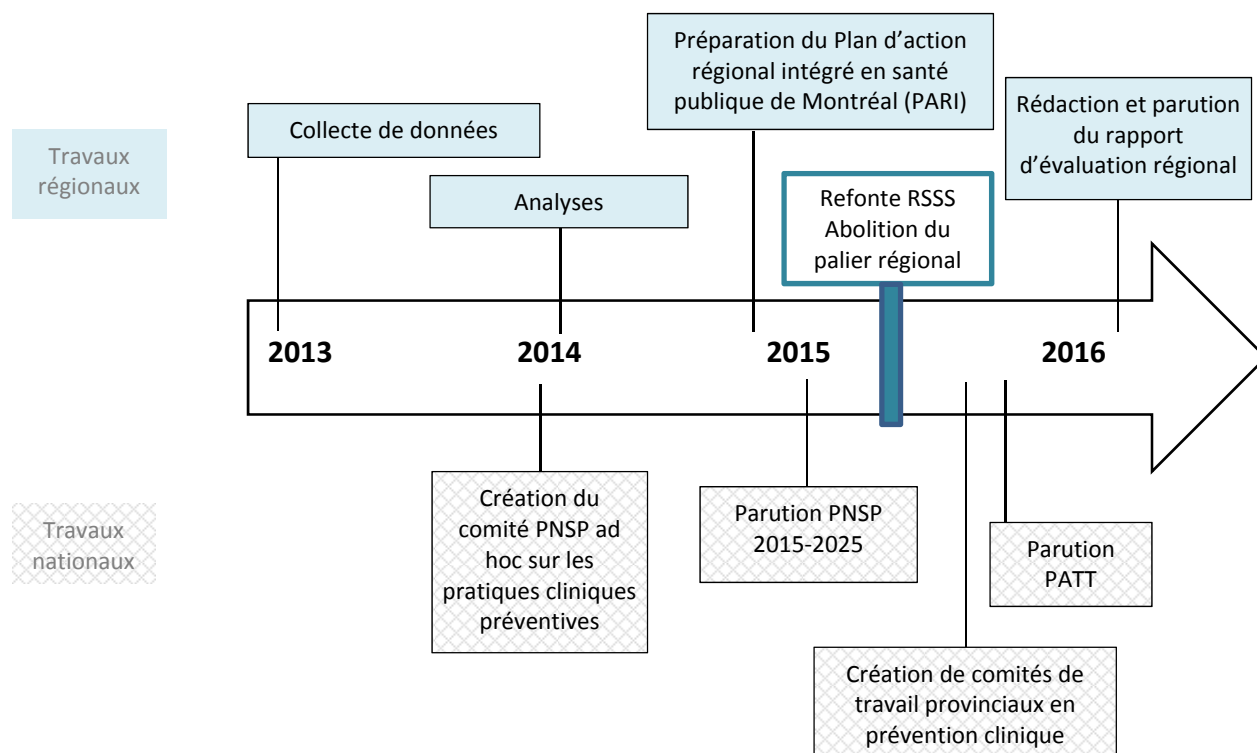
En effet, lors de notre collecte de données en 2013 et 2014, la Direction de santé publique de Montréal relevait de l'Agence de la santé et des services sociaux (Agence) et collaborait, entre autres, avec les 12 équipes locales de santé publique de Montréal, soit les centres de santé et de services sociaux (CSSS). En 2015, les Agences ont été abolies : la Direction de santé publique de Montréal a été intégrée à l'un des cinq nouveaux centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) de Montréal. Elle conserve néanmoins un mandat de santé publique supraterritorial. Dans ce document, nous utiliserons donc les termes équipe régionale de santé publique ou Direction régionale de santé publique de Montréal, et équipes locales de santé publique pour parler des anciennes équipes des 12 CSSS œuvrant désormais parmi les cinq CIUSSS.

Dans ce contexte, notre analyse de pertinence initiale sur le soutien à la prévention clinique de l'équipe régionale de santé publique, bien que complétée en 2014, a cependant dû être ajustée en 2015 à la suite de profonds changements survenus dans le réseau de la santé et dans les directions régionales de santé publique du Québec :

- Réorganisation majeure du système de soins au Québec : création à Montréal de cinq CIUSSS et de cinq établissements non fusionnés aux CIUSSS, en remplacement des anciens CSSS et d'autres établissements montréalais du réseau de la santé et des services sociaux.
- À Montréal, cette réorganisation a transformé le rôle de l'équipe régionale de santé publique ainsi que le rôle des équipes territoriales de santé publique réparties parmi les cinq CIUSSS et parmi certains établissements de santé non fusionnés aux CIUSSS.
- En 2015, un processus d'optimisation provincial a mené à la diminution du tiers des budgets régionaux de santé publique, réduisant, entre autres, le nombre de professionnels de santé publique pouvant soutenir la prévention clinique à Montréal.
- En 2015-2016, la mise à jour du *Programme national de santé publique (PNSP)* et la parution des *Plans d'action thématique tripartite associés*

(PATT), qui a dû tenir compte de la restructuration du système de santé publique, a modifié les responsabilités historiquement dévolues au paliers régionaux désormais abolis, et plusieurs activités de soutien et de promotion des activités de prévention clinique ont été réattribuées au palier provincial.

Figure 2 – Principales étapes et éléments contextuels ayant influencé le déroulement de l'évaluation régionale



2. Méthodologie

2.1 Objectifs et questions d'évaluation

L'analyse présentée dans ce rapport avait pour objectif de faire l'état des lieux sur les interventions de soutien à la prévention clinique qui sont déployées par l'équipe régionale de santé publique de Montréal. Les résultats étaient destinés en premier lieu au comité de direction et, plus spécifiquement, au comité de coordination de l'un des secteurs de l'organisation dont le mandat principal était le soutien aux services préventifs en milieu clinique.

L'évaluation et les recommandations qui en découlent reposent sur deux questions principales :

- ***Que fait-on?*** — Quels types d'interventions sont déployés par l'équipe régionale de santé publique pour soutenir la prévention clinique?
- ***Que devrait-on faire?*** — Est-ce que les interventions documentées par l'état de situation (*Que fait-on*) sont pertinentes; quels sont les facteurs contextuels qui influencent la capacité d'intervenir; et qu'est-ce qui devrait être fait pour améliorer la pertinence du soutien à la prévention clinique déployé par l'équipe régionale de santé publique?

2.2 Approches évaluatives

Une approche par étude de cas a permis de décrire avec précision le *Que fait-on*³¹ et une approche d'analyse stratégique, aussi appelée analyse de pertinence, a guidé le volet *Que devrait-on faire*³². L'étude de cas portait sur l'équipe régionale de santé publique de Montréal et ses interventions de soutien à la prévention clinique. Les évaluateurs ont maintenu un souci constant de s'assurer de l'utilité des résultats des travaux³³, notamment : en développant les objectifs, les questions et les devis d'évaluation avec les utilisateurs des résultats; en créant à leur intention plusieurs présentations, ateliers de travail et rapports intérimaires; et en émettant des recommandations en temps opportuns au comité de direction de l'équipe régionale de santé publique, et ce, avant la publication de ce rapport.

2.3 Collecte de données

Trois types de données nous ont permis de répondre aux questions d'évaluation : des données issues d'entrevues effectuées entre 2013 et 2014; d'une étude d'archives internes et de publications organisationnelles; et de revues de littérature ciblées effectuées entre 2013 et 2016.

2.3.1 Entrevues semi-dirigées auprès de l'équipe régionale de santé publique

Entre septembre 2013 et mai 2014, 28 entrevues semi-dirigées ont été menées auprès de professionnels de l'équipe régionale de santé publique. Les entrevues ont été menées par l'une des membres de l'équipe d'évaluation (A. Guyon) et par un médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive alors en formation (D. Kaiser). Le guide d'entrevue incluait des questions sur :

- 1) les mandats liés à la prévention clinique des personnes interviewées;
- 2) le détail du soutien offert par ces personnes et leur équipe régionale pour déployer la prévention clinique à Montréal;
- 3) les documents de référence qui décrivaient cette offre de service régionale en prévention clinique;
- 4) les milieux cliniques ou non cliniques rejoints;
- 5) les types de professionnels soutenus;
- 6) les sous-groupes de la population montréalaise visés par le soutien offert;
- 7) l'historique du choix de soutenir les interventions préventives discutées et du choix du type de soutien déployé; et
- 8) les réflexions plus larges sur, entre autres, les défis de ce soutien et la place de la prévention clinique parmi les actions de l'équipe régionale de santé publique.

Un essai pilote du guide d'entrevue a été réalisé au préalable auprès de deux professionnels de l'équipe régionale de santé publique.

Les participants à ces entrevues ont été identifiés par le comité de direction de l'équipe régionale de santé publique et incluaient : des coordonnateurs professionnels; des agents de planification, de programmation et de recherche; des infirmières; des dentistes; et des médecins-conseils. Tous avaient la responsabilité de soutenir des interventions en prévention clinique. Au total, 33 professionnels ont été rencontrés durant les 28 entrevues : certaines entrevues se déroulaient auprès de deux professionnels à la fois lorsque ceux-ci travaillaient à soutenir un même service préventif.

Le contenu des entrevues a été capté par des notes informatiques et manuscrites prises par les deux intervieweurs. Ces notes ont été systématiquement complétées après les entrevues par une discussion entre les intervieweurs visant à identifier les éléments et les catégories de contenus émergents. Les notes des entrevues et les discussions ont été consolidées en un seul document dénominalisé de façon à assurer l'anonymat des participants. Ce document a servi à l'analyse effectuée par l'équipe d'évaluation.

2.3.2 Revue des archives internes et publications organisationnelles

Plusieurs documents internes ou publications organisationnelles ont été identifiés durant les entrevues. Ceux-ci ont été analysés et ont servi à enrichir et à corroborer les données issues des entrevues.

2.3.3 Revues de littérature

Nous avons effectué deux revues de littérature ciblées afin d'élargir notre perspective sur les données recueillies en entrevue et dans les documents organisationnels. Nous avons ainsi réalisé une recension des interventions de prévention clinique recommandées par différents groupes d'experts, d'associations et d'ordres professionnels, et de sociétés savantes³⁴. Nous avons également effectué une revue de littérature sur le soutien à la prévention clinique dans différentes provinces canadiennes et pays comparables. À ce sujet, des travaux d'envergure menés en Colombie-Britannique ont documenté la rareté des données probantes et de la littérature portant sur les stratégies de soutien à la prévention clinique^{35, 36}. Nous avons donc identifié des documents phares en anglais et en français traitant du soutien à la prévention clinique en mettant à profit les connaissances de notre équipe de travail, et en établissant un contact courriel avec les auteurs des travaux de la Colombie-Britannique. Nous avons ensuite effectué une recherche manuelle parmi les références de ces documents. De plus, nous avons effectué des recherches ponctuelles sur *PubMed* et *Google* entre septembre 2013 et mai 2016 en utilisant les mots clés : prévention clinique, pratiques cliniques préventives, *clinical preventive services*, *clinical prevention*, *preventive care*, *preventive interventions*. Nous avons ainsi identifié des articles de recherche, des revues de littérature, des publications gouvernementales et des rapports organisationnels qui portaient sur la planification, la mise en œuvre et le soutien à la prévention clinique.

2.4 Méthode d'analyse

Afin de préserver la confidentialité des participants, l'intervieweuse principale a d'abord codé de façon anonyme les entrevues. Elle a ensuite effectué une analyse descriptive de leur contenu, à la suite d'une catégorisation initiale du second intervieweur. Cette démarche qualitative a permis à l'équipe d'évaluation d'identifier les interventions de prévention clinique soutenues par l'équipe régionale de santé publique et de catégoriser les défis et les forces entourant ces interventions. Une analyse quantitative simple nous a ensuite permis d'identifier les types de soutien à la prévention clinique les plus fréquemment déployés par l'équipe régionale de santé publique.

La validation des données et des analyses s'est faite par : une triangulation des sources de données d'entrevues et des données des publications organisationnelles; un processus d'analyse itératif effectué en équipe par les trois évaluateurs; et par la publication d'un rapport préliminaire des résultats soumis à la validation des participants lors d'un atelier collectif en mai 2014³⁷.

2.5 Préoccupations éthiques

L'équipe d'évaluation s'est assurée que les personnes interviewées participent de façon volontaire et donnent leur consentement de façon éclairée; que les données soient recueillies et conservées de façon confidentielle et soient dénominalisées pour les analyses entre les évaluateurs; et que les résultats soient présentés et discutés sans qu'un lien puisse être fait entre des propos spécifiques et l'identité des participants.

3. Résultats

Cette section décrit les services préventifs soutenus par l'équipe régionale de santé publique de Montréal en 2013-2014; le type de soutien déployé; et les innovations développées ou soutenues par l'équipe régionale. Ces résultats ont déjà fait l'objet d'un rapport détaillé diffusé et validé auprès des participants aux entrevues³⁷. Nous en présentons ici une synthèse.

3.1. Que fait-on? Services préventifs soutenus par l'équipe régionale de santé publique

Le tableau 2 présente l'ensemble des pratiques cliniques préventives spécifiques soutenues par l'équipe régionale de santé publique, que ce soit dans le cadre de programmes populationnels, annotés d'un « P » au tableau 2, ou d'interventions opportunistes, annotées d'un « O ». Certains services préventifs n'ont pas été directement soutenus dans le cadre de programmes populationnels ou par des stratégies de renforcement des interventions opportunistes des cliniciens. Ces services ont néanmoins fait l'objet d'un arbitrage scientifique publié dans des guides de pratiques réalisés par la DRSP de Montréal; ces services sont annotés d'un « S » au tableau 2. En effet, la quasi-totalité des services préventifs visant les adultes ont fait l'objet d'un arbitrage scientifique approfondi, effectué dans le cadre de la production du *Guide Priorité Santé* ou de la *Fiche de prévention clinique*^{26, 27}.

Ce portrait d'ensemble permet de constater que l'équipe régionale de santé publique de Montréal soutenait 20 des 24 thématiques faisant l'objet de recommandations fortes de l'USPSTF, dont 11 de façon plus intensive par le déploiement de programmes populationnels ou du soutien à la prestation opportuniste de services préventifs (tableau 2). L'équipe ne soutenait aucun service préventif qui n'était pas recommandé par l'USPSTF. Toutefois, elle soutenait certains services préventifs ayant reçu une recommandation que le GECSSP a, contrairement à l'USPSTF, classée comme étant « faible ». C'est, notamment, le cas pour le dépistage du cancer du sein, déployé dans toutes les régions du Québec dans le cadre d'un programme populationnel prescrit par le MSSS. Ceci indique qu'une sélection était en place à Montréal pour soutenir certains services préventifs parmi l'ensemble de ceux qui sont recommandés. La nature, la pertinence de cette sélection et des pistes pour l'effectuer de façon plus rigoureuse seront abordées à la section 4.1.1 de ce rapport.

Tableau 2 – Services préventifs soutenus de manière plus intensive par l'équipe régionale de santé publique de Montréal parmi ceux recommandés par l'USPSTF de grades A ou B, 2013-2014

Services préventifs soutenus de manière plus intensive parmi ceux recommandés par l'USPSTF (grades A ou B)	Code	Programme populationnel
Périnatalité et petite enfance		
1. Suivi périnatal — dépistage - counseling - traitement préventif	P	SIPPE ^a
2. Allaitement — counseling	O	
3. Amblyopie — dépistage	—	
4. Prévention de la carie dentaire — traitement préventif	P	Plan d'action de santé dentaire publique
Maladies infectieuses		
5. Infections transmissibles par le sexe et le sang — dépistage - counseling - traitement préventif	P	SIDEP
6. Immunisation^b	P	Protocole d'immunisation du Québec
Cancers		
7. Cancer du sein — dépistage - counseling - traitement préventif	P	PQDCS
8. Cancer du col de l'utérus — dépistage	S	
9. Cancer colorectal — dépistage	O	
10. Cancer de la peau — counseling	S	
11. Cancer du poumon — dépistage	—	
Facteurs de risques cardiovasculaires		
12. Tabagisme — counseling - traitement préventif	P	PQAT
13. Obésité — dépistage - counseling	S	
14. Diabète — dépistage	S	
15. Activité physique et alimentation — counseling	O	
16. Hypercholestérolémie — dépistage	S	
17. Hypertension — dépistage	O	
18. Anévrisme de l'aorte — dépistage	—	
19. Aspirine — traitement préventif	—	
Santé osseuse et prévention des chutes		
20. Chutes — counseling - traitement préventif	P	PIED
21. Ostéoporose — dépistage - traitement préventif	S	
Santé mentale et dépendances		
22. Dépression — dépistage	S	
23. Alcool — dépistage - counseling	S	
Violence		
24. Violence interpersonnelle — dépistage	S	

^a : Les SIPPE sont offerts à toutes les familles identifiées comme vulnérables. Les autres familles montréalaises ont accès à des services préventifs offerts de façon opportuniste par les cliniciens.

^b : Les recommandations en immunisation aux États-Unis sont émises par les *Centers for Disease Control*.

Légende : P = programme populationnel – O = prestation opportuniste – S = arbitrage scientifique publié.

Sources : Documents et archives organisationnels de la Direction régionale de santé publique de Montréal; Entrevues menées en 2013-2014 auprès de l'équipe régionale; *Programme national de santé publique 2003-2012* mis à jour en 2008³⁸.

Notons que l'équipe régionale soutenait aussi des sous-ensembles de services préventifs travaillés « en bloc » (*bundle approach*), soit auprès d'une population définie, auprès d'un milieu clinique spécifique, ou d'un groupe de professionnels en particulier. À titre d'exemple, de nombreuses interventions de l'équipe régionale visaient l'amélioration de l'accès et de la qualité de la prévention clinique auprès de :

- certains sous-groupes de la population montréalaise (ex. : les femmes enceintes et les nouveau-nés, les Montréalais qui n'ont pas de médecin de famille);
- certains professionnels de la santé (ex. : médecins, infirmières, pharmaciens);
- certains milieux cliniques spécifiques (ex. : établissements de soins de santé et de services sociaux, cliniques de 1^{re} ligne, pharmacies).

3.2 Typologie du soutien à la prévention clinique

L'analyse des données d'entrevues nous permet d'identifier cinq types de soutien à la prévention clinique offerts par l'équipe régionale de santé publique de Montréal en 2013-2014 :

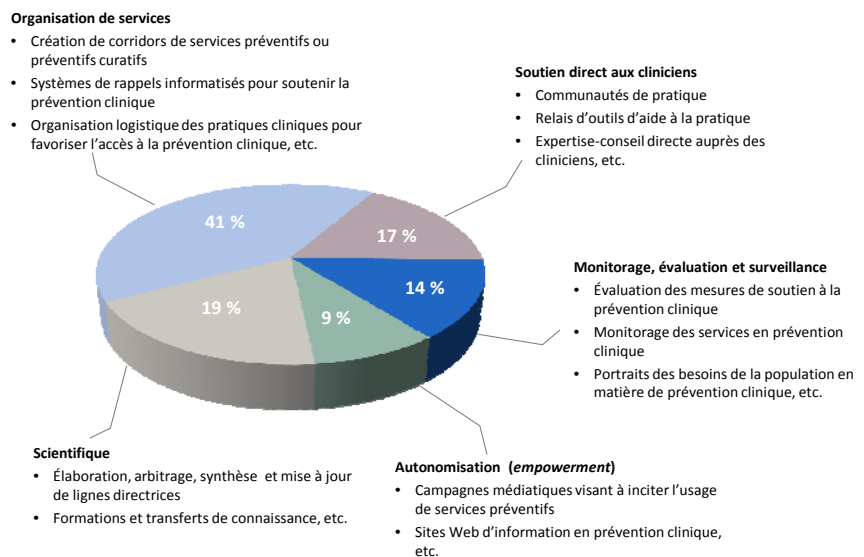
1. **Soutien scientifique** — ex. : identification des pratiques cliniques efficaces; mise à jour de lignes directrices, arbitrage ou synthèses de plusieurs lignes directrices sous forme de guides de pratique; formations; promotion de meilleures pratiques.
2. **Soutien à l'organisation des services de prévention clinique** — ex. : mise en réseau de partenaires, animation de groupes de travail, soutien à la planification et mise en œuvre de programmes, création de corridors de services, obtention de soutien financier.
3. **Soutien direct aux cliniciens** — ex. : relais d'outils d'aide à la pratique, animation de communautés de pratique, sites Web d'information clinique, expertise-conseil directe auprès de cliniciens.
4. **Soutien en surveillance, évaluation, monitoring** — ex. : monitoring des services et de la couverture populationnelle, portrait de la population ciblée par des services préventifs, portrait du fardeau évitable de la maladie, évaluation de projets régionaux ou locaux.
5. **Soutien à l'autonomisation (*empowerment*) de la population** — ex. : diffusion de guides pour la population, campagnes médiatiques, sites Web pour la population, soutien à l'autogestion.

Cette typologie a déjà fait l'objet de présentations à des congrès scientifiques^{39, 40}. Les catégories sont résumées à la figure 3. Des exemples de ces types de soutien sont énumérés au tableau 3. L'analyse détaillée des entrevues nous a permis de documenter le nombre de fois (occurrences) où ces différents types de soutien à la prévention clinique ont été mentionnés durant les 28 entrevues effectuées. Le pourcentage attribué à chaque type de soutien a été calculé à partir de ces occurrences des différents types de soutien à travers les 28 entrevues. Au total, une forme ou une autre de soutien à la prévention clinique a été mentionnée à 276 reprises.

Le type de soutien le plus fréquemment déployé par l'équipe régionale de santé publique de Montréal pour renforcer la prévention clinique porte sur l'organisation des services préventifs (41 % ou 113/276 occurrences). À titre d'exemple, en 2013-2014, ceci incluait, par exemple, un soutien global aux services préventifs offerts aux adultes par l'accompagnement et le financement du travail d'infirmières-conseils en prévention clinique dans les CSSS de Montréal²⁹.

Le soutien scientifique est le deuxième type de soutien le plus fréquemment déployé par l'équipe régionale (19 % ou 52/276 occurrences). En 2013-2014, ce soutien scientifique prenait, entre autres, la forme de la création de guides de pratique visant les médecins (la *Fiche de prévention clinique*) ou les infirmières (le *Guide Priorité Santé*), adoptés et diffusés conjointement avec les ordres professionnels concernés^{26, 27}.

Figure 3 – Types de soutien à la prévention clinique déployés par l'équipe régionale de santé publique de Montréal, 2013-2014



Légende : Le pourcentage attribué à chaque type de soutien a été calculé à partir du nombre de mentions des différents types de soutien à travers les 28 entrevues effectuées. Par exemple, 19 % (52 sur 276) des occurrences d'entrevues mentionnant une forme de soutien de type scientifique ont été codées ainsi.

3.3 Soutien à des services peu souvent identifiés comme étant de la prévention clinique

Les entrevues réalisées ont révélé qu'il existe plusieurs actions de santé publique qui correspondent à la définition de la prévention clinique, mais qui ne sont pas identifiées ou répertoriées comme telles. En effet, outre son soutien à des services préventifs spécifiques recommandés aux cliniciens, l'équipe régionale de santé publique effectue un travail de soutien à des activités cliniques qui sont peu ou pas identifiées comme étant de la prévention clinique. Pourtant, ces activités correspondent à la définition de la prévention clinique, c'est-à-dire des interventions de prévention réalisées par des cliniciens dans le but de prévenir des problèmes de santé. Celles-ci incluent :

- La prévention des infections nosocomiales visant à réduire les infections acquises, alors qu'on reçoit des soins de santé. La prévention des infections nosocomiales repose sur de nombreuses mesures réalisées par les cliniciens. Parmi celles-ci, certaines concernent directement les actions de prévention clinique (ex. : immunisation, dépistage).
- Le counseling, l'immunisation, les traitements préventifs ou le dépistage en lien avec des signalements de maladies à déclaration obligatoire.
- La prévention clinique réalisée par le réseau de santé publique en santé au travail, par exemple dans le cadre de programmes visant à maintenir les travailleuses enceintes ou qui allaitent dans un emploi sans danger (programme *Pour une maternité sans danger*), ou lors de l'élaboration de programmes de santé spécifiques à un établissement de travail.

Étant donné qu'il s'agit d'un soutien à des activités en marge des services préventifs définis par l'USPSTF et le GECSSP, ce soutien n'a pas été documenté de façon détaillée par l'équipe d'évaluation.

3.4 Innovations générées par l'équipe régionale de santé publique

Depuis plusieurs années, de nombreux professionnels de l'équipe régionale de santé publique de Montréal détiennent une expertise élevée en prévention clinique^{6, 41, 42, 43}. Cette expertise a mené à de multiples innovations, certaines s'étant transformées en projets d'envergure provinciale. Des exemples d'innovations qui étaient en déploiement lors des entrevues réalisées en 2013-2014 sont résumés au tableau 3.

Tableau 3 – Exemples d’innovations en prévention clinique développées ou soutenues par l’équipe régionale de santé publique de Montréal, 2013-2014

Type de soutien	Exemples d’innovations développées ou soutenues par l’équipe régionale de santé publique de Montréal
Soutien scientifique	• Création de la <i>Fiche de prévention clinique</i> (anciennement <i>Évaluation médicale périodique</i>) pour les médecins du Québec, élaborée et diffusée conjointement avec le Collège des médecins du Québec²⁶. • Création du <i>Guide Priorité Santé</i> à l’intention des infirmières, adopté comme norme de pratique infirmière et diffusé conjointement avec l’OIIQ²⁷. • Soutien à la mise à jour et la diffusion de la formation provinciale de base en allaitement maternel en format <i>e-learning</i> à l’intention des professionnels de la santé du Québec.
Soutien à l’organisation des services de prévention clinique	• Soutien au développement du Centre de prévention clinique du CSSS du Sud-Ouest-Verdun offrant des services de prévention clinique aux personnes sans médecin de famille, initiative primée par l’OIIQ⁴⁴. • Création des Centres d’éducation pour la santé et d’outils pour le counseling en activité physique et saine alimentation⁴⁵. • Mise en place et coordination d’un réseau de soutien à la prévention clinique sur le territoire de chaque CSSS (Système de prévention clinique)^{6,43}. • Création d’un guide décrivant les paramètres à intégrer dans un dossier médical électronique pour permettre un système de rappel aux cliniciens des interventions de prévention clinique à offrir à leurs patients³⁰. • Création du cadre de référence <i>Le Pharmacien dans un système de santé qui sert aussi à prévenir</i>, un modèle qui vise à faciliter le rôle du pharmacien en prévention clinique²⁸. • Déploiement de services de brossage de dents supervisés auprès d’enfants habitant dans des territoires défavorisés.
Soutien direct aux cliniciens	• Création et animation de communautés de pratique virtuelles mettant en réseau les intervenants locaux²⁹. • Création et accompagnement du rôle d’infirmière-conseil en prévention clinique déployé dans les CSSS de Montréal²⁹.
Soutien en surveillance, évaluation, monitoring	• Rapports sur l’utilisation et l’accès à des services préventifs dans des cliniques jeunesse⁴⁶. • Travaux de recherche pour documenter l’exposition à la prévention clinique à Montréal¹.
Soutien à l’autonomisation (empowerment) de la population	• Stratégies de prévention clinique facilitée par les pairs en ITSS, développée pour des groupes vulnérables montréalais⁴⁷. • Développement et mise en œuvre d’un programme de démarchage (<i>outreach</i>) pour que les femmes montréalaises issues de communautés ethnoculturelles connaissent et utilisent davantage les services du PQDCS (Projet « Je suis invitée. Et toi? »)⁴⁸.

4. Discussion et recommandations

4.1 Que devrait-on faire?

Dans la section précédente, nous avons décrit les services préventifs soutenus et les types de soutien déployés par l'équipe régionale de santé publique. Dans la présente section, nous mettons ces résultats en perspective au moyen d'une analyse de pertinence que nous avons effectuée afin de déterminer quels services préventifs devraient être soutenus en priorité, et de quelle façon ce soutien devrait être exercé par les équipes de santé publique de Montréal. Cette analyse s'appuie sur les données probantes disponibles et sur l'analyse que nous avons menée des forces et défis des interventions des équipes de santé publique. Cette analyse a été ajustée en 2015 et 2016 à la suite de profonds changements survenus dans le réseau de la santé publique au Québec.

4.1.1 Quels services préventifs devrait-on soutenir en priorité?

Les services préventifs les plus fortement recommandés par l'USPSTF et le GECSSP ont été présentés à la section 1.1. Ces recommandations sont parfois divergentes et entrent parfois en compétition avec les recommandations émises par d'autres sociétés savantes ou associations professionnelles. Comme nous l'avons expliqué à la section 1.1, ces divergences sont inévitables et font partie du processus normal d'avancement des connaissances²⁰. Ceci pose cependant un défi important pour les cliniciens dans la pratique quotidienne ainsi que pour la priorisation de services préventifs les plus efficaces à soutenir à l'échelle d'une région. Ce défi devrait s'amoinrir à moyen terme, à mesure que le GECSSP regagne sa capacité d'établir des recommandations sur l'ensemble des services préventifs. Néanmoins, à l'heure actuelle, il incombe aux cliniciens eux-mêmes de choisir quels services préventifs offrir à partir des multiples recommandations et des guides de pratique existants, et en fonction de chaque situation clinique. Or, un processus d'arbitrage scientifique est essentiel pour qu'un clinicien ou une équipe de santé publique puissent établir quelle recommandation adopter lorsqu'il y a divergence. Nous jugeons que cet arbitrage devrait être mené pour tout le Québec par une instance scientifique reconnue.

Malgré les divergences entre les différentes lignes directrices du GECSSP ou de l'USPSTF, le fait que plusieurs recommandations fortes convergent constitue en fait une première forme de priorisation pour identifier les services préventifs les plus efficaces à l'échelle individuelle. D'autres critères peuvent également guider le choix de services préventifs à soutenir en priorité. En effet, certains services préventifs ont le potentiel de sauver plus de vie et de prévenir davantage le fardeau de la maladie ou des incapacités

dans une population, comparativement à d'autres pour lesquels on n'observe que des améliorations marginales. De plus, parmi les services préventifs démontrés efficaces à l'échelle populationnelle, certains sont moins coûteux à implanter que d'autres.

Des études américaines et britanno-colombiennes ont tenté d'établir de tels critères de priorisation de services préventifs. Elles ont documenté les impacts sur le fardeau de la maladie et le rapport coût-efficacité de services préventifs dont l'efficacité clinique est démontrée par l'USPSTF^{17, 49, 50, 51, 52}. Bien que les auteurs de ces études aient utilisé des devis épidémiologiques et économiques similaires, les travaux canadiens nous semblent les plus pertinents pour le contexte québécois en raison de la relative parenté de nos systèmes de santé. Les travaux de la Colombie-Britannique, une série d'études intitulées *A Lifetime of prevention*, ont été mandatés en 2007 par un comité du ministère provincial de la santé et publiés une première fois en 2009¹⁷. L'étude initiale a ensuite été mise à jour entre 2014 et 2016 sous le titre *The Lifetime prevention schedule*^{50, 51, 52}.

Il est à noter que certains services préventifs recommandés par l'USPSTF n'ont pas été analysés dans les travaux *The Lifetime prevention schedule*. En effet, seulement 16 des 24 thématiques de services préventifs fortement recommandées par l'USPSTF font l'objet, à ce jour, d'une analyse dans le cadre des travaux *The Lifetime prevention schedule*⁵². Les services préventifs analysés par ces travaux sont présentés au tableau 4. Parmi les huit thématiques de services préventifs n'ayant pas été examinées, différents types d'exclusions semblent avoir été effectués :

1. Exclusions explicitement justifiées pour éviter une duplication de lignes directrices

Certains services préventifs sont exclus du rapport pour ne pas dupliquer des analyses effectuées par d'autres instances provinciales de la Colombie-Britannique — suivi périnatal : directives cliniques déjà émises par *Perinatal Services BC*; immunisation : directives cliniques déjà émises par le *BC Immunisation schedule*.

2. Exclusions possiblement liées à des recommandations divergentes entre le GECSSP et l'USPSTF

À partir de stratégies d'exclusion décrites dans les travaux *The Lifetime prevention schedule*¹⁷, nous présumons que certains services fortement recommandés par l'USPSTF ont été exclus, parce qu'ils ne correspondent pas à des recommandations fortes du GECSSP — dépistage de la violence interpersonnelle : le GECSSP ne recommande pas l'utilisation de la ligne directrice de l'USPSTF (2013); traitement préventif des maladies cardiovasculaires par

l'acide acétylsalicylique (aspirine) : les auteurs indiquent que l'efficacité de ce service préventif est fortement remise en question⁵⁰.

3. Exclusions dont la justification n'est pas indiquée dans le rapport : counseling sur le cancer de la peau; counseling en activité physique et en alimentation; dépistage de l'anévrisme de l'aorte; dépistage et traitement préventif de l'ostéoporose.

Tableau 4 – Services préventifs analysés par les travaux *The Lifetime prevention schedule* de la Colombie-Britannique, comparés à l'ensemble de services préventifs recommandés par l'USPSTF, 2016

USPSTF (grades A et B)	<i>The Lifetime prevention schedule</i>
Périnatalité et petite enfance	
1. Suivi périnatal — dépistage - counseling - traitement préventif	Non analysé
2. Allaitement — counseling	✓
3. Amblyopie — dépistage	✓
4. Prévention de la carie dentaire — traitement préventif	✓
Maladies infectieuses	
5. Infections transmissibles par le sexe et le sang — dépistage - counseling - traitement préventif	✓
6. Immunisation^a	Non analysé
Cancers	
7. Cancer du sein — dépistage - counseling - traitement préventif	✓
8. Cancer du col de l'utérus — dépistage	✓
9. Cancer colorectal — dépistage	✓
10. Cancer de la peau — counseling	Non analysé
11. Cancer du poumon — dépistage	✓
Facteurs de risques cardiovasculaires	
12. Tabagisme — counseling - traitement préventif	✓
13. Obésité — dépistage - counseling	✓
14. Diabète — dépistage	✓
15. Activité physique et alimentation — counseling	Non analysé
16. Hypercholestérolémie — dépistage	✓
17. Hypertension — dépistage	✓
18. Anévrisme de l'aorte — dépistage	Non analysé
19. Aspirine — traitement préventif	Non analysé
Santé osseuse et prévention des chutes	
20. Chutes — counseling - traitement préventif	✓
21. Ostéoporose — dépistage - traitement préventif	Non analysé
Santé mentale et dépendances	
22. Dépression — dépistage	✓
23. Alcool — dépistage - counseling	✓
Violence	
24. Violence interpersonnelle — dépistage	Non analysé

^a : Les recommandations en immunisation aux États-Unis sont émises par les Centers for Disease Control.

✓ Services préventifs analysés par les travaux *The Lifetime prevention schedule* 2016⁵⁰.

Sources : Recommandations de grades A et B que nous avons regroupées en 24 thématiques, U.S. Preventive Services Task Force, février 2016; *The Lifetime prevention schedule*, 2016⁵².

En prenant appui sur les travaux *The Lifetime prevention schedule*, nous pourrions considérer dans les prochaines sous-sections :

- 1) quels services préventifs ont un bénéfice démontré pour la santé de la population;
- 2) quels services préventifs ont un rapport coût-efficacité avantageux;
- 3) quels critères retenir pour établir des priorités en termes de services préventifs.

Quels services préventifs ont démontré un bénéfice pour la santé de la population?

Les services préventifs fortement recommandés par l'USPSTF ou le GECSSP ont tous été reconnus efficaces pour réduire les risques de mortalité ou de morbidité. Cependant, l'ampleur de cette efficacité clinique peut varier significativement entre les différents services préventifs⁵³. À l'échelle d'une population, ces variations d'efficacité clinique deviennent très évidentes.

Les travaux menés en Colombie-Britannique⁵⁰ visaient d'abord à établir le fardeau clinique évitable de mortalité et de morbidité par le calcul des années de vie en bonne santé générées pour toute une population, pour un service préventif donné. Ceci est mesuré à l'aide d'un indicateur fréquemment utilisé en épidémiologie, les *Quality Adjusted Life Years* (QALY) ou années de vie ajustées en fonction de la qualité de vie (AVAQ).

Le potentiel de réduction du fardeau de la maladie des services préventifs analysés dans cette étude est résumé au tableau 5.

Tableau 5 – Potentiel de réduction du fardeau de la maladie de services préventifs calculés en année de vie ajustée en fonction de la qualité de vie (AVAQ), 2016

Services préventifs analysés	Gain (AVAQ) [‡]
1. Dépistage, counseling et traitement préventif du tabagisme chez les adultes	16 000
2. Dépistage du cancer colorectal	10 400
3. Counseling en allaitement	10 400
4. Dépistage et traitement de l'hypertension	8 800
5. Dépistage de l'hépatite C	7 900
6. Prévention du syndrome d'alcoolisation fœtal par la contraception, le dépistage et le counseling sur l'usage inapproprié d'alcool	3 800
7. Dépistage du diabète	3 700
8. Counseling en infections transmissibles par le sexe et le sang	3 500
9. Dépistage et counseling en obésité chez les adultes	3 200
10. Dépistage de l'hypercholestérolémie	3 200
11. Dépistage du cancer du poumon	2 700
12. Counseling et traitement préventif des chutes	2 400
13. Dépistage du cancer du col de l'utérus (test Pap)	1 500
14. Prévention clinique du tabagisme chez les enfants et les jeunes	1 300
15. Dépistage du cancer du sein	1 200
16. Dépistage et counseling bref de l'usage inapproprié de l'alcool chez les adultes	1 100
17. Dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée chez les jeunes femmes	1 100
18. Prévention de la carie dentaire par l'usage de scellants dentaires chez les enfants	600
19. Prévention de la carie dentaire par l'usage de vernis fluoré chez les enfants	400
20. Dépistage du VIH chez les adultes	400
21. Dépistage du cancer du col de l'utérus (tests Pap et test du Virus du papillome humain)	400
22. Dépistage et counseling de l'obésité chez les enfants et les jeunes	300
23. Dépistage de la dépression périnatale	100
24. Dépistage de la dépression	50
25. Dépistage de l'amblyopie	25

‡ Les AVAQ sont arrondis à la centaine.

Source : *The Lifetime prevention schedule, 2016*⁵².

Il est important de noter que cette étude n'a pas analysé certains services préventifs ayant un impact élevé et démontré sur la réduction du fardeau de la maladie, notamment l'immunisation⁵⁴ et certains services préventifs effectués durant le suivi périnatal (tableau 4).

Données probantes

Parmi les services préventifs analysés par l'étude *The Lifetime prevention schedule*⁵², ceux qui ont le plus fort potentiel de réduction du fardeau de la maladie en Colombie-Britannique sont les suivants (tableau 5) :

1. Dépistage, counseling et traitement préventif du tabagisme chez les adultes	16 000 AVAQ gagnées
2. Dépistage du cancer colorectal	10 400 AVAQ gagnées
3. Counseling en allaitement	10 400 AVAQ gagnées
4. Dépistage et traitement de l'hypertension	8 800 AVAQ gagnées
5. Dépistage de l'hépatite C	7 900 AVAQ gagnées

Quels services préventifs ont un rapport coût-efficacité avantageux?

Pour guider les acteurs-clés du réseau de la santé et des services sociaux dans la priorisation de services préventifs, une connaissance du coût de ces services est également pertinente. La mesure de coût-efficacité est généralement calculée en termes de coûts du service par AVAQ gagnées grâce à ce service. Une intervention est jugée rentable lorsque les coûts de l'intervention sont faibles pour une année de vie gagnée en bonne santé, ou même lorsqu'une intervention permet au système de santé de faire des économies.

Pour calculer les coûts ou les économies générées par un service préventif, on doit identifier, d'une part, les coûts du service préventif et, d'autre part, les coûts des services de santé qui auraient été encourus en l'absence de la prévention clinique et qui sont évités grâce à ce service préventif. Ceci permet de calculer le coût financier net d'une intervention préventive. La très grande majorité des interventions d'un système de santé représentent des coûts nets, mais présentent, par ailleurs, de multiples avantages en termes de gains d'années de vie en bonne santé et d'amélioration de la qualité de vie. Cependant, certains services préventifs vont même jusqu'à permettre d'économiser des coûts de santé, c'est-à-dire que le coût de l'intervention est moindre que les coûts des services de santé qui auraient été encourus en l'absence de ce service préventif. Ainsi, plusieurs interventions préventives ou mêmes curatives peuvent être jugées rentables lorsqu'elles ont un rapport coût-efficacité avantageux, soit parce que le coût net est relativement peu élevé, qu'une économie de coûts est réalisée ou que le nombre total des années de vie en bonne santé générées grâce à ce service de santé est très élevé⁹.

Tableau 6 – Rapport coût-efficacité des services préventifs analysés dans l'étude *The Lifetime prevention schedule*, 2016, en dollars canadiens par année de vie ajustée en fonction de la qualité de vie (AVAQ), 2016

Services préventifs analysés	Rapport coût-efficacité	
	Économie (\$ CA/AVAQ) [†]	Coût (\$ CA/AVAQ) [†]
1. Prévention de la carie dentaire par l'usage de scellants chez les enfants	15 100	
2. Prévention clinique du tabagisme chez les enfants et les jeunes	7 300	
3. Dépistage du cancer du col de l'utérus par le test Pap et le test du Virus du papillome humain combinés	5 200	
4. Dépistage du diabète	3 800	
5. Prévention du syndrome d'alcoolisation fœtal par la contraception, le dépistage et le counseling sur l'usage inapproprié d'alcool	2 800	
6. Counseling en allaitement		400
7. Dépistage et counseling bref de l'usage inapproprié de l'alcool chez les adultes		1 200
8. Dépistage du cancer du poumon		1 600
9. Dépistage du cancer colorectal		2 800
10. Dépistage de l'hépatite C		4 800
11. Counseling et traitement préventif des chutes		5 600
12. Counseling en infections transmissibles par le sexe et le sang		7 100
13. Dépistage, counseling et traitement préventif du tabagisme chez les adultes		7 300
14. Dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée chez les jeunes femmes		9 900
15. Dépistage et counseling en obésité chez les adultes		10 300
16. Dépistage et traitement de l'hypertension		15 100
17. Dépistage du cancer du col de l'utérus		18 200
18. Prévention de la carie dentaire par l'usage de vernis fluoré chez les enfants		19 300
19. Dépistage et traitement de l'hypercholestérolémie		23 200
20. Dépistage du cancer du sein		25 400
21. Dépistage de la dépression périnatale		26 700
22. Dépistage et counseling de l'obésité chez les enfants et les jeunes		41 100
23. Dépistage du VIH chez les adultes		43 900
24. Dépistage de la dépression		67 300
25. Dépistage de l'amblyopie		879 200

[†] Les ratios sont arrondis à la centaine.

Source : *The Lifetime prevention schedule*, 2016⁵².

Selon l'étude britanno-colombienne décrite au début de cette section⁵², cinq des services préventifs analysés permettent véritablement d'économiser des coûts de santé (tableau 6). Les autres services préventifs analysés engendrent plutôt des coûts (plutôt que des économies) pour chaque année de vie en bonne santé générée grâce à ce service (AVAQ), allant de 400 \$/AVAQ à 879 200 \$/AVAQ.

Il est important de noter que ces études n'ont pas analysé certains services préventifs ayant un rapport de coût-efficacité connu et avantageux, notamment en immunisation⁵⁴. Par ailleurs, il n'existe pas de seuil absolu pour déterminer à partir de quel coût par AVAQ un service préventif ou curatif doit être exclu des services offerts par un système de santé⁵⁵.

Données probantes

Selon l'étude *The Lifetime prevention schedule*⁵⁰, cinq des services préventifs analysés permettent d'économiser des coûts de santé (tableau 6) :

- | | |
|--|----------------------------|
| 1. Prévention de la carie dentaire par l'usage de scellants chez les enfants | économie de 15 100 \$/AVAQ |
| 2. Prévention clinique du tabagisme chez les enfants et les jeunes | économie de 7 300 \$/AVAQ |
| 3. Dépistage du cancer du col de l'utérus par le test Pap et le test du Virus du papillome humain combinés | économie de 5 200 \$/AVAQ |
| 4. Dépistage du diabète | économie de 3 800 \$/AVAQ |
| 5. Prévention du syndrome d'alcoolisation fœtal par la contraception, le dépistage et le counseling sur l'usage inapproprié d'alcool | économie de 2 800 \$/AVAQ |

Quels critères retenir pour établir des priorités en termes de services préventifs?

Tous les services préventifs n'ont donc pas le même potentiel de réduction du fardeau de la maladie. Établir des priorités parmi les services préventifs permet aux décideurs d'un système de santé de s'assurer que les services les plus efficaces pour améliorer la santé d'une population sont accessibles et de qualité. Cependant, prioriser des services de santé est un défi majeur pour tout système de santé. Souvent, cette priorisation ne se fait pas à l'aide de critères explicites et s'effectue en tenant compte de multiples facteurs : la demande de patients; l'intérêt, les connaissances et les compétences des cliniciens; ou la capacité d'un réseau à offrir ou cesser certains services⁴⁹.

Plusieurs chercheurs émérites soulignent l'importance de prioriser l'accès à la prévention clinique en fonction de la santé de la population et de la réduction des inégalités sociales de santé, plutôt qu'en fonction de risques individuels à la santé^{53, 56}. Les travaux de Michael Maciosek aux États-Unis

et ceux de la Colombie-Britannique innovent en ce sens, en rendant plus explicites les critères pour prioriser l'accès à certains services préventifs et en utilisant des données populationnelles pour établir ces critères. Les critères proposés par ces travaux sont :

- la force des recommandations cliniques portant sur des services préventifs (efficacité clinique), telle qu'évaluée par le GECSSP ou l'USPSTF (section 1.1);
- l'impact de différents services préventifs sur le fardeau de la maladie dans une population (voir les sous-sections de 4.1.1);
- le rapport coût-efficacité de différents services préventifs (voir les sous-sections de 4.1.1).

Les travaux *The Lifetime prevention schedule* nous indiquent que les services préventifs suivants répondent à ces trois critères et se démarquent avantageusement des autres services préventifs analysés (rappelons, toutefois, que plusieurs services préventifs, dont l'immunisation et les services préventifs périnataux sont exclus des analyses) :

1. le dépistage, le counseling et le traitement préventif du tabagisme chez les adultes;
2. le dépistage du cancer colorectal;
3. le counseling en allaitement;
4. le dépistage et le traitement préventif de l'hypertension;
5. le dépistage de l'hépatite C.

Les méthodes et les données de la démarche britanno-colombienne constituent l'exercice le plus rigoureux effectué à ce jour pour établir des priorités d'accès à la prévention clinique dans une province et ont mené à la priorisation de 17 services préventifs dans cette province^{52, 57}. Ceci met en évidence la nécessité d'adopter une méthodologie rigoureuse pour établir les priorités d'accès à la prévention clinique, tant au Québec et à Montréal qu'ailleurs au Canada.

Jusqu'en 2015, le soutien à des services préventifs offerts de façon opportuniste pouvait être priorisé selon les balises énoncées dans le Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives⁶, et les programmes populationnels à déployer étaient indiqués dans le PNSP. Comme ailleurs au Canada (à l'exception de la C.-B.), ces deux documents-cadres ne reposaient toutefois pas sur une méthodologie systématique incluant les trois critères décrits précédemment pour établir les priorités de ses programmes populationnels ou pour guider le soutien aux interventions de type opportuniste.

4.1.2 Que devrait-on faire pour soutenir la qualité et l'accès à des services préventifs prioritaires?

Cette section analyse le soutien à apporter pour que les services préventifs soient davantage accessibles et de qualité élevée. Ceci suppose qu'une démarche rigoureuse de priorisation populationnelle a été complétée. Nous décrirons dans cette section des stratégies jugées efficaces de soutien à la prévention clinique, et les défis et les forces du soutien à la prévention clinique à Montréal.

Stratégies jugées efficaces de soutien à la prévention clinique

La typologie du soutien à la prévention clinique développée à partir des activités montréalaises (section 3.2) constitue la base de l'analyse présentée dans cette section.

Cette typologie correspond globalement à ce que certains chercheurs aux États-Unis ont identifié comme étant des responsabilités de santé publique^{58, 59}. Malgré la rareté de la littérature scientifique portant sur les stratégies de soutien à la prévention clinique (section 2.3.3)^{35, 36}, certains écrits issus du Québec et de la Colombie-Britannique^{17, 24, 35, 36, 50, 60} nous permettent de faire émerger de meilleures pratiques en matière de soutien à la prévention clinique. Celles-ci sont résumées au tableau 7.

En matière de **soutien scientifique**, deux types de stratégies sont recommandés :

- une priorisation scientifique des services préventifs;
- la formation professionnelle sur les services préventifs reconnus efficaces.

En effet, les travaux de la Colombie-Britannique recommandent formellement que les services préventifs les plus efficaces en termes cliniques, épidémiologiques et économiques soient priorisés à l'aide de données et de méthodes robustes^{17, 50}. Par ailleurs, la majorité des documents consultés recommandent que la formation professionnelle soit l'une des stratégies pour assurer un niveau élevé de connaissance et de compétence en prévention clinique chez les professionnels de la santé^{17, 23, 42}.

Tableau 7 – Stratégies jugées efficaces répertoriées au Québec et en Colombie-Britannique pour soutenir l'accès et la qualité de la prévention clinique

Types de soutien à la prévention clinique déployés par l'équipe régionale de santé publique de Montréal (2014) ³⁹	Stratégies généralement efficaces visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques (2016) ²³	Stratégies recommandées dans le cadre de la démarche <i>The Lifetime prevention schedule</i> (2007-2016) ^{17, 35, 36, 50, 51, 52}	Recommandations du Commissaire à la santé et au bien-être (2010, 2012) ^{5, 60}	Stratégies du <i>Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives</i> (2007) ⁶
Soutien scientifique	Formation professionnelle	Formation professionnelle Priorisation des services préventifs fondée sur l'efficacité clinique, le fardeau évitable de la maladie et le rapport coût-efficacité	Formation professionnelle	
Soutien à l'organisation des services de prévention clinique	Équipes locales d'amélioration à la qualité de soin Professionnel attitré à la prévention clinique Interventions à multiples facettes	Mise en place d'un leadership provincial, responsable d'un cycle permanent de planification et d'évaluation des services préventifs Financement adéquat pour la prestation de services préventifs prioritaires Processus formel pour sélectionner les professionnels, équipes ou réseaux de soins les plus appropriés pour livrer différents services préventifs	Intégration d'infirmières dans les pratiques médicales pour offrir des services préventifs	Stratégies de soutien organisationnel
Soutien direct aux cliniciens	Facilitation Systèmes de rappels visant les cliniciens	Utilisation des dossiers médicaux électroniques pour soutenir la prévention clinique (ex. : systèmes de rappels, audits et <i>feedback</i>)	Systèmes de rappels dans les dossiers cliniques Lignes directrices intégrées aux dossiers cliniques informatisés	Stratégies de dissémination auprès des cliniciens
Soutien en surveillance, évaluation, monitoring		Renforcement des systèmes d'information pour soutenir la planification et l'amélioration de la qualité des soins Évaluation des stratégies de soutien à la prévention clinique Monitoring de la couverture populationnelle et de la qualité des services préventifs		Stratégies d'évaluation
Soutien à l'autonomisation (<i>empowerment</i>) de la population	Systèmes de rappel visant le patient	Soutien de stratégies à multiples facettes (ex. : marketing social, outils Web, démarchage auprès de populations vulnérables, systèmes de rappels) pour que la population soit informée de la valeur de la prévention clinique et participe activement aux soins qu'elle reçoit		Stratégies de dissémination auprès des patients

En termes de **soutien à l'organisation des services de prévention clinique**, certaines recommandations visent des mesures structurantes à l'échelle de toute une province^{17, 35, 36, 50} :

- désignation formelle d'une instance provinciale responsable d'un cycle permanent de planification et d'évaluation des services préventifs et qui réunit les parties prenantes essentielles en prévention clinique;
- financement adéquat pour la prestation de services préventifs prioritaires;
- processus formel pour sélectionner les professionnels, les équipes ou les réseaux de soins les plus appropriés pour livrer les différents services préventifs retenus. En appui à ce dernier élément, le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec recommande spécifiquement que des infirmières soient intégrées aux cliniques médicales pour offrir des services préventifs⁵. C'est d'ailleurs ce que soutient le *Guide Priorité Santé* développé par la direction régionale de santé publique de Montréal²⁷.

Par ailleurs, une revue de littérature récente suggère davantage des mécanismes locaux pour améliorer l'organisation des services de prévention clinique : équipes locales d'amélioration à la qualité de soin, professionnel attiré à la prévention clinique et mise en place d'interventions à multiples facettes pour soutenir la prévention clinique²³.

Les stratégies recommandées de **soutien direct aux cliniciens** incluent : la facilitationⁱⁱⁱ; des systèmes de rappels visant les cliniciens; et une emphase particulière sur l'utilisation des dossiers médicaux électroniques, en général, pour soutenir la prévention clinique^{17, 23, 35, 36}. À ce sujet, le Commissaire à la santé et au bien-être recommande aussi qu'un système de rappel automatisé et des lignes directrices soient intégrés aux dossiers cliniques informatisés^{5, 60}. Dans ce sens, un cahier des charges détaillé a été produit par la direction régionale de santé publique de Montréal et remis aux autorités du ministère³⁰.

Parmi les documents consultés, seuls les travaux de la Colombie-Britannique traitent en profondeur du **soutien en surveillance, évaluation et monitoring** à déployer pour améliorer la prévention clinique. On y recommande, notamment :

- le renforcement des systèmes d'information pour soutenir la planification et l'amélioration de la qualité des soins;
- l'évaluation des stratégies de soutien à la prévention clinique;
- le monitoring de la couverture populationnelle et de la qualité des services préventifs^{17, 35, 36}.

ⁱⁱⁱ La facilitation est une approche qui utilise un facilitateur, le plus souvent externe, qui travaille avec les cliniciens et leur équipe dans leur milieu pour les soutenir dans le processus de changement. Elle permet l'analyse des caractéristiques propres à chaque milieu et l'adaptation de l'intervention (la prestation de services préventifs), l'évaluation de la pratique, la détermination d'objectifs à atteindre pour améliorer la pratique, la planification, l'implantation et l'évaluation du changement réalisé²³.

Finalement, des stratégies de **soutien à l'autonomisation de la population** peuvent appuyer les autres activités de soutien^{17, 36}, mais apparaissent d'efficacité variable²³. Parmi ces interventions, la littérature indique que les systèmes de rappels visant le patient sont efficaces²³. Les systèmes de rappels aux patients sont aussi une stratégie recommandée par le *Guide to Community Preventive Services*⁶¹. Les recommandations de ce guide proviennent d'un organisme américain indépendant soutenu par les *Centers for Disease Control* et sont basées sur un système d'évaluation rigoureux similaire à celui de l'USPSTF.

Données probantes

La majorité des stratégies reconnues efficaces pour soutenir l'accès et la qualité de la prévention clinique sont des mesures pour lesquelles les leviers décisionnels, dans le contexte québécois, impliquent de nombreux acteurs et se situent, pour la plupart, au palier provincial plutôt qu'aux niveaux régional ou local (voir tableau 7).

Défis et forces du soutien à la prévention clinique à Montréal

De nombreux défis à l'action en prévention clinique peuvent être recensés dans des publications scientifiques et institutionnelles^{6, 13, 17, 22, 23, 41, 42, 43, 62}. Les barrières et les éléments facilitants sont généralement résumés en trois grandes catégories : des facteurs liés aux patients, aux professionnels et à l'environnement de pratique^{6, 13, 35, 63}.

Dans le cadre de ce rapport, nous avons documenté les forces et les défis entourant le soutien à la prévention clinique à travers les 28 entrevues effectuées auprès de professionnels de l'équipe régionale de santé publique de Montréal. Bien que ces défis puissent aussi se regrouper selon les catégories usuelles (facteurs liés aux patients, aux professionnels et à l'environnement de pratique), nous avons jugé plus utile de les regrouper selon que ces défis relèvent ou non du pouvoir d'agir d'une équipe régionale de santé publique. Ceci nous a permis de mieux cerner les défis pour lesquels des recommandations précises pouvaient être formulées auprès de l'équipe régionale de santé publique de Montréal, et les mandats qui relevaient d'autres organisations auprès desquelles il faut présenter ces difficultés et suggérer des pistes de solution.

Un portrait détaillé des défis et des forces entourant le soutien montréalais à la prévention clinique est disponible³⁷. En résumé, au moment de la collecte de données (2013-2014), l'équipe régionale de santé publique a relevé les forces suivantes :

- De nombreux professionnels ayant une expertise élevée dans les différents champs de la prévention clinique, cumulant souvent plusieurs années de travail de santé publique et de soins préventifs directs auprès de patients;

- Une vision et des engagements explicites pour soutenir la prévention clinique, et tout un secteur de l'équipe régionale de santé publique dédié à réaliser ces mandats²⁵;
- Une capacité d'innover et de mettre en œuvre des interventions pionnières au Québec, menant régulièrement à des projets d'envergure provinciale (tableau 3);
- Une connaissance approfondie des réseaux de soins montréalais;
- Une longue expérience de travail auprès de nombreux partenaires impliqués dans l'amélioration de la prévention clinique à Montréal ou pour tout le Québec.

L'équipe régionale de santé publique identifiait également plusieurs défis entourant ses interventions de soutien à la prévention clinique. En premier lieu, certains défis semblent plus spécifiques au contexte et aux équipes de santé publique montréalais :

- La complexité inhérente à une région qui dessert plus du cinquième de la population québécoise. Ceci se traduit par des organisations impliquées en prévention clinique plus nombreuses qu'ailleurs au Québec; ayant souvent certains partenaires ou missions d'envergure provinciale; et dont le fonctionnement interne est également plus complexe étant donné le grand nombre de professionnels qui y travaillent. Ceci rend les collaborations, essentielles pour le soutien à la prévention clinique, plus difficiles à exercer et à maintenir pour l'équipe régionale de santé publique de Montréal.
- Des problèmes d'inégalités sociales de santé et de lacunes d'accès à des soins de 1^{re} ligne plus importants à Montréal qu'ailleurs;
- Des difficultés de communication et de coordination entre l'équipe régionale, les gestionnaires responsables de la prévention clinique dans les établissements santé, les cliniciens, et la population plus multiculturelle et plus défavorisée de Montréal;
- Des difficultés spécifiques pour maintenir des stratégies de communication Web avec des contenus à jour. Le développement de services Web offerts à la population exige des ressources expertes dédiées. La difficulté de réunir ces ressources entraîne une paralysie très contraignante de plusieurs projets dépendant du site Web de la DRSP (ex. : les sites *Osez la santé* et *MD Montréal*). À ces difficultés, s'ajoute le défi de mise à jour des sites Web, un processus très lourd vu l'absence d'une équipe dédiée et le nombre important de projets d'envergure;
- Des lacunes en évaluation, surveillance et monitoring de la prévention clinique à Montréal;
- Certaines difficultés liées au fonctionnement de l'équipe régionale de santé publique, notamment : des interventions encore trop souvent menées en silo au sein de l'équipe régionale de santé publique, ne liant pas suffi-

samment des approches de prévention clinique à des stratégies de promotion ou de protection de la santé, et une mémoire organisationnelle fragile face à des départs ou à des absences prolongées de professionnels.

En second lieu, certains défis relèvent du réseau de santé publique dans son ensemble :

- La difficulté constante de maintenir un nombre suffisant de professionnels de santé publique en prévention clinique et de développer leurs connaissances et compétences. Ces professionnels possèdent souvent une formation initiale clinique et multidisciplinaire, ce qui constitue un atout majeur, mais ne suffit pas pour déployer une expertise de santé publique appropriée en prévention clinique;
- La difficulté d'adapter certains programmes populationnels balisés à l'échelle provinciale aux réalités territoriales (par exemple, pour des clientèles multiculturelles);
- Des équipes de santé publique (anciennement dans les CSSS) portant plusieurs chapeaux, dont les mandats ne sont pas exclusivement dédiés à la santé publique, et qui se retrouvent souvent surchargées par des mandats curatifs au détriment des interventions en prévention clinique.

En troisième lieu, certains défis dépassent les frontières du réseau de la santé publique :

- Un leadership provincial global fractionné entre plusieurs instances impliquées en prévention clinique (ex. : directions du réseau de la santé et des services sociaux qui chapeautent des programmes-services hors santé publique, affaires médicales et universitaires, ordres professionnels, instituts d'excellence scientifiques et cliniques) dont les mandats curatifs prennent souvent le dessus sur les visées préventives;
- Des problèmes d'accès à la prévention clinique plus importants parmi les populations défavorisées, en lien direct avec les problèmes d'accès à des soins de 1^{re} ligne à Montréal;
- Plusieurs transformations de la 1^{re} ligne de soins, fragilisant la capacité des cliniciens montréalais à offrir des services préventifs accessibles et de qualité;
- Des lacunes d'expertise et de recherche en prévention clinique au Québec et au Canada, limitant les données probantes disponibles pour guider le choix d'interventions;
- Un manque de données cliniques, épidémiologiques et économiques pour mieux prioriser l'accès aux services préventifs les plus susceptibles d'améliorer la santé de la population montréalaise;
- Une absence de canaux directs pour communiquer avec les cliniciens et informer la population de façon appropriée pour promouvoir les bénéfices

de la prévention clinique, et rendre disponible des informations ou des guides de pratique sur les services préventifs efficaces.

Enfin, il existe également un défi plus global de mise en valeur des gains réalisés par le biais de la prévention clinique, en raison de la nature même des activités de prévention. Un succès de prévention étant souvent un « non-événement », une absence de maladie, les succès de prévention clinique sont généralement moins tangibles pour un individu ou des décideurs que des interventions curatives dont les retombées sont immédiatement observables. Cette absence de visibilité et le manque d'évaluation et de surveillance de la prévention semblent régulièrement fragiliser les investissements et les efforts qui lui sont accordés.

4.2 Recommandations à l'équipe régionale de santé publique de Montréal

En 2014, à la suite de la complétion de l'étude de cas (*Que fait-on*) et de l'analyse de pertinence (*Que devrait-on faire*) du soutien à la prévention clinique déployé par l'équipe régionale de santé publique, nous avons présenté des recommandations détaillées à la Direction de santé publique de Montréal⁶⁴. Ces recommandations initiales émises en 2014 sont disponibles, mais ne sont pas décrites dans le présent rapport étant donné qu'elles ont dû être revues et ajustées à la suite des profonds changements qui sont venus modifier les rôles et les capacités en prévention clinique de l'équipe régionale de santé publique. Notamment, il importe de mentionner qu'avec l'abolition des agences régionales de la santé et des services sociaux et la réorganisation de responsabilités attribuées aux divers paliers décisionnels, la majorité des mesures incitatives et structurantes pour la prévention clinique se trouvent désormais sous la responsabilité unique du palier provincial.

De même, les coupes budgétaires imposées aux équipes régionales de santé publique ont fragilisé à la fois leur expertise et leur capacité à soutenir adéquatement les cliniciens (partage d'outils de référence, expertise-conseil), et à soutenir l'organisation des services préventifs. Il est également devenu difficile de favoriser les services préventifs offerts de façon opportuniste, les restrictions budgétaires faisant en sorte que les professionnels de santé publique doivent être concentrés en priorité sur les programmes et services énoncés dans le *Programme national de santé publique*⁸.

Les constats et recommandations en matière de prévention clinique pour Montréal, revus à la lumière de tous les événements survenus dans le réseau de la santé depuis 2015 ont notamment servi, en 2015 et 2016, à alimenter les travaux de développement du *Plan d'action régional intégré de santé publique de Montréal*.

Dans le contexte de cette démarche de planification et en considérant les nouveaux cadres et les balises ministériels, nous avons identifié l'ensemble

des conditions nécessaires pour améliorer la prévention clinique à Montréal, que les leviers se trouvent ou non au niveau régional.

Nous présentons donc ici : 1) un schéma identifiant les conditions de succès à mettre en place pour améliorer la prévention clinique, 2) les conditions de succès relevant d'instances provinciales, 3) les actions recommandées à l'équipe régionale de santé publique.

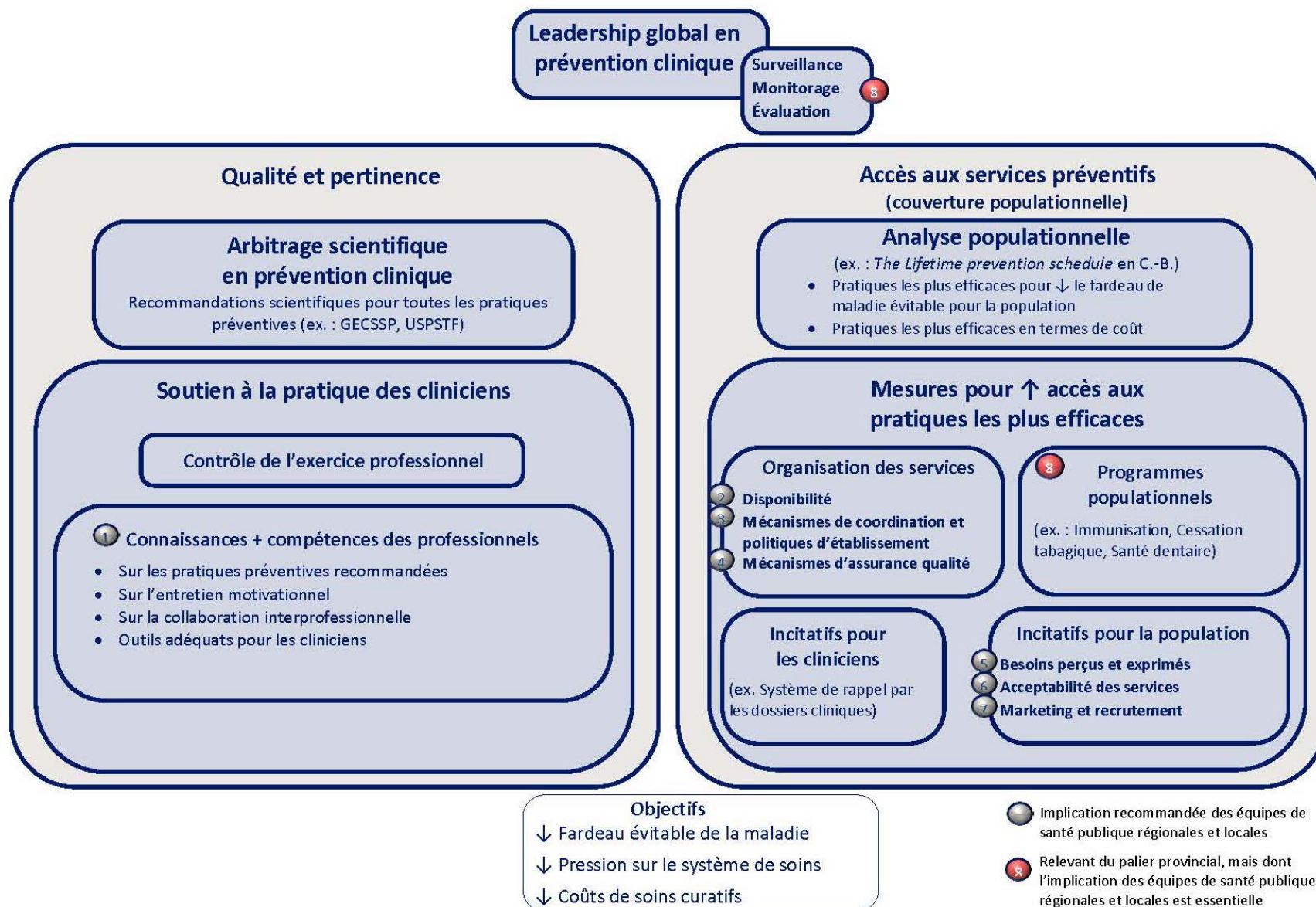
4.2.1 Schéma identifiant les conditions de succès à mettre en place

Nous avons résumé en un seul schéma (figure 4) les catégories d'action ou les facteurs en amont que nous jugeons nécessaires pour améliorer la prévention clinique à Montréal. Ce schéma permet d'identifier plus spécifiquement les facteurs sur lesquels nous recommandons que les équipes de santé publique interviennent et ceux qui constituent des conditions de succès pour le travail régional. Il prend appui sur l'ensemble des analyses menées dans le cadre de ce rapport. Ce schéma a permis de soutenir le développement du *Plan d'action régional intégré de santé publique de Montréal*, et ce, particulièrement pour le développement d'interventions en services préventifs liés aux maladies chroniques et aux chutes. Le schéma facilite également l'identification des organisations les plus indiquées pour mener les actions. Celui-ci a aussi guidé la réflexion de professionnels de l'équipe régionale de santé publique de Montréal impliqués dans des comités provinciaux en prévention clinique.

Certains objectifs fondamentaux devraient réunir l'ensemble des acteurs impliqués dans l'amélioration de la prévention clinique : 1) **diminuer le fardeau évitable de la maladie**, ce qui permet également de 2) **diminuer la pression sur le système de soins** liée à des maladies évitables, 3) **diminuer à moyen terme les coûts des soins curatifs** liés à des maladies qui auraient pu être évitées par des services préventifs.

Pour atteindre ces objectifs, les actions à réaliser doivent agir sur deux catégories de facteurs en amont : la **qualité et la pertinence** des services préventifs offerts, et l'**accès à des services préventifs**. Ceci doit être soutenu par un **leadership global en prévention clinique** au Québec, appuyé, notamment par des travaux de **surveillance, d'évaluation et de monitoring**. En toile de fond, (non représenté à la figure 4), il va de soi que ces actions impliqueront soit les cliniciens, les patients ou l'environnement général de pratique.

Figure 4 – Schéma des actions recommandées pour améliorer l'accès et la qualité de la prévention clinique.



4.2.2 Conditions de succès relevant d'instances provinciales

Les facteurs en amont illustrés à la figure 4 relèvent de différentes organisations ayant la responsabilité de soutenir les bonnes pratiques des cliniciens en prévention clinique et d'augmenter la prestation et l'accès à des services préventifs. Parmi ces catégories d'actions, certaines représentent des conditions de succès pour qu'un meilleur soutien à la prévention clinique puisse être déployé par l'équipe régionale de santé publique de Montréal. Ces actions relèvent à notre avis d'instances provinciales.

Depuis 2015, la Direction générale de la santé publique du MSSS a amorcé des travaux à l'échelle provinciale afin de coordonner l'élaboration et la diffusion, d'ici 2018, d'un document-cadre énonçant les orientations nationales en prévention clinique adapté au contexte québécois. Ces travaux, qui réunissent notamment les entités responsables de l'organisation de la première ligne et des lignes directrices en matière de pratiques cliniques, sont inscrits aux *Plans d'action thématiques tripartites* découlant du *Programme national de santé publique 2015-2025* (PNSP).

Bien que les conditions de succès et les recommandations énoncées ci-dessous aient été identifiées antérieurement à l'initiation des travaux menés par le MSSS depuis 2015, celles-ci peuvent alimenter les réflexions, en cours sur la prévention clinique au Québec :

- **Assurer l'arbitrage scientifique.** Tant pour les programmes populationnels que pour les interventions opportunistes, notre collecte de données a permis d'identifier le besoin d'avoir un lieu d'arbitrage scientifique sous la responsabilité d'une instance indépendante, crédible, et désignée formellement. Actuellement, étant donné l'absence de lignes directrices claires et consensuelles, une forte proportion des actions régionales de soutien à la prévention clinique à Montréal ont trait à cet arbitrage, alors que ceci devrait plutôt incomber à une instance provinciale ayant une grande crédibilité et un leadership reconnu auprès de l'ensemble des cliniciens. Ce leadership scientifique devrait servir à arbitrer les recommandations lorsque celles-ci sont divergentes d'une société savante à l'autre et non à répliquer le travail d'élaboration de ces recommandations, qui revient plutôt aux grands organismes scientifiques indépendants que sont, par exemple, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) et le *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF).
- **Effectuer une priorisation populationnelle.** Au Québec, le choix des mesures préventives soutenues par une équipe régionale de santé publique est inscrit dans le Programme national de santé publique. Comme ailleurs au Canada (à l'exception de la C.-B.), ce choix n'a pas fait l'objet d'une

priorisation populationnelle systématique fondée à la fois sur l'efficacité clinique, le fardeau évitable de la maladie et le rapport coût-efficacité. La Colombie-Britannique a mené des travaux, *The Lifetime prevention schedule*, qui constituent l'exercice le plus rigoureux effectué à ce jour pour établir des priorités d'accès à la prévention clinique dans une province. Afin d'augmenter l'impact populationnel des services préventifs soutenus par les équipes régionales de santé publique, il importera de recentrer ces services autour de tels critères.

- **Renforcer l'organisation des services préventifs dans son ensemble.**
La prévention clinique est peu susceptible d'être efficace si elle s'appuie uniquement sur les bonnes pratiques individuelles des cliniciens^{5, 6, 10, 11, 17, 22, 23, 25, 28, 35, 36, 42, 50, 58, 59, 60, 63, 65}. Une approche mieux structurée de l'organisation des services préventifs est nécessaire pour soutenir l'action individuelle des cliniciens et devrait inclure, entre autres, des mesures pour augmenter la disponibilité, la coordination, la qualité des services préventifs offerts ainsi que des systèmes de rappels pour les cliniciens. La Direction régionale de santé publique de Montréal, en raison de sa responsabilité populationnelle, a mis beaucoup d'efforts dans l'organisation des services préventifs, alors que la plupart des leviers nécessaires pour assurer un accès équitable et opportun aux mesures de prévention clinique se trouvent hors de son champ, ce qui affaiblit la portée de ses efforts.
- **Consolider un leadership global et durable en prévention clinique.**
Pour guider ses interventions et baliser ses rôles, l'équipe régionale de santé publique bénéficiera grandement de la consolidation d'un leadership global et durable en prévention clinique intégrant tous les acteurs concernés au Québec. En effet, malgré les travaux de structuration de la prévention clinique amorcés au niveau national et inscrits dans le PNSP et les PATT, la coordination formelle et la planification conjointe entre toutes ces instances sont encore en émergence. De même, il n'existe pas encore de consensus quant au partage des responsabilités entre les acteurs de santé publique et les autres instances jouant un rôle en prévention clinique que sont, par exemple, les différentes directions du réseau de la santé et des services sociaux, les associations et les ordres professionnels, les réseaux académiques et les instituts d'excellence clinique.

4.2.3 Actions recommandées à l'équipe régionale de santé publique

Par ailleurs, nous jugeons que certaines catégories d'interventions devraient être réalisées par les équipes de santé publique de Montréal, notamment dans le cadre des programmes populationnels de services préventifs. Dans la figure 4, nous avons numéroté (de ① à ⑦) les interventions pour lesquelles une action régionale s'impose ainsi que les catégories d'action relevant d'instances provinciales, mais pour lesquelles des implications régionale et locales nous apparaissent essentielles ⑧. Elles se retrouvent dans la description qui suit.

- **Maintenir un appui aux connaissances et aux compétences des professionnels.** Ce soutien (ex. : formations, expertise-conseil) est à assurer en priorité aux cliniciens offrant des services préventifs dans le cadre de programmes populationnels de santé publique déployés à Montréal ①.
- **Restreindre le soutien à l'organisation des services uniquement aux programmes populationnels dont la santé publique a la responsabilité.** Ce soutien porte sur la disponibilité des services ②, sur les mécanismes de coordination des services et politiques d'établissement ③ et sur les mécanismes d'assurance qualité ④ qu'il faut maintenir pour assurer en priorité l'accès et la qualité des programmes populationnels de santé publique.
- **Revoir les stratégies d'autonomisation pour la population montréalaise.** Un soutien à l'autonomisation (*empowerment*) de la population est à offrir à travers la captation des besoins perçus et exprimés de la population ⑤, l'acceptabilité des services pour les clientèles vulnérables ⑥, et le marketing et le recrutement auprès des clientèles vulnérables ou plus à risque d'inégalités sociales de santé ⑦.
- **Maintenir des activités de surveillance, de monitoring et d'évaluation.** En raison de leur proximité avec le terrain, les équipes de santé publique de Montréal sont parfois les plus aptes à réaliser certaines actions de surveillance, d'évaluation et de monitoring sur leur territoire ⑧. L'un des rôles de la santé publique est de mettre en lumière ou de signaler les « opportunités ratées » d'améliorer la santé de la population. La Direction régionale de santé publique doit continuer à jouer ce rôle. Celui-ci pourrait passer par des activités de surveillance, de monitoring et d'évaluation visant à documenter des cas-traceurs mettant en évidence les lacunes et les iniquités d'accès aux services préventifs.

5. Validité, forces et limites de l'évaluation

Notre évaluation met en lumière le travail réalisé par l'équipe régionale de santé publique de Montréal pour soutenir la prévention clinique. Nos recommandations indiquent des pistes de solutions et des conditions de succès pour mieux accomplir ce travail dans les années à venir. Nous discutons dans cette section de la validité, des forces et des limites de cette évaluation.

Nous dégageons plusieurs forces de l'évaluation menée.

- Le fait que ce projet ait été réalisé par des évaluateurs internes a permis de capitaliser sur leur connaissance et expérience du champ de la prévention clinique et de l'équipe régionale de santé publique, et ainsi accélérer le démarrage des travaux. Cela a également permis une disponibilité et une flexibilité élevées des évaluateurs sur une longue période de temps, alors qu'ils menaient cette évaluation en parallèle à de multiples autres mandats pour la même organisation.
- En matière de validité interne, les constats rapportés dans cette évaluation ont pu être discutés lors d'un atelier réunissant tous les participants aux entrevues. Les constats ont été jugés crédibles et fidèles à la réalité. De plus, les conclusions et les recommandations ont été systématiquement appuyées par nos données empiriques et par des données issues de publications scientifiques et institutionnelles.
- La validité externe a pu être démontrée à la suite du partage de nos travaux auprès d'autres équipes régionales de santé publique. Elles ont, pour la plupart, jugé la démarche et plusieurs des constats applicables à leurs contextes. De plus, les catégories de soutien à la prévention clinique que nous avons identifiées de façon empirique ont été reprises par des travaux à l'échelle provinciale sur le soutien à l'intégration de la prévention dans les pratiques professionnelles.
- Les résultats de nos travaux ont servi dans de nombreux chantiers ultérieurs : développer le Plan d'action régional intégré de santé publique de Montréal; contribuer à des forums de discussion et groupes de travail provinciaux en prévention clinique; et contribuer à raffermir des collaborations et la cohérence des actions menées au sein de l'équipe régionale de santé publique.

Nous relevons également certaines limites de cette évaluation.

- La validité interne des constats a été amoindrie par l'absence, parmi les participants consultés, de ceux qui bénéficient du soutien déployé par l'équipe régionale de santé publique de Montréal. En effet, nous avons planifié de consulter des membres des équipes locales de santé publique,

cliniciens, partenaires et acteurs-clés en prévention clinique de Montréal, et d'identifier des documents faisant état de la perception des Montréalais en matière de prévention clinique. La réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux et les compressions budgétaires ayant affecté la Direction régionale de santé publique de Montréal ne nous ont pas permis de compléter ces étapes.

- Par ailleurs, les évaluateurs étaient également des parties prenantes, impliqués dans leurs autres mandats à soutenir la prévention clinique au sein de la Direction régionale de santé publique de Montréal. Toutefois, l'une des évaluatrices venait tout juste de se joindre à l'organisation, lorsque ce projet d'évaluation a démarré. Nous avons donc tenté d'amoindrir ce conflit de rôles potentiel en assignant à cette évaluatrice la responsabilité de mener l'ensemble des entrevues et de proposer les pistes initiales d'analyse.
- Il est à noter que les trois évaluateurs sont également des professionnels ayant d'autres mandats d'expertise-conseil ou de coordination dans l'organisation, et travaillent sous l'autorité hiérarchique ou professionnelle de ceux qui ont mandaté ces travaux. Cependant, à aucun moment, les équipes de direction et de coordination de l'organisation n'ont exercé de pression sur les évaluateurs pour obtenir des informations confidentielles, restreindre le focus ou la dissémination des travaux, ou diminuer la portée critique des analyses et des recommandations.
- Contrairement aux attentes des participants, nous n'avons pas pu examiner la pondération des efforts investis pour soutenir la prévention clinique comparativement au soutien fourni à d'autres fonctions de l'organisation. Ceci dépassait le mandat d'évaluation qui nous avait été confié et relevait davantage d'un exercice de planification à l'échelle de toute l'organisation.

Conclusion

L'équipe régionale de santé publique de Montréal a un long historique d'implication en prévention clinique. Il y a plus de 15 ans, la DRSP initiait déjà des projets marquants de partage de connaissance et de facilitation tels que la trousse *Prévention en pratique médicale* (outils cliniques destinés aux omnipraticiens portant sur les meilleures pratiques en prévention)⁴¹, le Système de prévention clinique montréalais⁴³ et le projet *Au Cœur de la Vie* (projet de dissémination des pratiques préventives efficaces en prévention des maladies cardiovasculaires)⁴². Plusieurs de ces projets ont précédé le premier Programme national de santé publique du Québec qui recommandait aux équipes régionales et locales de santé publique de soutenir certaines pratiques cliniques préventives spécifiques⁶⁶. La nature de ce soutien a ensuite été précisée de façon rigoureuse quelques années plus tard par des guides ministériels^{6, 22, 23, 24} et par des orientations sur le rôle du réseau de santé publique dans l'organisation des soins de santé⁶⁷.

Au-delà du soutien régional, territorial ou local à prodiguer à des services préventifs spécifiques, notre analyse suggère maintenant que des conditions de succès établies à l'échelle de toute la province sont requises pour permettre un travail régional, territorial ou local efficace. Ces mesures structurantes requièrent des leviers qui généralement dépassent les capacités ou la légitimité des équipes de santé publique de Montréal. Jusqu'en 2015, l'équipe régionale de santé publique de Montréal contribuait en partie à des rôles de leadership scientifique et de leadership en matière de surveillance et d'évaluation. Maintenant que ces responsabilités ne font plus partie des mandats de la Direction régionale de santé publique de Montréal, il sera important qu'un réseau d'expertise québécois puisse émerger pour prendre le relais.

De façon plus générale, le rôle des équipes de santé publique dans l'exercice de ces leaderships en prévention clinique est à établir avec discernement. En effet, bien que la prévention clinique soit l'une des fonctions de santé publique à exercer pour améliorer la santé d'une population^{7, 10}, beaucoup d'autres acteurs du réseau de la santé et des services sociaux sont également responsables de rehausser les services préventifs à Montréal et au Québec, et possèdent des leviers ou une capacité que les équipes de santé publique n'ont pas. Ce défi a déjà été souligné avec justesse par un énoncé de position provinciale sur le rôle de la santé publique en prévention clinique et dans l'organisation des services de santé au Québec⁶⁷. Nous espérons que nos recommandations sur le positionnement de l'équipe régionale de santé publique en prévention clinique contribueront également à mieux définir les rôles et responsabilités des organisations ayant un rôle à jouer en prévention clinique.

Les travaux d'évaluation présentés dans ce rapport ont généré des données empiriques sur ce qu'une organisation de santé publique déploie pour soutenir la prévention clinique. Ces pratiques trop peu souvent nommées ou même analysées sont peu visibles; nos travaux ont ouvert un espace de réflexion autour de ces pratiques et leur ont donné un rayonnement scientifique pancanadien et organisationnel accru.

En conclusion, rappelons que les écarts de performance entre les systèmes de santé sont, entre autres, significativement attribuables aux efforts de prévention clinique que l'on déploie. Les interventions de prévention clinique constituent d'importantes opportunités d'améliorer la santé d'une population¹⁴. L'un des rôles de la santé publique est de mettre en lumière ou de signaler ces « opportunités ratées » d'améliorer la santé de la population. Nous croyons fermement que le réseau de santé publique doit continuer à jouer ce rôle en prévention clinique dans les années à venir.

Références

- ¹ Provost S et al. 2012. Les pratiques cliniques préventives. Résultats de l'enquête populationnelle 2010. Direction de santé publique, Agence de santé et des services sociaux de Montréal et Institut National de Santé Publique du Québec, Montréal, Québec.
- ² Direction de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2014. État de situation sur la santé des Montréalais et ses déterminants. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ³ Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2011. Pour guider l'action : portrait du Québec et de ses régions, les statistiques. MSSS, Québec, Québec.
- ⁴ Simoneau ME, Ouimet MJ. 2015. L'exposition aux pratiques cliniques préventives. L'Observateur, Regard sur la santé des montréalais. n° 6, septembre 2015.
- ⁵ Commissaire à la santé et au bien-être. 2012. Info-performance : favoriser l'intégration des pratiques cliniques préventives. Commissaire à la santé et au bien-être, Montréal.
- ⁶ Groulx S. 2007. Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives. Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Québec.
- ⁷ Frieden TR. 2010. A framework for public health actions: the health impact pyramid. Am J Public Health. 100(4) 590-595.
- ⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 2015. Programme national de santé publique 2015-2025. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Québec.
- ⁹ Agence de santé publique du Canada. 2009. Investir en prévention – la perspective économique. Principales conclusions d'un examen de données récentes. Disponible en ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/preveco-02-fra.php>
- ¹⁰ Kendall PRW 2010. Investing in prevention, improving health and creating sustainability. Provincial health officer's special report. Office of the Provincial health officer, Vancouver, Colombie-Britannique.
- ¹¹ Barr VJ et al. 2003. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. Hosp Q. 2003;7(1):73-82.
- ¹² Bodenheimer T et al. 2014. 10 building blocks of high-performing primary care. Ann Fam Med. 2014 Mar-Apr;12(2):166-71
- ¹³ Maciosek MV et al. 2010. Greater use of preventive services in U.S. health care could save lives at little or no cost. Health Affairs, 29 (9):1656-1660
- ¹⁴ Canadian Institute for Health Information. 2014. Measuring the level and determinants of health system efficiency in Canada, CIHI, Ottawa, Ontario.
- ¹⁵ Marmot M et al. 2010. Fair society, healthy lives: the Marmot review. UCL Institute of Health Equity. University College of London, Londres, Royaume-Uni.
- ¹⁶ Lévesque JF, Bergeron P. 2003. De l'individuel au collectif, une vision décroisée de la santé publique et des soins. Revue Ruptures, 9(2), 73-89.
- ¹⁷ British Columbia Clinical prevention policy review committee. 2009. A lifetime of prevention: the report of the clinical prevention policy review committee. Victoria, British Columbia.
- ¹⁸ Birtwhistle R et al. 2012. Canadian Task Force on Preventive Health Care, we're back. Can Fam Phys. 58(1) 13-15.

-
- ¹⁹ Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. 2016. Site Web consulté le 9 mai 2016. <http://canadiantaskforce.ca/?lang=fr-CA>
- ²⁰ Cruse H et al. 2002. Quality and methods of developing practice guidelines. BMC Health Serv Res. 2 (1) 1-7.
- ²¹ U.S. Preventive Services Task Force. 2016. USPSTF A and B recommendations. Version de février 2016. Site Web consulté le 14 mars 2016. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-a-and-b-recommendations/>
- ²² Provost MH 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 (coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives).
- ²³ Provost MH, Moreault L, Cardinal L. 2016. Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques. Mise à jour de la revue de littérature (2007-2014). Ministère de la Santé et des Services sociaux (coll. L'intégration de pratiques cliniques préventives).
- ²⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 2016. Plans d'action thématiques tripartites. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Québec.
- ²⁵ Direction de santé publique de Montréal. 2011. Plan régional de santé publique 2010-2015. Un système de santé qui sert aussi à prévenir. Orientation 6. Direction de santé publique de Montréal.
- ²⁶ Thivierge C et al. 2015. Fiche de prévention clinique. Direction de santé publique du CIUSSS centre-sud de l'île de Montréal, Collège des médecins du Québec.
- ²⁷ Gagné C, Roberge S, Gilbert A. 2015. Guide Priorité Santé : mesures préventives et interventions de soins chez l'adulte. Direction de santé publique de Montréal
- ²⁸ Normandeau M. 2012. Le pharmacien dans un système de santé qui sert aussi à prévenir. Direction de santé publique de Montréal
- ²⁹ Johnson I, Dubois N. 2015. Évaluation du déploiement des infirmières-conseils en prévention clinique. Stratégie montréalaise de promotion et de soutien aux pratiques cliniques préventives en milieu clinique de première ligne. Direction de santé publique de Montréal.
- ³⁰ Perreault R, Gaudreau M. 2014 Cahier des besoins fonctionnels et spécifications cliniques pour l'intégration des pratiques cliniques préventives dans les dossiers médicaux électroniques. Direction de santé publique de Montréal.
- ³¹ Yin RK. 1994. Case study research design and methods. Second edition. Sage publications, London.
- ³² Brousselle A et al. 2011. L'évaluation : concepts et méthodes. 2^e édition. Presses de l'Université de Montréal, Montréal.
- ³³ Patton MQ, Labossière F. L'évaluation axée sur l'utilisation dans Ridde V, Dagenais C. 2009. Approches et pratiques en évaluation de programme. Presses de l'Université de Montréal, Montréal.
- ³⁴ Thivierge C, Renamy B. 2014. Liste des pratiques cliniques préventives recommandées pour les adultes par des autorités scientifiques et cliniques. Document interne, version du 10 octobre 2014. Direction de santé publique de Montréal.
- ³⁵ Krueger H, Center for Health Services and Policy Research. 2007. Establishing clinical prevention policy in British Columbia, part II. How best to implement?. Delta, Colombie-Britannique.
- ³⁶ Krueger H, Center for Health Services and Policy Research. 2008. Establishing clinical prevention policy in British Columbia: promising systematic approaches to planning? Delta, Colombie-Britannique.

-
- ³⁷ Guyon A, Lemieux V, Perreault, R. 2014. Recadrage pratiques cliniques préventives : rapport d'étape 23 mai 2014. Direction de santé publique de Montréal (document de travail).
- ³⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2008. Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec
- ³⁹ Guyon A, Lemieux V, Perreault R, Kaiser D, 2014. Clinical prevention prerequisites - A framework for health authorities. Présentation faite à la Conférence canadienne de santé publique 2014. Disponible en ligne : <http://resources.cpha.ca/CPHA/Conf/Code/PresentationsSessions.php?r=0&y=2014&l=E&Session=310&Order=Time&f=1>
- ⁴⁰ Guyon A, Lemieux V, Perreault R. 2016. Clinical prevention: charting current and potential roles for a regional public health authority. Affiche présentée durant la Conférence canadienne de santé publique 2016.
- ⁴¹ Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Prévention en pratique médicale, 2001 à 2006. DSP de Montréal.
- ⁴² Chevalier S, Renaud L, Hubert F. 2005. L'expérience d'au cœur de la vie, Intégration de pratiques cliniques préventives. Institut national de santé publique du Québec, Montréal, Québec.
- ⁴³ Martel D, Leaune V. 2009. Le système de prévention clinique. Phase 1 : Intégration optimale du counseling sur les habitudes de vie. Direction de santé publique, Montréal.
- ⁴⁴ Hallouche K, Gilbert A, Leaune V. 2012. Centre de prévention clinique. Une initiative du Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest-Verdun. Rapport d'évaluation d'implantation. Direction de santé publique de Montréal.
- ⁴⁵ Leblanc E, Leaune V, Gélinau MC. 2012. Évaluation des Centres d'éducation pour la santé. II. Synthèse des principaux résultats. Direction de santé publique de Montréal.
- ⁴⁶ Ouellet S. 2013. Vers des services adaptés aux jeunes de 12 à 25 ans dans les CLSC de Montréal. Direction de santé publique de Montréal.
- ⁴⁷ Valiquette L et al. 2011. Plan régional de santé publique 2010-2015. Une population vaccinée et protégée des infections et des risques chimiques et physiques. Orientation 4. Direction de santé publique de Montréal.
- ⁴⁸ Direction de santé publique de Montréal. Le projet « Je suis invitée. Et toi? » Site Web consulté le 9 mai 2016. http://www.dsp.santemontreal.gc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/pgdcs/le_projet_je_suis_invitee_et_toi.html?L=1
- ⁴⁹ Maciosek M et al. 2009. Prioritizing clinical preventive services: a review and framework with implications for community preventive services. *Annu Rev Public Health*, 30; 341-55.
- ⁵⁰ Ministry of Health, British Columbia. 2014. The Lifetime prevention schedule. Establishing priorities among effective clinical prevention services in British Columbia. Summary and technical report July 2014 update. Ministry of Health, British Columbia. Office of the Provincial Health Officer, Victoria, British-Columbia.
- ⁵¹ Ministry of Health, British Columbia. 2015. The Lifetime prevention schedule. Establishing priorities among effective clinical prevention services in British Columbia. Summary and technical report March 2015 update. Ministry of Health, British Columbia. Office of the Provincial Health Officer, Victoria, British-Columbia.
- ⁵² Ministry of Health, British Columbia. 2016. The Lifetime prevention schedule. Establishing priorities among effective clinical prevention services in British Columbia. Summary and technical report March 2016 update. Ministry of Health, British Columbia. Office of the Provincial Health Officer, Victoria, British-Columbia.

-
- ⁵³ Starfield B et al. 2008. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health* 2008;62:580-583
- ⁵⁴ Agence de la santé publique du Canada. 2013. Guide canadien d'immunisation (tableau 3). Agence de la santé publique du Canada, Ottawa. Disponible en ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index-fra.php>
- ⁵⁵ Marseille E et al. Thresholds for the cost-effectiveness of interventions: alternative approaches. *Bull World Health Organ* 2015; 93: 118-124.
- ⁵⁶ Gervas J, Starfield B, Heath I. 2008. Is prevention better than cure. *Lancet* 6(9654) 372; 1997-9
- ⁵⁷ Ministry of Health, British Columbia. 2016. The Lifetime prevention schedule tool. April 26 2016. Ministry of Health, British Columbia. Office of the Provincial Health Officer, Victoria, British-Columbia.
- ⁵⁸ Parks AV et al. 2012. Opportunity knocks for public health departments: increasing the use of clinical preventive services by older adults. Policy note, September 2012. UCLA Center for health policy research.
- ⁵⁹ Krist AH et al. 2013. Clinical and community delivery systems for preventive care. *AM J Prev Med* 45(4) 508-516.
- ⁶⁰ Commissaire à la santé et au bien-être. 2010, Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Recommandations, enjeux et implications. Commissaire à la santé et au bien-être, Montréal, Québec.
- ⁶¹ Community Preventive Services task force. The Community Guide, The Guide to Community Preventive Services. Site web consulté le 14 avril 2016. <http://www.thecommunityguide.org/about/aboutTF.html>
- ⁶² Lévesque JF et al. 2007. L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec : barrières et éléments facilitant. Équipe santé des populations et services de santé, Secteur Services préventifs en milieu clinique, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction des systèmes de soins et services, Institut national de santé publique du Québec
- ⁶³ Walsh JM, McPhee SJ. 1992. A systems model of clinical preventive care: an analysis of factors influencing patient and physician. *Health Educ Q.* 1992 Summer;19(2):157-75.
- ⁶⁴ Guyon A, Lemieux V, Perreault R. 2014. Prévention clinique à la Direction de santé publique de Montréal. Constats et recommandations, projet Recadrage des pratiques cliniques préventives. Recommandations présentées au Comité de direction. Direction de santé publique, Montréal. (Document interne)
- ⁶⁵ Martel D, Leane V. 2009. L'amélioration des pratiques cliniques préventives à l'égard des habitudes de vie. Recension des écrits. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ⁶⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2003. Programme national de santé publique 2003-2012. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- ⁶⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2012. Positionnement de la prévention clinique sur le déterminant organisation de soins et des services, mai 2012. Direction générale adjointe de santé publique et membres du comité stratégique de la Table de concertation nationale en santé publique. Document interne.

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal**

Québec 