

Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**L'amélioration
des pratiques cliniques préventives
à l'égard des habitudes de vie**

Recension des écrits

GARDER
notre monde
EN SANTÉ

notre monde

Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**L'amélioration
des pratiques cliniques préventives
à l'égard des habitudes de vie**

Recension des écrits

Diane Martel

Viviane Leaune

2009

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

Québec



GARDER
notre monde
ENSANTÉ

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

Collaboration

Laurence Harvey
Jacinthe Hovington

Remerciements

Marie-Josée Paquet, Marie-Claude Gélneau
Robert Perreault, André Gervais, Julie Dufort

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

ISBN 978-2-89494-727-2 (version imprimée)
ISBN 978-2-89494-728-9 (version PDF)
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2009

Prix : 10 \$

Mot du directeur

Améliorer les habitudes de vie des Montréalais est au cœur du mandat de prévention et promotion de la santé de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Pour y arriver, une des stratégies adoptées par la direction vise l'augmentation des pratiques cliniques préventives dans la région. De cet engagement est né le Système de prévention clinique maintenant implanté par les douze centres de santé et de services sociaux.

Le Système de prévention clinique est un modèle novateur qui interpelle les médecins et les autres professionnels de la santé à changer leurs pratiques. Il est donc important de comprendre les racines de ce système qui a été construit, entre autres, à partir des meilleures pratiques relevées dans la littérature scientifique.

Cette recension des écrits aidera tous les intéressés à mieux comprendre les fondements du Système de prévention clinique : le *counseling* comme pratique clinique préventive, les stratégies gagnantes, le rôle des professionnels de la santé et les outils qui peuvent renforcer l'intervention.

Bonne lecture,



Richard Lessard, M.D.
Directeur de santé publique

Table des matières

Introduction	1
1. La prévention clinique : une des grandes stratégies de santé publique.....	3
2. L'adoption de saines habitudes de vie : un préalable à l'état de santé.....	5
2.1 Le poids croissant des maladies non transmissibles sur l'état de santé de la population.....	5
2.2 Une tendance que l'on peut renverser.....	6
3. Le <i>counseling</i> : une pratique clinique préventive pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie	9
3.1 Les pratiques cliniques préventives : une des grandes stratégies nationales et régionales face aux habitudes de vie.....	9
3.2 Le <i>counseling</i> préventif.....	10
3.2.1 Un modèle pour structurer la démarche du <i>counseling</i> comportemental : les 5A.....	11
3.2.2 Une méthode de <i>counseling</i> comportemental : l'entrevue motivationnelle	13
3.3 L'efficacité du <i>counseling</i>	14
3.3.1 L'efficacité du <i>counseling</i> en cessation tabagique.....	14
3.3.2 L'efficacité du <i>counseling</i> pour augmenter l'activité physique	16
3.3.3 L'efficacité du <i>counseling</i> sur l'alimentation	18
3.3.4 L'efficacité du <i>counseling</i> visant plus d'une habitude de vie	21
3.3.5 L'efficacité de l'entrevue motivationnelle pour le <i>counseling</i> comportemental	23
4. La prestation de pratiques cliniques préventives en première ligne	31
4.1 Le rôle important des milieux cliniques de première ligne en prévention.....	31
4.2 Les obstacles à l'utilisation des pratiques cliniques préventives par les professionnels de première ligne	32
5. Les stratégies pour améliorer et soutenir les pratiques cliniques préventives dans les milieux cliniques de première ligne	41
5.1 Principales approches et stratégies (ou interventions) pour modifier les pratiques médicales	41
5.2 Efficacité des stratégies pour augmenter la prestation de pratiques cliniques préventives en première ligne	46
5.2.1 Résultats des recensions d'écrits systématiques sur l'efficacité des stratégies	46
5.2.2 Limites des études sur l'efficacité des stratégies pour améliorer les PCP.....	50
5.3 Une « super-stratégie » : la facilitation	51
5.3.1 Rôle du facilitateur.....	51
5.3.2 Efficacité de la facilitation	54
5.3.3 Exemples d'utilisation de la facilitation dans des projets visant à améliorer les pratiques cliniques préventives en première ligne	54

5.4	La facilitation et l'approche organisationnelle (ou systémique) : une combinaison gagnante pour modifier les pratiques médicales ?	58
5.5	Leçons tirées de divers programmes ou projets utilisant l'approche organisationnelle et la facilitation	60
5.6	Comment favoriser et soutenir l'intégration du <i>counseling</i> en première ligne	67
5.6.1	Recommandations des experts	67
5.6.2	Stratégie pour potentialiser le <i>counseling</i> bref du médecin : un service d'accompagnement et de suivi des patients	68
6.	Des outils pour soutenir les pratiques cliniques préventives	75
6.1	Outils pour le patient, le prestataire de soins et l'organisation	75
6.1.1	Outils pour le patient.....	75
6.1.2	Outils pour le prestataire de soins	76
6.1.3	Outils pour l'organisation	77
6.2	Un outil particulier : la prescription préventive	77
Conclusion		83
Références		85
Annexe I :	Survol des écrits sur l'entrevue motivationnelle dans le domaine des habitudes de vie.....	AI-1

Liste des tableaux

Tableau 1	Obstacles à la prestation de pratiques préventives dans les milieux cliniques de première ligne selon les médecins, d'autres professionnels et les usagers.....	34
Tableau 2	Deux exemples de classification des principales stratégies pour modifier les pratiques cliniques préventives des médecins selon l'approche utilisée	42
Tableau 3	Efficacité des stratégies visant l'augmentation du <i>counseling</i> sur les habitudes de vie selon les résultats des études retenues dans la recension faite par le MSSS	50
Tableau 4	Recommandations pour améliorer l'intégration en première ligne du <i>counseling</i> sur les comportements de santé.....	68

Introduction

Au cours de l'année 2006, le Système de prévention clinique (SPC) a été instauré dans les 12 territoires des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région de Montréal. Le SPC se veut une stratégie de dissémination et de soutien des pratiques cliniques préventives dans les milieux cliniques de première ligne¹. La Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSS) soutient le déploiement du SPC qui se fait en étroite collaboration avec le milieu. De nouvelles ressources ont été mises à la disposition des CSSS, et une certaine réorganisation des ressources existantes doit être planifiée.

Le présent document consiste en une recension des écrits sur l'amélioration, en quantité ou en qualité, des pratiques cliniques préventives. Pour l'essentiel, ce document présente tout d'abord des données confirmant l'importance de prévenir trois habitudes de vie nocives pour la santé, soit la sédentarité, le tabagisme et l'alimentation mal équilibrée pour prévenir ultimement plusieurs maladies non transmissibles telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires. Cette mise en contexte est suivie par des informations sur la nature et l'efficacité du *counseling* préventif pour modifier ces habitudes de vie sur les principaux obstacles aux pratiques cliniques préventives, dont le *counseling*, et sur la nature et l'efficacité de diverses stratégies pour intégrer les pratiques cliniques préventives dans les milieux cliniques de première ligne. Enfin, divers outils pour soutenir le *counseling* préventif sont présentés.

La documentation consultée provient de diverses publications s'échelonnant sur une dizaine d'années. Ces publications furent trouvées principalement par la voie d'index bibliographiques, principalement Medline pour les années 1995 à 2007, et, dans une moindre mesure, par l'intermédiaire de références fournies par les auteurs de divers sites Internet, etc. Les principaux mots clés utilisés lors de la recherche bibliographique furent : *primary care, prevention, counselling, practitioners, physicians, physician's practice, primary health care, preventive health services, primary prevention, family practice, general practitioner, health professionals, clinicians, facilitator, prevention intervention*. Nous avons aussi utilisé la fonction *Related articles* dans Medline pour identifier d'autres articles portant sur les mêmes sujets ou des sujets connexes. En outre, les recensions importantes d'écrits et certains ouvrages de référence furent consultés.

Ce document n'a d'autre ambition que de servir d'auxiliaire à la conception et à l'implantation d'une intervention dans les milieux cliniques de première ligne sur le territoire de la DSP afin d'améliorer la prestation des services préventifs à l'égard des

¹ Dans une première phase, l'accent a été mis sur le *counseling* sur les habitudes de vie.

habitudes de vie nocives pour la santé. Il se veut un outil de soutien à caractère évolutif, qui pourra être amélioré à la suite des commentaires du comité régional en pratiques cliniques préventives.

Chaque chapitre est suivi d'un résumé, où le lecteur trouvera l'essentiel des informations contenues dans ce chapitre.

1. La prévention clinique : une des grandes stratégies de santé publique

La prévention clinique est l'une des constituantes reconnues de l'approche globale en médecine de première ligne (GÉCSP, 1994; U.S. Preventive Services Task Force, 2005). Elle fait partie des grandes stratégies de santé publique visant l'amélioration de la santé des populations (approche populationnelle) et mise sur une combinaison de deux des cinq stratégies de la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* : la réorientation des services de santé et le développement des aptitudes personnelles (Santé et Bien-être social Canada, Organisation mondiale de la Santé et Association canadienne de santé publique, 1986).

Bien sûr, l'intégration de pratiques cliniques préventives en première ligne n'est qu'un élément parmi d'autres d'une stratégie plus globale pour améliorer les habitudes de vie des populations.

La prévention clinique : une priorité nationale, régionale et locale

La prévention clinique a été retenue comme priorité nationale, régionale et locale. L'une des cinq grandes stratégies d'action du *Programme national de santé publique 2003-2012* est d'« encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces »; la « promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives » est l'une des quatre stratégies retenues pour agir dans le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a). Cette stratégie est reprise à la fois par le plan d'action régional (PAR) (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2003) et les plans d'action locaux (PAL). L'accent particulier qui est mis sur les saines habitudes de vie répond aux besoins prioritaires exprimés par les milieux cliniques lors d'une consultation menée en 2004-2005 par la Direction de santé publique, en collaboration avec le Département régional de médecine générale (DRMG) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

De plus, la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (appelée loi 25) a récemment reconnu le rôle de la médecine de première ligne au sein de réseaux locaux de services (RLS) à responsabilité populationnelle. Cette reconnaissance ouvre une porte à la transformation des processus cliniques traditionnels. Pour atteindre les objectifs explicites de cette réforme, il est nécessaire d'augmenter la prévention clinique de première ligne.

Rappelons, par ailleurs, que la prévention clinique fait partie, en principe, des services offerts par tous les médecins, dont ceux pratiquant dans les Groupes de médecine de famille (GMF), les cliniques-réseau et les équipes médicales des CSLC.

Résumé de la section 1

La prévention clinique : une des grandes stratégies de santé publique

- *La prévention clinique, l'une des constituantes reconnues de l'approche globale en médecine de première ligne, fait partie des grandes stratégies de santé publique visant l'amélioration de la santé des populations (approche populationnelle) et a été retenue comme priorité nationale, régionale et locale. La Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (appelée loi 25) a récemment reconnu le rôle de la médecine de première ligne au sein de réseaux locaux de services (RLS) à responsabilité populationnelle. Cette reconnaissance ouvre une porte à la transformation des processus cliniques traditionnels. Pour atteindre les objectifs explicites de cette réforme, il est nécessaire d'augmenter la prévention clinique de première ligne.*

2. L'adoption de saines habitudes de vie : un préalable à l'état de santé

2.1 Le poids croissant des maladies non transmissibles sur l'état de santé de la population

Les déterminants des maladies non transmissibles sont en grande partie les mêmes dans tous les pays : forte consommation d'aliments très caloriques, mais pauvres en nutriments et riches en graisses, en sucre et en sel; diminution de l'activité physique pratiquée à la maison, à l'école, au travail ou à des fins de loisirs ou de transports; et consommation de tabac (Organisation mondiale de la Santé, 2004).

La sédentarité, le tabagisme ainsi que les mauvaises habitudes alimentaires prennent une part croissante du mode de vie actuel et entraînent une augmentation rapide de la fréquence de plusieurs problèmes de santé (Organisation mondiale de la Santé, 2005). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2002), les mauvaises habitudes alimentaires, la sédentarité ainsi que le tabagisme sont fortement associés à une augmentation de la fréquence de maladies telles que les affections cardiovasculaires, le diabète et le cancer. À l'échelle mondiale, les maladies non transmissibles sont responsables de 60 % des 56 millions de décès annuels et de 47 % de la morbidité, et ces chiffres pourraient atteindre respectivement 73 % et 60 % d'ici 2020 (Organisation mondiale de la Santé, 2004). Par ailleurs, ces maladies affectent plus fortement les populations défavorisées, chez qui on enregistre généralement une prévalence plus élevée d'habitudes de vie défavorables à la santé (Organisation mondiale de la Santé, 2005). Ce sont chez ces populations que se retrouvent, par exemple les taux les plus élevés de tabagisme et d'obésité (Whitlock *et al.*, 2002). Ces maladies non transmissibles font peser une lourde charge économique sur des systèmes de santé déjà très sollicités et coûtent très cher à la société (Organisation mondiale de la Santé, 2004), plus particulièrement, sur les plans humain et financier.

Compte tenu de ces chiffres et de la croissance anticipée de la charge de morbidité, la prévention des maladies non transmissibles représente un enjeu important de santé publique à l'échelle mondiale (Organisation mondiale de la Santé, 2004).

Au Québec, la prévalence d'habitudes de vie nocives pour la santé reste encore élevée. Pour les trois principales habitudes de vie (mauvaise alimentation, sédentarité et tabagisme), la province présente un profil un peu moins bon que celui du Canada. Le profil de la région de Montréal est semblable à celui du Québec. Selon les résultats de l'*Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes 2005 (ESCC)* (Statistique Canada, 2006) en matière d'habitudes alimentaires, 45 % de la population québécoise

consommait moins de cinq fois par jour des fruits et légumes², comparativement à 41 % au Canada. En ce qui a trait à l'activité physique, 51 % de la population québécoise était considérée comme inactive³, comparativement à 47 % de la population canadienne et à 50 % de celle de la région de Montréal. Pour le tabagisme, près du quart (24 %) de la population québécoise fumait régulièrement ou occasionnellement⁴, comparativement à 22 % pour l'ensemble de la population canadienne et à 25 % pour celle de la région de Montréal.

2.2 Une tendance que l'on peut renverser

La plupart des maladies non transmissibles pourraient être évitées en investissant dans la prévention (Organisation mondiale de la Santé, 2002).

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

Des données récentes montrent que 75 % de la mortalité évitée avant l'âge de 75 ans est attribuable à la prévention primaire et secondaire (Tobias et Jackson, 2001). Selon l'OMS (2005), il serait possible d'éviter jusqu'à 80 % au moins de l'ensemble des cas de cardiopathies vasculaires, d'accidents cérébraux et de diabète de type 2, ainsi que plus de 40 % des cancers en éliminant les principaux facteurs de risque que sont la sédentarité, la mauvaise alimentation et le tabagisme. Les résultats d'une étude réalisée à partir de données de 52 pays (Yusuf *et al.*, 2004) montrent que la consommation de

² Selon la fréquence moyenne quotidienne que les personnes de 12 ans et plus consomment des fruits et légumes.

³ Personnes de 12 ans et plus qui déclarent leur niveau d'activité physique, d'après leurs réponses à des questions sur la fréquence, la durée et l'intensité de leurs activités physiques durant leurs loisirs. Les répondants sont groupés comme actifs, modérément actifs ou inactifs selon un indice d'activité physique déclarée par le répondant. Pour chaque activité physique déclarée par le répondant, on calcule une dépense quotidienne moyenne d'énergie en multipliant la fréquence par la durée moyenne de l'activité et par le nombre d'équivalents métaboliques de l'activité (kilocalories brûlées par kilogramme de poids corporel par heure). L'indice est la somme des dépenses quotidiennes moyennes d'énergie de toutes les activités. Les répondants sont groupés selon les catégories suivantes : 3,0 kcal/kg/jour ou plus = personne active; 1,5 à 2,9 kcal/kg/jour = personne modérément active; inférieure 1,5 kcal/kg/jour = personne inactive. (Statistique Canada, numéro 82-221-XIF.)

⁴ Personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré qu'elles fumaient actuellement (tous les jours ou à l'occasion).

fruits et légumes, la pratique régulière d'activité physique et le non-tabagisme peuvent entraîner une baisse de 80 % du risque relatif de subir un infarctus du myocarde. Dans la population adulte américaine, les changements dans les habitudes de vie (alimentation, activité physique, tabagisme) pourraient prévenir 70 % des cas de cancers du côlon et des accidents vasculaires cérébraux, plus de 80 % des maladies coronariennes et plus de 90 % des cas de diabète de type 2 (diabète apparaissant à l'âge adulte) (Willett, 2002). La cessation tabagique, à elle seule, réduirait de 36 % le risque de mortalité (Critchley et Capewell, 2003). La pratique régulière d'activité physique est associée à une amélioration de la santé et à une diminution du risque de mortalité, de maladie cardiovasculaire, de diabète, d'obésité, de certaines formes de cancer et de problèmes musculosquelettiques (Centers for Disease Control and Prevention, 2001). Même d'intensité modérée (marche ou vélo 30 minutes par jour, par exemple), l'activité physique s'avère bénéfique pour la santé (U.S. Preventive Services Task Force, 2005). Ces données montrent bien l'intérêt qu'il y aurait à intervenir davantage face aux habitudes de vie.

Résumé de la section 2

L'adoption de saines habitudes de vie : un préalable à l'état de santé

■ *Le poids croissant des maladies non transmissibles sur l'état de santé de la population (section 2.1)*

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la sédentarité, le tabagisme ainsi que les mauvaises habitudes alimentaires prennent une part croissante du mode de vie actuel et entraînent une augmentation rapide de la fréquence de plusieurs problèmes de santé telles que les affections cardiovasculaires, le diabète et le cancer. Ces maladies non transmissibles font peser une lourde charge économique sur des systèmes de santé déjà très sollicités et coûtent très cher à la société, plus particulièrement, sur les plans humain et financier. Au Québec, la prévalence d'habitudes de vie nocives pour la santé reste encore élevée. Pour les trois principales habitudes de vie (mauvaise alimentation, sédentarité et tabagisme), la province présente un profil un peu moins bon que celui du Canada. Le profil de la région de Montréal est semblable à celui du Québec.

■ *Une tendance que l'on peut renverser (section 2.2)*

La plupart des maladies non transmissibles pourraient être évitées en investissant dans la prévention. Un moyen de prévenir ces maladies consiste à modifier les facteurs de risque comportementaux majeurs que sont la sédentarité, la mauvaise alimentation et le tabagisme. Selon l'OMS, il serait possible d'éviter jusqu'à 80 % au moins de l'ensemble des cas de cardiopathies vasculaires, d'accidents cérébraux et de diabète de type 2, ainsi que plus de 40 % des cancers en éliminant les principaux facteurs de risque que sont la sédentarité, la mauvaise alimentation et le tabagisme. D'où l'intérêt à intervenir davantage pour améliorer les habitudes de vie.

3. Le *counseling* : une pratique clinique préventive pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie

3.1 Les pratiques cliniques préventives : une des grandes stratégies nationales et régionales face aux habitudes de vie

Les stratégies retenues par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie dans le but de prévenir les maladies chroniques reflètent une volonté d'agir sur divers plans pour modifier les comportements des individus. Le MSSS a adopté, dans le cadre du *Programme national de santé publique 2003-2012* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a, 2005), quatre stratégies visant les habitudes de vie :

- organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie;
- promotion et application de politiques, de lois et de règlements favorisant l'adoption de saines habitudes de vie;
- promotion et prévention en ce qui concerne de saines habitudes de vie dans les milieux de vie;
- promotion et soutien des pratiques cliniques préventives.

Ces stratégies correspondent à quatre des stratégies préconisées par la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* : promouvoir l'idée, établir une politique publique saine, créer des milieux favorables et réorienter les services de santé (Santé et Bien-être social Canada, Organisation mondiale de la Santé et Association canadienne de santé publique, 1986).

En accord avec le programme national du MSSS et dans le cadre de son mandat, la DSP a donc retenu, à divers degrés, dans son plan d'action 2003-2006, les quatre stratégies du MSSS en les adaptant aux réalités régionales (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2003). Lorsqu'elles sont appliquées au domaine des habitudes de vie, ces stratégies peuvent se reformuler ainsi :

- campagnes promotionnelles;
- adoption de lois, règlements et politiques favorables aux saines habitudes de vie;
- création d'environnements favorables à la santé;
- promotion et soutien des pratiques cliniques préventives.

Les pratiques cliniques préventives constituent donc l'une des principales stratégies retenues aux niveaux national et régional pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie.

3.2 Le *counseling* préventif

Le terme pratiques cliniques préventives (PCP) désigne un ensemble d'interventions (*counseling*, dépistage, immunisation, chimioprophylaxie) réalisées par un professionnel de la santé auprès d'un patient et visant à promouvoir la santé et à prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux.

Le *counseling* est la PCP considérée comme la plus appropriée au milieu clinique pour promouvoir de saines habitudes de vie (Elford et al., 2001; U.S. Preventive Services Task Force, 2005) et fait l'objet d'une recommandation particulière dans le *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2004a).

Selon Elford *et al.* (2001), les principes clés du *counseling* sont : d'être un travail de coopération qui exige la participation active du conseiller et du client; d'être orienté vers un but (*goal-oriented*), ce but étant pour le client de trouver une réponse à une question précise ou une solution à son problème spécifique; d'être centré sur le client, c'est-à-dire que ses besoins et sa façon de voir doivent être respectés.

Le *counseling* peut être directif ou non directif :

Dans le *counseling* directif [...], le conseiller joue le rôle d'une autorité qui évalue le problème de son client et définit les actions à prendre. Dans le *counseling* non directif [...], le conseiller fonctionne comme un agent de changement qui encourage chez son client l'expression des sentiments, les reflète et aide son client à en assumer la responsabilité. Ainsi le client exprime sa pensée, développe ses propres buts et planifie lui-même son action. (Wolberg, 1967, p. 41-42, traduction libre.)

En ce qui a trait à la modification des comportements liés à la santé et, plus particulièrement, des habitudes de vie, le type de *counseling* le plus souvent recommandé par les experts est le *counseling comportemental* (*behavioral counseling*). Au sens strict, le terme *counseling comportemental* désigne une forme particulière de *counseling* où les principales approches utilisées reposent sur les principes du conditionnement classique, du conditionnement instrumental (*operant*) ou de la théorie de l'apprentissage social. Dans son acception plus large, ce terme désigne tout simplement un *counseling* dont le but est de modifier les comportements.

Dans le contexte particulier des services de première ligne, les interventions de *counseling* comportemental :

sont ces interventions faites par les cliniciens ou autres membres du personnel pour aider les patients à adopter, changer ou maintenir des comportements dont il a été démontré qu'ils affectaient la santé. [...] Ici comme dans d'autres contextes, le *counseling* signifie un travail de coopération exigeant la participation active du patient et du clinicien, visant à faciliter chez le patient l'initiative personnelle et la capacité d'adaptation (Whitlock *et al.*, 2002, p. 269; Nupponen, 1998, *in* Whitlock *et al.*, 2002, p. 270; traduction libre).

Soulignons que le *counseling* comportemental, tel qu'utilisé en pratique clinique préventive, est toujours directif à divers degrés.

Le *counseling* peut être plus ou moins bref, plus ou moins intensif. Il peut se réduire à donner de l'information et un avis (10 à 20 min ou même moins) ou à quelques contacts sur un même sujet, mais peut aussi prendre la forme de périodes planifiées en sessions structurées (5 à 15) à intervalles relativement courts (par exemple, une fois par semaine) (Elford *et al.*, 2001). Concernant ce dernier type de *counseling*, peu de médecins ont la formation requise pour le réaliser. Les médecins préfèrent référer leurs patients à d'autres professionnels qui offrent ce type de *counseling* (Elford *et al.*, 1994, *in* Elford *et al.*, 2001).

Il existe divers modèles, méthodes et techniques pouvant être utilisés pour le *counseling*. Dans le domaine du *counseling* comportemental, un modèle souvent utilisé est celui des 5A, et une méthode d'entrevue de plus en plus courante est celle de l'entrevue motivationnelle. Remarquons que rien n'interdit au clinicien de combiner les deux. En simplifiant, on pourrait dire que le modèle des 5A dit *quoi faire* et la méthode d'entrevue motivationnelle dit *comment le faire*. Voici un bref aperçu de ce modèle et de cette méthode.

3.2.1 Un modèle pour structurer la démarche du counseling comportemental : les 5A

Le modèle des 5A (*assess, advise, agree, assist, arrange*) tire ses origines d'un modèle antérieur, celui des 4A (*ask, advise, assist, arrange*), développé par le *National Cancer Institute*, pour guider les médecins dans leurs interventions en cessation tabagique (Glynn et Manley, 1989, *in* Whitlock *et al.*, 2002)⁵. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, qui a ajouté un cinquième A pour *agree*, proposa aux médecins ce modèle comme moyen de structurer leur pratique de *counseling*

⁵ Dans les recommandations du *U.S. Department of Health and Human Services* (Fiore *et al.*, 2000) et du *U.S. Preventive Services Task Force* (2006) sur le *counseling* à l'égard du tabagisme, les étapes des 5A sont les suivantes : *assess, advise, agree, assist* et *arrange*.

comportemental auprès de leurs patients (Whitlock *et al.*, 2002; Elford *et al.*, 2001). Le U.S. Public Health Service a adopté ce dernier modèle pour évaluer des interventions populationnelles en cessation tabagique dans les milieux de soins primaires (Fiore, Bailey, Cohen *et al.*, 2000, in Whitlock *et al.*, 2002). Le *Counseling and Behavioral Interventions Work Group (U.S. Preventive Services Task Force)* a recommandé l'adoption du modèle des 5A comme cadre conceptuel pour évaluer et décrire les interventions de *counseling* dans les milieux cliniques de première ligne (Whitlock *et al.*, 2002). Ce modèle a d'ailleurs été présenté lors de l'assemblée scientifique annuelle du Collège québécois des médecins de famille comme étant « un modèle intégrateur pour faciliter les pratiques cliniques préventives en première ligne » (Massé, 2005).

Les cinq composantes de ce modèle sont les étapes qui doivent être franchies dans l'ordre. Pour passer à une étape, il faut avoir complété les tâches spécifiques de l'étape précédente (Elford *et al.*, 2001). Voici en quoi consiste chacune des étapes de ce modèle (Clapperton, 2005) :

Assess (évaluer) :

- Colliger, analyser, sélectionner les informations.
- Déterminer les cibles et les objectifs avec le patient.
- Tenir compte du niveau de compréhension du patient.

Advise (conseiller) :

- Aider le patient à déterminer une cible prioritaire.
- Favoriser une cible atteignable.

Agree (s'entendre) :

- Établir le plan : problème, cible, faisabilité.
- Déterminer les responsabilités de chacun.
- Proposer un contrat, écrit de préférence.

Assist (aider) :

- Aider et soutenir (les petits succès).
- Évaluer l'évolution des changements et en discuter.

Arrange (soutenir) :

- Favoriser un suivi et diriger le patient vers les ressources appropriées.
- Constater le chemin parcouru (rétroaction).

Le contenu de chacune des étapes de ce modèle d'intervention varie selon le comportement visé, mais toute intervention clinique ciblant un quelconque changement

de comportement peut être décrite en se référant à ces cinq composantes (Whitlock *et al.*, 2002).

Quoique la stratégie décrite par le modèle des 5A puisse être utilisée conjointement à diverses théories de modification du comportement, elle est plus généralement associée au modèle transthéorique : le premier modèle dit quoi faire et le second quand le faire, ce qui permet de faire la bonne intervention au bon moment (Elford *et al.*, 1994).

Soulignons qu'il n'est pas nécessaire que le clinicien traite les cinq composantes du modèle à l'intérieur d'une même visite ni que l'ensemble des étapes soit réalisé par un médecin (Flocke *et al.*, 2006). Pour compléter le cycle des 5A, certains chercheurs suggèrent que le médecin fasse une brève recommandation à son patient et l'adresse à d'autres professionnels ou services disposant de plus de temps ou ayant plus d'expérience dans la modification des comportements de santé (Stange, Woolf et Gjeltrema, 2002, *in* Flocke *et al.*, 2006). D'autres chercheurs recommandent que le médecin utilise les ressources communautaires pour soutenir les changements de comportements de santé (Center for the Advancement of Health, 2001, *in* Flocke *et al.*, 2006; Glasgow, Orleans et Wagner, 2001, *ibid.*; Glasgow *et al.*, 2004, *ibid.*).

3.2.2 Une méthode de counseling comportemental : l'entrevue motivationnelle

L'entrevue motivationnelle est une forme d'intervention brève (de une à six rencontres) qui vise à aider l'individu à prendre une décision et à trouver sa propre motivation pour modifier un comportement problématique (Rossignol, 2001). À l'origine, cette technique d'entrevue fut développée pour l'intervention auprès des toxicomanes, mais elle est de plus en plus utilisée dans d'autres domaines, dont celui de la promotion de l'adhésion au traitement et celui des habitudes de vie relatives à la santé (Knight *et al.*, 2006).

Miller et Rollnick, créateurs de cette méthode, la définissent comme suit :

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

Plus précisément :

l'entrevue motivationnelle [...] est un style de *counseling* qui cherche à résoudre l'ambivalence de l'individu à l'égard d'un changement de comportement (Knight *et al.*, 2006, p. 319, traduction libre).

Selon Miller et Rollnick (1995, *in* Rossignol, 2001), l'essence de l'entrevue motivationnelle repose sur la collaboration entre l'aidant et le client, la croyance en l'autonomie du client et la capacité d'évoquer chez lui la motivation au changement.

Dans ses aspects non directifs, l'entrevue motivationnelle s'inspire fortement de la technique d'entrevue décrite par Carl Rogers pour la thérapie centrée sur le client, dont l'essence repose sur l'empathie, l'acceptation inconditionnelle et la congruence.

Dans une entrevue accordée au journal *Perspective Infirmière* de septembre/octobre 2006, M. Jean-Marc Assaad, psychologue et chercheur à l'Université de Montréal et spécialiste de l'entrevue motivationnelle, déclarait que les techniques d'entrevue étaient nombreuses et variaient selon le type de client ou de situation, mais, qu'en général, les quatre techniques suivantes étaient utilisées :

- des questions ouvertes pour encourager le client à formuler des commentaires d'automotivation;
- l'écoute réflexive, où l'on renvoie au client une image de ses propos;
- le résumé, où l'on récapitule succinctement ce que le client a communiqué durant la séance;
- la valorisation, où l'on exprime au client la confiance qu'on a en lui et en sa capacité de changer.

3.3 L'efficacité du *counseling*

Voici les données probantes sur l'efficacité du *counseling* à l'égard des habitudes de vie ainsi que sur l'efficacité de l'entrevue motivationnelle. Ces données seront complétées par les recommandations des experts.

3.3.1 L'efficacité du *counseling* en cessation tabagique

Parmi les études sur l'efficacité du *counseling* à l'égard des habitudes de vie, ce sont celles en cessation tabagique qui sont les plus nombreuses. D'ailleurs, c'est en ce domaine que le *counseling* s'est avéré le plus efficace.

Selon Tremblay et Gervais (2001), le *counseling* antitabagique individuel est une intervention qui s'adresse à tout fumeur intéressé à cesser de fumer et qui peut être offerte dans divers milieux cliniques. Ce *counseling* est généralement offert par un clinicien qui possède les habiletés et les connaissances requises pour intervenir efficacement en cessation tabagique (Fiore *et al.*, 2000).

Le taux de cessation tabagique à la suite d'une intervention de *counseling* varie en fonction de certains paramètres, tels la durée de l'intervention, le temps total de contact entre le fumeur et le clinicien, et le nombre de rencontres (Tremblay et Gervais, 2001). Ainsi, dans une méta-analyse du *U.S. Department of Health and Human Services* (Fiore *et al.*, 2000), le taux de cessation tabagique après au moins cinq mois était de 13,4 % pour le *counseling* minimal (3 minutes ou moins), de 16,0 % pour le *counseling* de faible intensité (de 3 à 10 minutes) et de 22,1 % pour le *counseling* d'intensité élevée (plus de 10 minutes).

Selon une recension d'écrits systématique réalisée par le groupe Cochrane (Lancaster et Stead, 2004), il y aurait une légère, mais significative augmentation du taux de cessation tabagique à six mois chez les patients fumeurs ayant reçu une brève recommandation de la part de leur médecin, comparativement aux patients fumeurs n'en ayant reçu aucune. Selon les mêmes auteurs, l'intervention intensive des visites de suivi serait un peu plus efficace que l'intervention minimale. Par ailleurs, les outils d'aide à la cessation tabagique remis aux parents n'augmenteraient pas l'efficacité du *counseling* (Lancaster et Stead, 2005a).

Lancaster et Stead (2005b) ont également examiné l'efficacité du *counseling* individuel par un éducateur formé en cessation tabagique (comparable aux professionnels offrant un soutien à la cessation tabagique dans les Centres d'abandon du tabagisme au Québec). Ces auteurs ont retenu 21 études pour évaluer l'efficacité de ce type d'intervention individuelle. Dans ces études, le *counseling* individuel était offert lors d'une ou de plusieurs rencontres de plus de dix minutes par un éducateur formé et n'entretenant aucun lien avec les services dispensés en milieu clinique. Le *counseling* de faible intensité était généralement défini comme une rencontre d'une durée de 30 minutes, alors que le *counseling* de moyenne intensité et le *counseling* intensif pouvaient être constitués respectivement d'environ quatre et douze rencontres. Les résultats de l'analyse de ces études montrent que le *counseling* individuel par un éducateur est efficace pour augmenter le taux de cessation tabagique, mais ne permettent pas de conclure à une association entre l'intensité de l'intervention et son efficacité.

Enfin, les résultats d'une méta-analyse, faite à partir d'études où la durée du *counseling* antitabagique ne dépassait généralement pas trois minutes, montrent que cette intervention est aussi efficace, qu'elle soit pratiquée par un médecin ou un autre clinicien tels que le psychologue, l'infirmière, le dentiste ou le conseiller (*counselor*) (Fiore *et al.*, 2000).

- **Recommandations des experts**

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs considère qu'il existe :

suffisamment de données pour recommander aux médecins d'offrir périodiquement à leurs patients fumeurs un *counseling* antitabac dans le cadre de l'examen médical périodique (recommandation A⁶) (Taylor et Dingle, 1994, in Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 1994, p. 578.)

Selon ce même groupe, il existe aussi :

des données acceptables pour recommander aux médecins d'adresser leurs patients fumeurs à d'autres programmes après leur avoir conseillé de renoncer au tabac (recommandation B⁷). (Taylor et Dingle, 1994, in Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 1994, p. 578.)

Le *U.S. Preventive Services Task Force* (2006) recommande fortement que les cliniciens fassent le dépistage du tabagisme chez tous les patients adultes et offrent aux fumeurs des interventions pour cesser de fumer (recommandation A⁸). En effet, selon leurs données :

il est démontré que des interventions brèves de *counseling* en cessation tabagique, incluant le dépistage, le *counseling* bref (trois minutes ou moins) ou la pharmacothérapie, augmente les taux d'abstinence tabagique, bien qu'il y ait une relation dose-réponse entre les taux de cessation et l'intensité du *counseling*. Ces interventions peuvent être faites par divers cliniciens en première ligne. (U.S. Preventive Services Task Forces, 2006, p. 120, traduction libre.)

3.3.2 L'efficacité du *counseling* pour augmenter l'activité physique

Des neuf recensions d'études (avec essais aléatoires ou quasi expérimentaux) où l'efficacité des interventions de promotion de l'activité physique était évaluée par les

⁶ Selon le Groupe d'étude canadien sur les services préventifs, une recommandation de niveau A, le grade le plus élevé accordé par ce groupe, est fondée sur les données de meilleure qualité.

⁷ Selon le Groupe d'étude canadien sur les services préventifs, une recommandation de niveau B est fondée sur des données de moindre qualité que celles de niveau A, mais néanmoins acceptables.

⁸ Selon le *U.S. Preventive Services Task Force*, une recommandation de niveau A, le grade le plus élevé accordé par ce groupe, est fondée sur les données de meilleure qualité, c'est-à-dire des données qui incluent des résultats cohérents provenant d'études bien conçues, bien menées sur des populations représentatives et où les effets sur la santé sont directement mesurés.

professionnels de première ligne auprès de leurs patients, six permettent de conclure à une efficacité à court terme de ces interventions. En ce sens que l'augmentation de l'activité physique était significativement plus grande chez les sujets soumis à l'intervention que chez ceux du groupe témoin au moment du suivi, soit de quatre semaines à six mois après le début de l'intervention (Eaton et Menard, 1998; Simons-Morton *et al.*, 1998; Eakin, Glasgow et Riley, 2000; Petrella et Lattanzio, 2002; Smith *et al.*, 2002; Hillsdon, Foster et Thorogood, 2005). Soulignons que, dans la majorité des cas, les mesures d'activité physique étaient autorapportées, et que ce qui était mesuré comme activité physique variait grandement selon l'étude : ce pouvait être une activité physique modérée, tels la marche ou le jardinage, ou une activité physique plus vigoureuse, comme certains sports. Les interventions comportaient de brèves recommandations, généralement, d'une durée de deux à dix minutes par un professionnel de la santé, le plus souvent un médecin. Il convient, toutefois, de préciser ici que, dans plusieurs des études recensées, l'intervention se limitait rarement à la seule recommandation du médecin. Par exemple, cette recommandation pouvait s'accompagner de matériel écrit ou d'un suivi téléphonique. Comme l'effet de chacun des éléments de l'intervention n'a pas toujours été évalué, on ne saurait donc conclure de l'efficacité globale de l'intervention à l'efficacité d'un de ses éléments. Quant aux trois recensions restantes, elles ne permettent pas de conclure à l'efficacité des interventions (Ashenden, Silagy et Weller, 1997; Lawlor et Hanratty, 2001; Eden *et al.*, 2002).

De leur recension systématique d'études (essais randomisés ou quasi expérimentaux) où était mesurée l'efficacité du *counseling* pour augmenter l'activité physique, Petrella et Lattanzio (2002) concluent que cette efficacité, à court terme (de quatre semaines à deux mois) ou à long terme (plus de 6 mois), semble tenir à une formation préalable des médecins en technique de *counseling* et à la disposition favorable au changement

Selon le *U.S. Preventive Services Task Force* (2005), les interventions proposant, en plus des recommandations du clinicien, un service complémentaire de soutien au changement, présentent un bon potentiel d'efficacité. Ce type d'interventions fournit généralement au patient le soutien d'une personne formée à cet effet qui l'aide à se fixer des objectifs, lui offre des prescriptions écrites d'exercices, un plan d'action individualisé et éventuellement un suivi téléphonique ou par la poste. De plus, la mise en place de liens entre les cliniques et les ressources de la communauté en matière d'activité physique permet d'accroître l'efficacité du *counseling* offert par le clinicien de première ligne (Task force on Community Preventive Services, 2002).

- **Recommandations des experts**

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (1994) et le *U.S. Preventive Services Task Force* (2005) considèrent que les preuves sont insuffisantes pour recommander ou déconseiller un *counseling* sur la pratique de l'activités physique, car les études connues ne permettent pas de conclure à l'efficacité de cette intervention en milieu clinique de première ligne pour amener des patients sédentaires à être physiquement plus actifs.

- Aucune preuve scientifique ne permet d'affirmer qu'un counselling général ou particulier offert par les médecins de famille amène les personnes sédentaires à pratiquer régulièrement une activité physique (Beaulieu, in Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 1994, p. 647).
- Le *U.S. Preventive Services Task Force* conclut que les preuves sont insuffisantes pour recommander ou déconseiller le *counseling* comportemental en première ligne à l'égard de l'activité physique (recommandation I⁹). (U.S. Preventive Services Task Force, 2006, p. 139, traduction libre.)

Soulignons que, si des études supplémentaires sont encore nécessaires pour pouvoir conclure sans aucun doute à l'efficacité du *counseling* sur l'activité physique, l'hétérogénéité des interventions en ce domaine constituera toujours un grand obstacle à l'obtention de données probantes. Néanmoins, les preuves de l'effet positif sur la santé de la pratique régulière d'activité physique sont suffisantes pour préconiser que les professionnels de première ligne la recommandent (U.S. Preventive Services Task Force, 2005).

3.3.3 L'efficacité du counseling sur l'alimentation

Pignone *et al.* (2003) ont recensé 21 études, toutes avec essai randomisé, où était évaluée l'efficacité, après au moins trois mois, des recommandations individuelles pour promouvoir une saine alimentation auprès d'adultes. Il s'agit de huit études réalisées en milieu clinique, huit en milieu de recherche clinique et cinq évaluant des interventions réalisées à l'aide d'outils éducatifs, de courriels ou de *counseling* téléphonique. Le *counseling* en milieu clinique était généralement bref (un seule consultation de 30 minutes ou moins) et fait par un médecin, alors qu'en milieu de recherche clinique le *counseling* était intensif (six consultations ou plus d'au moins 30 minutes) et fait par un nutritionniste ou un éducateur.

⁹ Une recommandation de niveau I signifie que le *U. S. Preventive Services Task Force* conclut que les données sont insuffisantes pour recommander ou déconseiller d'offrir un service ou une intervention sur une base régulière, parce que les preuves sont ou manquantes ou de piètre qualité ou conflictuelles, et que le rapport entre les avantages et les désavantages ne peut être établi.

Pour pallier la diversité des mesures de l'effet dans les études qu'ils ont recensées, Pignone *et al.* (2003) mesurent l'effet de l'intervention par le changement net dans la consommation de certains aliments, soit le changement dans la consommation de gras saturés, de fruits et légumes et de fibres chez les sujets du groupe d'intervention, depuis le début de l'intervention jusqu'au moment du suivi, *moins* le changement dans la consommation de ces mêmes aliments chez les sujets du groupe témoin pour la même période.

Pour mesurer l'ampleur de l'effet, Pignone *et al.* (2003) utilisent trois catégories : effet faible, effet moyen ou grand effet. Pour les gras saturés, un effet faible correspond à une différence nette de 0 à 1,2 point de pourcentage entre le groupe d'intervention et le groupe témoin, un effet moyen à une différence nette de 1,3 à 3,0 points et un grand effet à une différence nette supérieure à 3,0 points; quand, dans les études recensées, seul était rapporté le changement dans la proportion des calories provenant du gras total, un effet faible correspond à une différence nette égale ou inférieure à 5,0 points de pourcentage, un effet moyen à une différence nette de 5,1 à 9,9 points et un grand effet à une différence nette supérieure à 10,0 points. Pour les fruits et légumes, un effet faible correspond à une différence nette inférieure à 0,3 portion par jour entre le groupe d'intervention et le groupe témoin, un effet moyen à une différence nette de 0,4 à 0,9 portion par jour et un grand effet à une différence nette égale ou supérieure à 1,0 portion par jour. Pour les fibres, un effet faible correspond à une différence nette inférieure à 2,0 g par jour entre le groupe d'intervention et le groupe témoin, un effet moyen à une différence nette de 2,0 à 4,0 g par jour et un grand effet à une différence nette supérieure à 4,0 g par jour.

En se référant aux définitions précédentes de l'effet et de l'ampleur de l'effet adoptées par Pignone *et al.* (2003), voici les résultats des études recensées quant à l'efficacité du *counseling* en alimentation. En ce qui concerne les gras saturés, 6 études rapportent une faible réduction de la consommation, 5 une réduction moyenne et 6 une grande réduction; pour ce qui est des études ne rapportant que la proportion des calories provenant du gras total, les réductions nettes sont faibles dans l'ensemble (de 0,9 à 5,3 points de pourcentage). Pour les fruits et légumes, 3 études rapportent une augmentation faible ou nulle de la consommation, 5 une augmentation moyenne et 2 une grande augmentation. Enfin, pour ce qui est des fibres, 3 études rapportent une augmentation faible ou nulle de la consommation et 5 une augmentation moyenne.

Pignone *et al.* (2003) concluent de leur recension que le *counseling* alimentaire produit des changements modestes dans la consommation autorapportée de gras, de fruits et légumes, et de fibres, et que, plus l'intervention est intensive, plus elle est susceptible de produire des changements alimentaires importants. Selon Pignone *et al.* (2003) la plus

faible efficacité du *counseling* alimentaire en milieu clinique s'explique par la difficulté d'y réaliser des interventions plus intensives; pour en augmenter l'efficacité, ils suggèrent que les recommandations verbales soient accompagnées d'outils éducatifs.

Brunner *et al.* (2005) ont recensé 23 études qui ont évalué l'efficacité des recommandations alimentaires à modifier les mauvaises habitudes alimentaires ou à atténuer les risques cardiovasculaires chez les adultes en santé. Les recommandations alimentaires étaient verbales ou écrites, transmises en personne ou au téléphone, par un professionnel de la santé à un individu ou à un petit groupe d'individus, et ne portaient que sur l'alimentation. Les auteurs de cette recension arrivent à la conclusion que les recommandations alimentaires des professionnels de la santé ont un effet positif modéré à court terme (jusqu'à neuf mois) sur les habitudes alimentaires et sur certains risques cardiovasculaires (pression sanguine, cholestérolémie) des patients ayant reçu une intervention.

Les interventions efficaces allient généralement des interventions de type éducatif (autoapprentissage, identifier les barrières potentielles à l'adoption d'une saine alimentation, aider le patient à se fixer ses propres objectifs, offrir un guide pour le choix des aliments et leur préparation) à du *counseling* comportemental afin d'aider les patients à acquérir les compétences, la motivation et le soutien nécessaires pour modifier leurs habitudes alimentaires. Des outils organisationnels (rappels et algorithmes pour soutenir le *counseling*) peuvent aussi améliorer significativement le *counseling* sur les habitudes alimentaires par les cliniciens de première ligne (Beresford *et al.*, 1997; Ockene *et al.*, 1999; Ockene *et al.*, 1996).

- ***Recommandations des experts***

Jugeant que le rôle des médecins de première ligne n'a pas été suffisamment évalué en ce qui a trait au *counseling* nutritionnel, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommande qu'ils donnent seulement des conseils alimentaires généraux à leurs patients et qu'ils envisagent « d'orienter les sujets à risque accru vers un nutritionniste clinicien ou un autre professionnel de la nutrition » (recommandation de niveau B ¹⁰) (Patterson, *in* Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 1994, p. 682). En effet, selon des essais cliniques portant aussi bien sur des programmes spécialisés que sur des initiatives communautaires, le *counseling* nutritionnel par des personnes autres que des médecins a été démontré efficace pour modifier les habitudes alimentaires des patients (Patterson, *in* Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 1994).

¹⁰ Cf. note 5.

Le *U.S. Preventive Services Task Force* (2006) considère qu'il n'y a pas suffisamment de données probantes pour recommander ou déconseiller le *counseling* comportemental sur les saines habitudes alimentaires sur une base régulière en milieu clinique de première ligne (recommandation de niveau I¹¹). Cependant, selon ce groupe de travail, deux approches apparaissent prometteuses pour les patients adultes des milieux cliniques de première ligne : (1) un *counseling* en vis-à-vis d'intensité moyenne (deux ou trois rencontres individuelles ou de groupe) offert par un nutritionniste ou un autre professionnel de la santé formé à cet effet; (2) des interventions de faible intensité (cinq minutes ou moins) soutenues par du matériel autogéré remis au patient, du *counseling* téléphonique ou d'autres communications interactive (*U.S. Preventive Services Task Force*, 2006). En outre, ce groupe de travail recommande le *counseling* intensif auprès des adultes présentant au moins un facteur relié aux maladies cardiovasculaires, *counseling* qui peut être fait par les cliniciens de première ligne ou par des spécialistes (par exemple, les nutritionnistes) (recommandation de niveau B¹²).

3.3.4 L'efficacité du counseling visant plus d'une habitude de vie

Bien que le *counseling* soit plus souvent utilisé à l'égard d'une seule habitude de vie au lieu de plusieurs, il existe un certain nombre d'études sur l'efficacité de ce type d'intervention.

Ainsi, Orleans *et al.* (2002, in Orleans, 2005) ont recensé 68 études sur des interventions visant à modifier plusieurs facteurs de risque comportementaux. Ces interventions visaient le plus souvent le tabagisme, l'activité physique et l'alimentation, et habituellement seulement deux de ces facteurs. Les résultats étaient généralement prometteurs, plus du tiers des interventions ayant eu pour effet de modifier le comportement de manière significative.

Selon une recension faite par Goldstein, Whitlock et DePue (2004), les données sur l'efficacité des interventions de prévention primaire dans les milieux cliniques de première ligne à l'égard de plusieurs facteurs de risque comportementaux demeurent très incomplètes. En effet, la plupart de ces données proviennent d'interventions en prévention secondaire auprès de patients souffrant déjà de diabète ou de maladie cardiovasculaire ou de patients à risque élevé pour ces maladies (par exemple, patients aux prises avec un problème d'hypertension, de diabète, d'hyperlipidémie). Néanmoins, les résultats des quelques études dont l'efficacité d'interventions effectuées en première ligne à l'égard de plusieurs facteurs de risque comportementaux a été évaluée

¹¹ Cf. note 7.

¹² Une recommandation de niveau B signifie que le *U.S. Preventive Services Task Force* considère qu'il y a des données acceptables lui permettant de conclure que l'intervention améliore la santé de manière importante et que ses avantages l'emportent sur ses inconvénients.

démontrent des effets significatifs, quoique modestes sur les comportements de santé. En outre, sur le plan populationnel, ces effets pourraient s'avérer plus importants.

- Prenons, à titre d'exemple, la baisse de 10 % à 12 % du risque rapportée par les chercheurs dirigeant la *British Heart Health Study*. Bien que certains aient remis en question la valeur de cette faible baisse du risque, d'autres arguent avec raison que, d'un point de vue populationnel, ce niveau de réduction du risque, s'il est maintenu à long terme, se traduira par des changements significatifs très importants tant dans l'incidence des maladies cardiovasculaires que dans la morbidité et la mortalité subséquentes (Goldstein, Whitlock et DePue, 2004, p. 72, traduction libre).
- Dans les interventions visant plusieurs facteurs de risque comportementaux, l'importance relative des divers éléments et de leur combinaison est moins claire que dans les interventions ne visant qu'un seul facteur de risque. En effet, viser plusieurs comportements ajoute à la complexité de l'intervention, ce qui, dans les essais contrôlés, peut rendre impossible d'en isoler chacun des éléments (Goldstein, Whitlock et DePue, 2004).

Selon Glasgow *et al.* (2004b) :

les pratiques efficaces pour promouvoir un changement durable de plusieurs comportements sont celles qui sont centrées sur le patient, taillées sur mesure, actives, populationnelles, culturellement compétentes, à plusieurs niveaux (multilevel) et continues (Glasgow *et al.*, 2004b, p. 88, traduction libre).

Récemment, Ebrahim *et al.* (2006) firent une recension des études avec essai randomisé où était évaluée l'efficacité d'interventions visant à réduire les facteurs de risque de maladie coronarienne (tension artérielle, tabagisme, cholestérol sanguin total, activité physique, alimentation), la mortalité totale et la mortalité par maladie coronarienne. Dans les 18 études retenues, les interventions consistaient en *counseling* ou autres méthodes éducatives, avec ou sans traitement pharmacologique. Les sujets de ces études étaient des adultes âgés d'au moins 40 ans, cliniquement exempts de maladie coronarienne et provenant de populations générales, de populations de travailleurs ou de groupes à risque élevé. Selon les auteurs de cette recension, ces interventions n'eurent pas d'effet sur la mortalité. Quant aux facteurs de risque, les résultats montrent qu'il y a eu une diminution modeste de la tension artérielle, du tabagisme et du cholestérol sanguin, mais que cette diminution était liée principalement à la quantité de traitement pharmacologique et que, dans certains cas, elle avait été surestimée, étant donné que les changements dans les facteurs de risque n'ont pu être mesurés que chez les sujets restés

jusqu'à la fin de l'étude. Ces interventions apparaissent plus efficaces chez les sujets à risque élevé. Les auteurs concluent de leur recension que ces interventions sont d'une utilité limitée auprès d'une population générale :

L'utilisation de techniques de promotion de la santé, sous forme d'information et de conseils à l'individu ou à la famille sur les habitudes de vie (activité physique, tabagisme, alimentation), auprès de personnes présentant un risque relativement faible de maladie cardiovasculaire n'est pas particulièrement efficace pour réduire le risque d'événements cliniques. Le coût de ces interventions est élevé et ces ressources et techniques seraient probablement plus utiles auprès de personnes avec un risque élevé de maladies cardiovasculaires où les preuves d'efficacité sont meilleures. (Ebrahim et Smith, 2006, p. 10, traduction libre.)

Toutefois, les auteurs de cette recension nuancent leurs conclusions en faisant remarquer que les essais randomisés imposent des limites à la nature des interventions pouvant être évaluées et sont plus utiles pour étudier des approches préventives à l'égard d'une population à risque élevé qu'à l'égard d'une population générale.

3.3.5 L'efficacité de l'entrevue motivationnelle pour le counseling comportemental

Selon trois récentes recensions des études où était évaluée l'efficacité de l'entrevue motivationnelle, cette dernière s'est avérée efficace pour améliorer l'adhésion au changement d'habitudes de vie ou au traitement dans le cas de patients déjà atteints de certaines maladies (Rubak *et al.*, 2005; Hettema *et al.*, 2005 et Knight *et al.*, 2006).

Selon la recension faite par Rubak *et al.* (2005) portant sur 72 études avec essai randomisé, il a été démontré que l'entrevue motivationnelle avait eu un effet significatif dans 74 % des études recensées (53/72). L'entrevue individuelle avait été utilisée dans 94 % des études (68/72). Dans les quatre études restantes, dont trois avait utilisé la thérapie de groupe et une l'entrevue téléphonique, l'effet de l'entrevue motivationnelle ne fut pas significatif. Il a été démontré que l'entrevue motivationnelle avait eu un effet statistiquement significatif dans 18 des 25 études (soit 72 %) où cette intervention visait des facteurs tels que le poids, les niveaux de lipides, l'activité physique, le diabète, l'asthme et le tabagisme. Dans 67 % (8/12) des études où n'était visée que la cessation tabagique et dans 77 % (10/13) de celles où était visé le traitement du diabète, de l'asthme et de problèmes reliés au poids, l'intervention a eu un effet significatif. Dans 75 % des études où étaient utilisées des mesures directes des résultats et dans 74 % de celles où étaient utilisées des mesures indirectes (par exemple, un questionnaire), l'entrevue motivationnelle a eu un effet significatif. La méta-analyse montre un effet significatif de l'entrevue motivationnelle pour l'index de masse corporelle, le cholestérol sanguin total, la tension artérielle systolique, la concentration d'alcool dans le sang et le contenu d'éthanol standard (par opposition à concentration), mais un effet

non significatif pour le nombre de cigarettes par jour et le HbA_{1c}. Par ailleurs, l'entrevue motivationnelle s'est avérée plus efficace que l'avis traditionnel d'un omnipraticien, c'est-à-dire :

une approche dans laquelle le médecin définit lui-même le problème du patient d'un point de vue biomédical en ne tenant pas compte du point de vue du patient pour donner son avis (Rubak et al., 2005, p. 306, traduction libre).

À noter que le niveau d'efficacité n'était pas lié à la profession du conseiller (médecin, psychologue, nutritionniste, etc.), mais à la durée de l'entrevue et au suivi. Même des entrevues d'une durée de 15 minutes ou moins produisaient des effets significatifs.

En ce qui a trait à la durée des entrevues dans ces études, la durée médiane en a été estimée à 60 minutes (de 10 à 120 minutes). Parmi les études comportant des entrevues de 60 minutes, 81 % (26/32) ont démontré un effet significatif de l'intervention. Des 11 études comportant des entrevues de moins de 20 minutes, 64 % (7/11) ont démontré un effet significatif. De plus, la probabilité d'obtenir un effet significatif s'accroît avec le nombre d'entrevues. Ainsi, un effet significatif de l'entrevue motivationnelle a été démontré dans 40 % (10/25) des études avec une entrevue, mais dans 87 % (13/15) des études avec plus de cinq entrevues. Enfin, pour ce qui est de la durée du suivi, la durée médiane en a été estimée à 12 mois (de deux mois à quatre ans). Les résultats montrent qu'une plus longue durée du suivi augmentait le pourcentage des études où un effet significatif de l'entrevue motivationnelle était démontré. Ainsi, 36 % (4/11) des études offrant un suivi de trois mois ont démontré un effet significatif de l'intervention, comparativement à 81 % (26/32) des études offrant un suivi de 12 mois ou plus.

Hettema et ses collaborateurs ont publié en 2005 une méta-analyse de 72 essais cliniques sélectionnés selon 12 critères de qualité allant du système de codage aux analyses statistiques et présentant au moins une intervention avec composantes motivationnelles, au moins une mesure de suivi post-traitement, au moins une condition contrôle et au moins une procédure assurant l'équivalence des groupes en prétraitement. Les dimensions moyennes des effets (*effect size*) ont été calculées pour chaque étude selon des méthodes qui assurent une pondération pour le contrôle des biais statistiques. Parmi les éléments qui ressortent de cette méta-analyse, il y a le constat que l'effet de l'entrevue motivationnelle diminue avec le temps, lorsqu'elle est utilisée seule, mais qu'il augmente si l'entrevue motivationnelle est associée à une autre intervention standard comme l'éducation thérapeutique ou l'information. On y observe également que la durée de l'entrevue motivationnelle n'est pas un facteur de prédiction de son effet soutenant l'argument qu'il n'est pas nécessaire de proposer de longues périodes de prise en charge. Cependant, les auteurs soulignent l'intérêt d'interventions périodiques

pour tenir compte de la dégradation dans le temps des effets de l'entrevue motivationnelle.

Les dimensions des effets de l'entrevue motivationnelle sur la cessation tabagique (6 études) semblent placer cette intervention sur un pied d'égalité avec les interventions de comparaison, alors que les quatre études portant sur l'adhérence à des programmes de modification des habitudes alimentaires et des programmes d'activité physique montrent des résultats supérieurs de l'entrevue motivationnelle qui sont jugés prometteurs par les auteurs.

Enfin, les auteurs rapportent quelques observations inattendues : les effets de l'entrevue motivationnelle semblent plus prononcés chez certains groupes sociaux minoritaires. De plus, l'entrevue motivationnelle serait plus utile chez les personnes plus résistantes ou qui affichent plus de colère ou un moindre degré de préparation au changement. Inversement, l'entrevue motivationnelle peut être contre-indiquée chez les gens qui se disent déjà engagés sur la voie de changement.

Dans la recension faite par Knight *et al.* (2006), huit études seulement ont été retenues, dont quatre étaient des essais randomisés, trois des projets pilotes et la dernière un essai quasi expérimental. Les auteurs de cette recension considèrent que seulement deux des quatre essais randomisés étaient complets et de puissance adéquate. Le but principal de ces études était de comparer l'efficacité de l'entrevue motivationnelle et celle des services courants, ainsi que d'obtenir des données sur l'effet de l'entrevue motivationnelle sur les résultats des patients quant à l'adhésion au changement d'habitudes de vie ou au traitement. Dans les deux essais randomisés jugés adéquats, ceux de McHugh *et al.* (2001, *in* Knight *et al.*, 2006) et de Scales (1998, *in* Knight *et al.*, 2006), il a été démontré que l'entrevue motivationnelle avait été significativement plus efficace que les services courants pour aider les patients à adopter des habitudes de vie plus saines.

L'étude de McHugh *et al.* (2001, *in* Knight *et al.*, 2006), l'un des deux essais randomisés jugés adéquats, comptait 98 patients en attente de chirurgie pour un pontage coronarien, dont l'âge médian était de 63 ans pour le groupe témoin et de 61,1 ans pour le groupe d'intervention. Le suivi était de 15 mois. Les patients du groupe d'intervention étaient soumis à un programme mensuel consistant en éducation pour la santé et en entrevue motivationnelle, alors que les patients du groupe témoin ne recevaient que les services courants. Les entrevues étaient faites par des infirmières. Les résultats de cette étude sont que la probabilité d'arrêter de fumer, d'avoir une diminution de l'obésité, du cholestérol total moyen, de la tension artérielle, des niveaux

d'anxiété et de dépression était significativement plus élevée pour le groupe d'intervention que pour le groupe témoin.

L'étude de Scales (1998, *in* Knight *et al.*, 2006), l'autre essai randomisé jugé adéquat par les auteurs de cette recension, comptait 61 patients, d'âge moyen de 59,6 ans, qui souffraient d'une maladie des artères coronaires et qui étaient en attente de réhabilitation cardiaque. Le suivi était de 12 semaines. Les patients du groupe d'intervention furent soumis à un programme traditionnel de réhabilitation plus une entrevue motivationnelle d'une heure (ou, s'ils étaient prêts à changer, trois séances de *counseling* de 30 minutes chacune), alors que les patients du groupe témoin ne furent soumis qu'à un programme traditionnel de réhabilitation. Les entrevues étaient faites par des psychologues cliniciens. Au moment du suivi, il y avait une amélioration significativement plus grande chez les patients du groupe d'intervention que chez ceux du groupe témoin, quant au stress perçu, à l'activité physique et à la consommation de gras.

L'efficacité de l'entrevue motivationnelle par rapport à celle d'une recommandation brève a été évaluée dans une récente étude sur la cessation tabagique (Soria *et al.*, 2006). Les résultats indiquent que l'entrevue motivationnelle serait la plus efficace.

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

- ***Recommandations des experts***

L'OMS et le *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) recommandent d'inclure l'entrevue motivationnelle dans les interventions en cessation tabagique (World Health Organisation, 2001, *in* Soria *et al.*, 2006; Centers for Disease Control and Prevention, 2000, *ibid.*).

Résumé de la section 3 :

Le counseling : une pratique clinique préventive pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie

■ *Les pratiques cliniques préventives : une des grandes stratégies nationales et régionales face aux habitudes de vie (section 3.1)*

La promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives constituent l'une des quatre stratégies préconisées par le MSSS, dans son Programme national de santé publique 2003-2012, pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie, les trois autres stratégies étant : l'organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie; la promotion et l'application de politiques, de lois et de règlements favorisant l'adoption de saines habitudes de vie; et la promotion et la prévention en ce qui concerne de saines habitudes de vie dans les milieux de vie.

En accord avec le MSSS, la DSP a retenu entre autres stratégies, dans son plan d'action 2003-2006, la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives.

■ *Le counseling préventif (section 3.2)*

Le counseling est la pratique clinique préventive considérée comme la plus appropriée au milieu clinique pour promouvoir de saines habitudes de vie. Dans le contexte particulier des services de première ligne, les interventions de counseling sont ces interventions faites par les cliniciens ou autres membres du personnel pour aider les patients à adopter, changer ou maintenir des comportements dont il a été démontré qu'ils affectaient la santé. Le counseling peut être plus ou moins bref, plus ou moins intensif. Il peut se réduire à donner de l'information et un avis (10 à 20 min ou même moins) ou à quelques contacts sur un même sujet, mais peut aussi prendre la forme de périodes planifiées en sessions structurées (5 à 15) à intervalles relativement courts (par exemple, une fois par semaine).

Il existe divers modèles, méthodes et techniques utilisées pour le counseling. Dans le domaine du counseling comportemental, un modèle souvent utilisé est celui des 5A et une méthode d'entrevue de plus en plus courante est celle de l'entrevue motivationnelle.

Le modèle des 5A (assess, advise, agree, assist, arrange) propose cinq étapes qui doivent être franchies dans l'ordre. Pour passer à une étape, il faut avoir complété les tâches spécifiques de l'étape précédente. L'entrevue motivationnelle est une forme d'intervention brève (de une à six rencontres) qui vise à aider l'individu à prendre une décision et à trouver sa propre motivation pour modifier un comportement problématique. L'essence de l'entrevue motivationnelle repose sur

la collaboration entre l'aidant et le client, la croyance en l'autonomie du client et la capacité d'évoquer chez lui la motivation au changement. Remarquons que rien n'interdit au clinicien de combiner le modèle des 5A et l'entrevue motivationnelle. En simplifiant, on pourrait dire que le modèle des 5A dit quoi faire et la méthode d'entrevue motivationnelle comment le faire.

■ **L'efficacité du counseling (section 3.3)**

• ***L'efficacité du counseling en cessation tabagique (section 3.3.1)***

C'est dans le domaine de la cessation tabagique qu'il y a le plus grand nombre d'études sur l'efficacité du counseling et c'est également en ce domaine que le counseling s'est avéré le plus efficace. Le taux de cessation tabagique à la suite d'une intervention de counseling varie en fonction de certains paramètres, tels la durée de l'intervention, le temps total de contact entre le fumeur et le clinicien, et le nombre de rencontres. Une méta-analyse a montré qu'un counseling antitabagique ne dépassant généralement pas trois minutes était efficace, qu'il soit réalisé par un médecin ou un autre clinicien tels que le psychologue, l'infirmière, le dentiste ou le conseiller (counselor).

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (1994) et le U.S. Preventive Services Task Force (2002) considèrent que les données sont suffisantes pour recommander qu'il se fasse du counseling antitabagique par les cliniciens de première ligne.

• ***L'efficacité du counseling pour augmenter l'activité physique (section 3.3.2)***

Pour diverses raisons d'ordre méthodologique, les études sur l'efficacité du counseling en activité physique ne permettent pas de conclure à l'efficacité de cette intervention comme telle. Néanmoins, le U.S. Preventive Services Task Force (2002) est d'avis que les preuves de l'effet positif sur la santé de la pratique régulière d'activité physique sont suffisantes pour que les professionnels de première ligne la recommandent à leurs patients.

• ***L'efficacité du counseling sur l'alimentation (section 3.3.3)***

Selon deux recensions comportant respectivement 21 et 23 études, le counseling alimentaire en milieu clinique a des effets modestes. Les interventions efficaces allient généralement des interventions de type éducatif au counseling afin d'aider les patients à acquérir les compétences, la motivation et le soutien nécessaires pour modifier leurs habitudes alimentaires. Des outils organisationnels peuvent aussi significativement améliorer le counseling sur les habitudes alimentaires par les cliniciens de première ligne. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (1994) recommande que les médecins donnent seulement des conseils alimentaires généraux à leurs patients et qu'ils envisagent « d'orienter les sujets à risque accru vers un nutritionniste clinicien ou un autre professionnel de la nutrition ». Quant au U.S. Preventive Services Task

Force (2002), il considère qu'il n'y a pas suffisamment de données probantes pour recommander ou déconseiller le counseling sur les saines habitudes alimentaires sur une base régulière en milieu clinique de première ligne.

- ***L'efficacité du counseling visant plus d'une habitude de vie (section 3.3.4)***

Les données sur l'efficacité des interventions de prévention primaire dans les milieux cliniques de première ligne à l'égard de plusieurs facteurs de risque comportementaux demeurent très incomplètes. Les résultats de quelques études où a été évaluée l'efficacité d'interventions, effectuées en première ligne, à l'égard de plusieurs facteurs de risque comportementaux, démontrent des effets significatifs quoique modestes sur les comportements de santé. Toutefois, sur le plan populationnel, ces effets pourraient s'avérer plus importants.

- ***L'efficacité de l'entrevue motivationnelle pour le counseling comportemental (3.3.5)***

Selon trois recensions d'études, l'entrevue motivationnelle est efficace pour améliorer l'adhésion au changement d'habitudes de vie ou au traitement dans le cas de patients déjà atteints de certaines maladies.

Selon la recension faite par Rubak et al. (2005), portant sur 72 études avec essai randomisé, il a été démontré que l'entrevue motivationnelle avait eu un effet significatif dans 74 % des études recensées (53/72). Dans 75 % des études où étaient utilisées des mesures directes des résultats et dans 74 % de celles où étaient utilisées des mesures indirectes, l'entrevue motivationnelle a eu un effet significatif. Par ailleurs, l'entrevue motivationnelle s'est avérée plus efficace que l'avis traditionnel d'un omnipraticien. Le niveau d'efficacité n'était pas lié à la profession du conseiller (médecin, psychologue, nutritionniste, etc.), mais il l'était à la durée de l'entrevue et au suivi; toutefois, même des entrevues d'une durée de 15 minutes ou moins ont produit des effets significatifs.

La méta-analyse d'Hettema et al. (2005) portant sur 72 études randomisées rapporte que les effets de l'entrevue motivationnelle sur l'arrêt tabagique (6 études) serait aussi efficace que d'autres types d'interventions, alors que quatre études portant sur l'adhérence à des programmes d'activité physique et de saine alimentation démontrent des effets supérieurs de l'entrevue motivationnelle. De plus, les auteurs concluent que l'efficacité de l'entrevue motivationnelle n'est pas associée à la durée de l'intervention.

Dans la recension faite par Knight et al. (2006), seulement huit études ont été retenues, dont quatre étaient des essais randomisés, trois des projets pilotes et la dernière un essai quasi-expérimental. Dans les deux essais randomisés jugés adéquats, il a été démontré que l'entrevue motivationnelle avait été significativement plus efficace que les services courants pour aider les patients à adopter des habitudes de vie plus saines.

L'efficacité de l'entrevue motivationnelle par rapport à celle d'une recommandation brève a été évaluée dans une récente étude sur la cessation tabagique (Soria et al., 2006). Les résultats indiquent que l'entrevue motivationnelle serait la plus efficace. L'OMS et le CDC recommandent d'inclure l'entrevue motivationnelle dans les interventions en cessation tabagique.

4. La prestation de pratiques cliniques préventives en première ligne

Selon l'*Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2004)*, les services de santé, notamment ceux qui dispensent des soins de santé primaires, mais également d'autres services (comme les services sociaux) peuvent jouer un rôle important dans la prévention. C'est pourquoi l'OMS recommande que des conseils pratiques soient offerts aux patients et à leur famille sur les avantages de saines habitudes de vie à l'occasion de rencontres avec le personnel des services de santé. Cependant, plusieurs obstacles limitent l'utilisation des pratiques cliniques préventives en première ligne.

4.1 Le rôle important des milieux cliniques de première ligne en prévention

Les milieux cliniques de première ligne, de par leur mandat et le nombre important d'individus qui les consultent au moins une fois l'an, sont des lieux stratégiques pour la prévention.

En effet, selon l'*Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes (ESCC) (2005)*, 75 % des Québécois – même proportion pour la région de Montréal – ont consulté un médecin au cours de la dernière année (Statistique Canada, 2006). Les trois quarts de la population québécoise (75 %) déclarent avoir un médecin de famille, proportion qui s'élève à 67 % dans la région de Montréal (*ibid.*). Les médecins et autres professionnels de première ligne pourraient donc jouer un rôle important dans la promotion des saines habitudes de vie. Comme 70 % des gens qui consultent les professionnels de première ligne souhaitent avoir leur avis sur des questions de prévention, ces professionnels se trouvent donc en bonne position pour entamer un processus d'éducation auprès de leurs patients et de les diriger vers les sources d'information appropriées (Maheux *et al.*, 1989, in Elder, Ayala et Harris, 1999).

Ces données révèlent le potentiel important des milieux cliniques de première ligne pour la promotion de saines habitudes de vie auprès de la population générale. L'effet populationnel de recommandations préventives sur les habitudes de vie peut être considérable. Par exemple, même si à peine 5 à 15 % des individus recevant un *counseling* antitabagique réduisent leur consommation de manière cliniquement significative, l'effet populationnel reste important (Whitlock *et al.*, 2002). Il est logique de penser qu'un effet semblable pourrait résulter du *counseling* sur l'alimentation et sur l'activité physique, et ce malgré l'absence actuelle de données probantes sur l'efficacité du *counseling* en ces domaines.

En dépit de leur position stratégique pour la prévention primaire, les médecins de première ligne n'utilisent pas les pratiques cliniques préventives de manière optimale (Mirand *et al.*, 2003), y compris les recommandations brèves sur les habitudes de vie (Stange *et al.*, 2000, 2003, *in* Flocke *et al.*, 2006).

Pourtant, selon l'USPSTF, le *counseling* sur les habitudes de vie pourrait être plus profitable à la santé des patients que certaines activités cliniques plus conventionnelles telles que le dépistage diagnostique (U.S. Preventive Services Task Force, 2002).

Or, parmi les diverses pratiques cliniques préventives, le *counseling* sur les habitudes de vie demeure l'une des moins utilisées et intégrées à la pratique médicale courante de première ligne (Whitlock *et al.*, 2002). Et cela vaut aussi pour le Québec, où les médecins n'utiliseraient pas les guides cliniques préventifs de façon optimale (Groulx *et al.*, 2005).

En effet, une étude auprès de la clientèle des services courants de 20 CLSC du Québec a montré qu'un peu plus de 50 % des patients fumeurs avaient reçu des recommandations antitabagiques d'un professionnel de leur CLSC, et que seulement 27 % et 17 % de l'ensemble de la clientèle avait déjà reçu des recommandations respectivement sur l'alimentation et sur l'activité physique (Leaune *et al.*, 2003).

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

4.2 Les obstacles à l'utilisation des pratiques cliniques préventives par les professionnels de première ligne

La prestation de pratiques cliniques préventives, et plus particulièrement du *counseling* sur les habitudes de vie, par les professionnels de première ligne se heurte à plusieurs obstacles. Notons déjà que le *counseling* préventif, parce qu'il s'applique à des comportements complexes et multidimensionnels, représente souvent pour les professionnels de la santé un défi plus important que les autres PCP, telles que l'immunisation ou le dépistage (U.S. Preventive Services Task Force, 2002). Il importe donc, avant de faire une intervention visant à soutenir et à améliorer la prestation de PCP, d'identifier et de diminuer les obstacles les plus contraignants à cette prestation (Harris et Webster-Bogaert, 2001, *in* Collège des médecins de famille du Canada, 2002).

Plusieurs études se sont attachées à identifier les obstacles à l'intégration du *counseling* sur les habitudes de vie dans la pratique courante des professionnels de première ligne : manque d'intérêt du patient, manque de temps, absence de rémunération, absence de lignes directrices précises, manque de consensus sur les bienfaits, manque de formation des médecins et sentiment d'intrusion dans la vie privée des patients, pour ne nommer que les plus fréquemment cités (Beaulieu *et al.*, 1999; Brotons *et al.*, 2003; Brotons *et al.*, 2005; Cabana *et al.*, 1999); Coleman *et al.*, 1996; Cornuz *et al.*, 2000; Frank *et al.*, 2000; Goldstein *et al.* (1998); Hudon *et al.*, 2004; Kushner, 1995; Mirand *et al.*, 2002, 2003; Nicholas, Pond et Roberts, 2003; Twardella et Brenner, 2005; Ulbricht *et al.*, 2006).

Les obstacles à la prestation de pratiques cliniques préventives, et plus particulièrement celles à l'égard des habitudes de vie, le plus souvent documentés dans la littérature sont d'ordre organisationnel ou liés aux médecins, plus précisément à leur pratique et à leurs caractéristiques personnelles. Les obstacles contextuels et ceux liés plus spécifiquement aux patients sont également régulièrement mentionnés.

Peu de chercheurs se sont intéressés au point de vue des usagers sur les obstacles aux services préventifs (*counseling*, tests de dépistage, etc.). Toutefois, une étude qualitative, faite à partir de groupes de discussion (*focus groups*) constitués de médecins et d'usagers québécois, a permis de savoir, entre autres, quels étaient les facteurs que les usagers considéraient comme des obstacles ou facilitateurs aux interventions préventives pratiquées à leur égard par leur médecin de famille (Beaulieu *et al.*, 1999). Les facteurs liés aux usagers eux-mêmes étaient le manque de motivation, le manque de temps, le manque de ressources financières, la peur de la maladie et le sexe (les femmes feraient plus de prévention, seraient mieux informées et auraient moins peur de la maladie). Les facteurs liés aux médecins étaient la communication et la qualité de la relation médecin-patient, l'attitude des médecins face à la prévention et la formation médicale (plus orientée vers le curatif que le préventif). Les facteurs liés à l'organisation des services étaient le manque de temps des médecins (dû, par exemple, à la charge de travail), leur mode de rémunération (la rémunération à l'acte est perçue comme incompatible avec la prévention), l'accessibilité à certains services (par exemple, deux ou trois visites pour compléter un bilan de santé, conflit d'horaire avec le travail), l'information (inappropriée ou contradictoire).

Il existe diverses classifications des obstacles à la prestation de pratiques cliniques préventives (Cabana *et al.*, 1999; Goldstein *et al.*, 1998; Haines et Donald, 1998) qui, malgré quelques variantes, regroupent essentiellement les mêmes éléments. Le tableau 1 présente une classification qui se veut une synthèse de celles proposées dans la littérature. Remarquons que, dans la plupart des cas, ces obstacles sont ceux *perçus* et *déclarés* par les médecins, d'autres professionnels de la santé ou les usagers, et non ceux *observés* par les chercheurs.

Tableau 1
Obstacles à la prestation de pratiques préventives dans les milieux cliniques
de première ligne selon les médecins, d'autres professionnels et les usagers

Obstacles contextuels	
• Système de santé : – Manque de ressources allouées à la prévention (par exemple, absence de rémunération des actes préventifs réalisés par les médecins, budgets fragmentés accordés à la prévention) – Manque de campagnes médiatiques pour promouvoir de saines habitudes de vie – Politiques de santé inefficaces (complexité des guides de pratique, absence ou faiblesse des mesures de dissémination de nouvelles pratiques, etc.) – Rémunération des médecins à l'acte (mode de rémunération perçu par les usagers comme incompatible avec la prévention)	
• Caractéristiques de la clientèle (par exemple, profil socio-économique et ethnique)	
• Manque de ressources dans la communauté vers lesquelles diriger les patients souhaitant un soutien complémentaire pour modifier leurs habitudes de vie	
• Manque de continuité dans les services	
Obstacles organisationnels	
• Type de milieu clinique : structure organisationnelle plus complexe (plusieurs médecins et d'autres professionnels de la santé ainsi que des services spécifiques) par rapport à des structures plus simples et un nombre moins important de professionnels	
• Culture et pratique organisationnelles (collaboration professionnelle, accès à la formation, curatif par rapport à préventif, définition des rôles des cliniciens, faible engagement du personnel dans des activités de promotion de saines habitudes de vie, etc.)	
• Contrainte de temps selon le contexte de pratique (sans rendez-vous versus rendez-vous, surcharge de travail, etc.)	
• Adéquation des protocoles d'intervention en prévention clinique au regard des contraintes de pratique des médecins	
• Outils de soutien à la pratique préventive (système de rappel, protocoles de pratique, algorithmes décisionnels, etc.)	
• Absence d'un leader pour soutenir les pratiques préventives dans l'organisation	
• Information manquante, inappropriée ou contradictoire	
• Accès difficile à certains services (par exemple, deux ou trois visites pour compléter un bilan de santé)	
Obstacles liés aux médecins	
• Formation déficiente : manque de connaissances et de compétences dans le domaine des pratiques cliniques préventives (connaissances sur les interventions efficaces, les outils et ressources pour les patients, etc.; compétences en matière d'évaluation, d'éducation et de <i>counseling</i> sur les habitudes de vie)	
• Attitudes et croyances des médecins quant à la prévention (manque de confiance de pouvoir aider les patients à modifier leurs comportements, manque de motivation, priorité donnée au curatif, pratiques préventives perçues comme inefficaces, patient perçu comme non intéressé par des recommandations préventives, perception moraliste des problèmes liés aux comportements, etc.)	
• Caractéristiques individuelles (sexe, âge, habitudes de vie, spécialité, etc.) *	
Obstacles liés aux patients	
• Demande de soins curatifs par rapport à des soins préventifs	
• Attitudes et croyances quant à la prévention (connaissances des bienfaits des saines habitudes de vie, motivation, sentiment d'efficacité personnelle, croyance en ces capacités personnelles de modifier ses habitudes de vie)	
• Contraintes reliées au milieu de vie : contraintes socio-économiques, milieu social soutenant (milieu de travail, familial ou autre), accès à des services de soutien aux changements de comportements, etc.	
• Manque de motivation ou d'intérêt	
• Sexe masculin (les femmes feraient plus de prévention que les hommes, seraient mieux informées et auraient moins peur de la maladie)	

* Ces caractéristiques des médecins telles que l'âge, le sexe, les habitudes de vie et la spécialité sont des facteurs associés statistiquement à la prestation de *counseling* préventif, à la différence des autres obstacles présentés au tableau qui, jusqu'à plus ample examen, ne sont que des obstacles perçus.

- **Obstacles contextuels**

Selon l'étude de Hudon *et al.* (2004) auprès d'un groupe de médecins de famille dans la région de Montréal, les principaux obstacles contextuels perçus par les médecins à l'intégration de la prévention dans leur pratique courante sont : l'absence de rémunération des actes préventifs (tel le *counseling*), les contradictions dans les lignes directrices, le manque de ressources communautaires, et le manque de continuité dans les services.

Par ailleurs, selon une enquête auprès de 287 omnipraticiens de la région des Laurentides, l'absence de rémunération des actes de médecine préventive constituait un obstacle majeur pour 28,9 % des médecins et un obstacle mineur pour 38,0 % d'entre eux; l'absence de consensus des experts quant aux recommandations préventives était un obstacle majeur pour 10,1 % des médecins et un obstacle mineur pour 51,8 % d'entre eux (Provost et Drouin, 2005).

Selon les médecins interrogés dans l'étude de Twardella et Brenner (2005), l'absence de rémunération spécifique pour le *counseling* constituerait un obstacle important à son intégration dans leur pratique courante.

- **Obstacles organisationnels**

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

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

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

Parmi d'autres obstacles d'ordre organisationnel, le manque de matériel éducatif pour les patients et l'inadéquation du matériel éducatif existant ont été signalés comme obstacles mineurs respectivement par 55 % et 51 % des médecins interrogés (Provost et Drouin, 2005).

- **Obstacles liés aux médecins**

Le manque de compétence des médecins en matière de *counseling* préventif a été identifié comme obstacle dans plusieurs études (Goldstein *et al.*, 1998; Hudon *et al.*, 2004; Nicholas, Pond et Roberts, 2003; Ockene *et al.*, 1996; Kennedy et Meeuwisse, 2003; Twardella et Brenner, 2005); cependant, ce manque observé par les chercheurs n'est pas toujours reconnu par les médecins (Hudon *et al.*, 2004) ou est considéré comme un obstacle mineur (Provost et Drouin, 2005). Les professionnels trouvent souvent difficile d'assister leurs patients dans leur changement de comportement, particulièrement dans les domaines du tabagisme, de l'alimentation, de l'activité physique et de la consommation d'alcool (Ockene *et al.*, 1996). Selon, Goldstein *et al.* (1998), le manque de connaissances et de compétences des médecins en matière d'éducation et de *counseling* aux patients représente une limite non négligeable au succès des interventions préventives et diminue la motivation des médecins à les réaliser.

Hudon *et al.* (2004) mentionnent trois obstacles qu'ils ont observés (par opposition aux obstacles perçus et déclarés par les médecins) : stratégies d'intervention limitées chez les médecins pour soutenir la modification du comportement de leurs patients (en général, la transmission d'information est la seule stratégie utilisée); non-reconnaissance par les médecins de l'importance de l'organisation de leur pratique comme forme de soutien; manque d'autocritique des médecins les empêchant de reconnaître que leurs propres croyances, leurs idées préconçues et leur manque d'aptitudes sur le plan de la communication constituent des obstacles.

De plus, certaines caractéristiques des médecins, telles que le sexe, l'âge, la spécialité, les croyances quant à la prévention, les connaissances, les habitudes de vie, constituent des facteurs objectifs qui sont associés statistiquement à la prestation de PCP (Battista, Williams et MacFarlane, 1986; Frank et Kunovich-Frieze, 1995; Wells *et al.*, 1984; Levy *et al.*, 1992; Lurie *et al.*, 1993; Henderson et Weisman, 2001; Flocke et Gilchrist, 2005).

Les femmes médecins prescrivent plus souvent un test Pap et une mammographie à leurs patientes que leurs confrères masculins (Lurie *et al.*, 1993; Levy *et al.*, 1992), et font aussi plus de *counseling* préventif (Frank et Harvey, *in* Frank et Kunovich-Frieze, 1995). Selon des données provenant d'un sondage auprès de patients, il est plus probable de recevoir des services préventifs de dépistage et de *counseling* de la part d'un médecin de sexe féminin que de sexe masculin, et ce quel que soit le sexe du patient (Henderson et Weisman, 2001). De même, mais selon des données obtenues cette fois par l'observation

directe et la revue de dossiers, les femmes médecins délivrent plus de services préventifs que leurs confrères masculins, et ce quel que soit le sexe des patients (Flocke et Gilchrist, 2005).

Les médecins plus jeunes utilisent plus le *counseling* préventif que les plus âgés (Schwarz *et al.*, 1991, *in* Frank et Kunovich-Frieze, 1995; Rosso *et al.*, 1992, *ibid.*).

Les omnipraticiens en première ligne utilisent plus le *counseling* préventif que les spécialistes (Wells *et al.*, 1984, *in* Frank et Kunovich-Frieze, 1995; Lewis *et al.*, 1991; Frank *et al.*, 2000).

On observe également une plus grande utilisation du *counseling* préventif parmi les médecins qui croient en leur efficacité à modifier les comportements de leurs patients (Rosso *et al.*, 1992, *in* Frank et Kunovich-Frieze, 1995; Lewis *et al.*, 1991, *ibid.*), ceux qui croient avoir une meilleure connaissance des facteurs de risque (Rosso *et al.*, 1992, *in* Frank et Kunovich-Frieze, 1995) et ceux qui croient que le *counseling* préventif est important (Wells *et al.*, 1984; Dietrich et Godberg, 1984, *in* Frank et Kunovich-Frieze, 1995).

Les médecins qui ont des habitudes de vie plus saines ou qui désirent améliorer leur propre santé font plus souvent du *counseling* préventif que ceux ayant de moins bonnes habitudes de vie (Wells *et al.*, 1984; Lewis *et al.*, 1991; Frank *et al.*, 2000); plus spécifiquement, les médecins non fumeurs sont plus susceptibles que leurs confrères fumeurs de faire du *counseling* sur le tabagisme (Lewis *et al.*, 1991; Brotons *et al.*, 2005), les médecins physiquement actifs sont plus susceptibles que leurs confrères sédentaires d'en faire sur l'activité physique (Lewis *et al.*, 1991; Brotons *et al.*, 2005), et les médecins qui essaient de perdre du poids sont plus susceptibles de faire du *counseling* sur la perte de poids (Lewis, Wells et Ware, 1986). Par ailleurs, il existe une association entre les habitudes de vie des médecins et leur sentiment d'efficacité. Ainsi, les médecins fumeurs se sentent moins efficaces que les médecins non fumeurs pour aider leurs patients fumeurs et les médecins physiquement actifs se sentent plus efficaces que les médecins sédentaires pour aider leurs patients à faire de l'activité physique (Brotons *et al.*, 2005).

- ***Obstacles liés aux patients***

Le manque d'intérêt des patients est un obstacle à la prestation de pratiques cliniques préventives, et plus particulièrement de *counseling*, souvent rapporté par les médecins. Ainsi, dans l'étude de Cornuz *et al.* (2000), les médecins ont déclaré que le manque d'intérêt du patient était le premier obstacle au *counseling* sur l'alcoolisme, le tabagisme et l'activité physique, et le second au *counseling* sur l'alimentation; le manque d'intérêt des patients était aussi le premier obstacle au *counseling* sur le tabagisme dans deux

autres études (Ulbricht *et al.*, 2006; Coleman et Wilson, 1996). Dans l'étude de Kushner (1995), les médecins interrogés ont déclaré que le manque d'intérêt des patients était un obstacle important au *counseling* sur l'alimentation.

Dans l'étude de Hudon *et al.* (2004) auprès de médecins pratiquant à Montréal, ces derniers considèrent que le manque de motivation des patients à modifier leurs habitudes de vie constitue le plus grand obstacle à l'intégration de la prévention dans leur pratique :

Ce manque de motivation chez leurs patients, les médecins peuvent le constater dans le manque d'observance de leurs recommandations, ce qu'ils considèrent comme démotivant et parfois décourageant. Alors que la majorité des médecins se considèrent comme « indulgents » à l'égard de ce manque de motivation, certains d'entre eux refusent de faire de la prévention auprès de patients qui n'observent pas leurs recommandations. (Hudon et al., 2004, p. 12, traduction libre.)

Selon ces mêmes médecins, un autre obstacle important est le manque de continuité, c'est-à-dire le fait que les patients n'aient pas un médecin régulier.

Il ressort des discussions avec les médecins que l'investissement financier et émotif qu'exigent les pratiques cliniques préventives n'est acceptable qu'en autant que le médecin sent que le patient aussi est prêt à investir dans une relation thérapeutique (Hudon et al., 2004, p. 13, traduction libre).

Dans l'étude de Provost et Drouin (2005), 34,6 % des médecins considéraient le manque de motivation de leurs patients comme un obstacle majeur et 46,4 % comme un obstacle mineur.

Résumé de la section 4

Les obstacles à la prestation de pratiques cliniques préventives en première ligne

■ ***Le rôle important des milieux cliniques de première ligne en prévention (section 4.1)***

Les milieux cliniques de première ligne, de par leur mandat et le nombre important d'individus qui les consultent au moins une fois l'an, sont des lieux stratégiques pour la prévention. En effet, selon l'ESCC 2005, 75 % des Québécois – même proportion pour la région de Montréal – ont consulté un médecin au cours de la dernière année. Les médecins et autres professionnels de première ligne pourraient donc jouer un rôle important dans la promotion des saines habitudes de vie. L'OMS recommande que des conseils pratiques soient offerts aux patients et à leur famille sur les avantages de saines habitudes de vie à l'occasion de rencontres avec le personnel des services de santé.

En dépit de leur position stratégique pour la prévention primaire, les médecins de première ligne n'utilisent pas les pratiques cliniques préventives de manière optimale, y compris les recommandations brèves sur les habitudes de vie. Pourtant, selon l'(U.S. Preventive Services Task Force, 2002), le counseling sur les habitudes de vie pourrait être plus profitable à la santé des patients que certaines activités cliniques plus conventionnelles, telles que le dépistage diagnostique. Or, parmi les diverses pratiques cliniques préventives, le counseling sur les habitudes de vie demeure l'une des moins utilisées et intégrées à la pratique médicale courante de première ligne. Tel est le cas aussi au Québec, même si l'attitude des médecins à l'égard des pratiques préventives est généralement favorable.

■ ***Les obstacles à l'utilisation des pratiques cliniques préventives par les professionnels de première ligne (section 4.2)***

La prestation de pratiques cliniques préventives, et plus particulièrement du counseling sur les habitudes de vie, par les professionnels de première ligne se heurte à plusieurs obstacles. Il importe donc, avant de faire une intervention visant à soutenir et à améliorer la prestation de pratiques cliniques préventives, d'identifier et de diminuer les obstacles les plus contraignants à cette prestation.

Les obstacles les plus souvent documentés dans la littérature sont d'ordre organisationnel (type de milieu clinique, contrainte de temps, culture organisationnelle, adéquation des protocoles d'intervention, outils de soutien à la pratique) ou liés aux caractéristiques des médecins (formation déficiente, attitudes et croyances, caractéristiques personnelles, telles que sexe, âge, habitudes de vie et spécialité).

Les obstacles contextuels (système de santé, caractéristiques de la clientèle, manque de ressources dans la communauté, manque de continuité dans les services) et ceux liés plus spécifiquement aux patients (demande de soins curatifs par rapport à des soins préventifs, attitudes et croyances, contraintes liées au milieu de vie, manque d'intérêt ou de motivation) sont également régulièrement mentionnés.

5. Les stratégies pour améliorer et soutenir les pratiques cliniques préventives dans les milieux cliniques de première ligne

Les stratégies pour améliorer les pratiques cliniques préventives en première ligne peuvent se situer à différents niveaux. Principalement, et du plus particulier au plus général, on retrouve d'abord les interventions auprès des médecins ou autres professionnels de la santé telles que de leur fournir des outils ou une formation sur une base individuelle; puis, les interventions auprès de milieux cliniques et autres organisations, telles qu'évaluation des milieux et conseils pour favoriser les changements organisationnels; et, enfin, les interventions couvrant l'ensemble du réseau de la santé, telles que lois et règlements, émis par le gouvernement ou les ordres professionnels, qui viennent modifier la prestation des services de santé. Ces stratégies peuvent être utilisées isolément ou conjointement.

Cette section présentera d'abord les principales approches et stratégies pour modifier les pratiques médicales et les résultats d'études sur leur efficacité pour améliorer la prestation de pratiques cliniques préventives en première ligne. Il sera traité plus particulièrement de la facilitation, qui est une stratégie d'implantation, et de l'approche organisationnelle, ainsi que des avantages à combiner cette stratégie et cette approche, avec à l'appui divers exemples de programmes ayant utilisé avec succès une telle combinaison. Enfin seront suggérés certains moyens pour favoriser et soutenir l'intégration du *counseling* dans les milieux cliniques de première ligne.

5.1 Principales approches et stratégies (ou interventions) pour modifier les pratiques médicales

Il existe de nombreuses stratégies (ou interventions) visant à modifier les comportements des médecins et leurs pratiques cliniques. Ces stratégies sont généralement utilisées pour la dissémination et l'implantation¹³ des guides de pratiques. Devant la multiplicité de ces stratégies (ou interventions), il convient de les classer.

¹³ Dissémination (*dissemination*): communication d'informations aux cliniciens pour améliorer leurs connaissances ou leurs habiletés; plus active que la diffusion, la dissémination cible des groupes spécifiques de cliniciens (Davis et Taylor-Vaisey, 1997, p. 410, traduction libre).

Implantation (*implementation*) ou mise en oeuvre : mettre en place un guide de pratique; plus active que la dissémination, elle implique des stratégies de communication efficaces, et identifie et surmonte les obstacles au changement en usant de techniques éducatives et administratives qui sont efficaces dans le milieu clinique (Davis et Taylor-Vaisey, 1997, p. 410, traduction libre).

Une définition plus récente met en lumière le lien étroit existant entre dissémination et implantation, la dissémination impliquant nécessairement qu'il y ait implantation : « la dissémination consiste dans la

Le tableau 2 présente deux exemples de classifications des stratégies selon l'approche utilisée : celle faite par Grol et Grimshaw (Grol, 1997, *in* Koutsavlis, 2001), dans la première colonne, et, dans la deuxième, celle faite par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (1999; Canadian Task Force on Preventive Health Care, 1999). La troisième colonne présente les stratégies correspondant aux approches. On notera que des approches de même appellation se retrouvent d'une classification à l'autre, sans pour autant s'appliquer nécessairement aux mêmes stratégies; et que, inversement, des approches d'appellation différente s'appliquent parfois aux mêmes stratégies.

Tableau 2
Deux exemples de classification des principales stratégies pour modifier les pratiques cliniques préventives des médecins selon l'approche utilisée

APPROCHES		STRATÉGIES* (ou interventions)
Grol et Grimshaw*	Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs	
Éducative (théories de l'apprentissage de l'adulte)	Éducative Participative	• Consensus local de la base vers le haut • Apprentissage interactif en petits groupes • Apprentissage par la résolution de problèmes
Épidémiologique (théories cognitives)	(Éducative)	• Guides de pratique fondés sur les données probantes
Marketing (théories de la promotion de la santé, de l'innovation, de la communication et du marketing social)	(Éducative Participative)	• Évaluer les besoins, adapter la proposition de changement aux besoins locaux • Procéder par étapes • Divers modes de dissémination (médias et personnel)
Comportementale (théories de l'apprentissage)	Éducative	• Vérification et rétroaction (<i>audit and feedback</i>) • Systèmes de rappel et surveillance • Stimulants financiers et sanctions
Interaction sociale (théories de l'apprentissage social et de l'innovation, théories du pouvoir et de l'influence sociale)	Participative	• Discussions avec les pairs dans les réseaux locaux • Visites éducatives (<i>academic detailing</i>) et formation individuelle • Leaders d'opinion • Influencer les personnes-clés des réseaux sociaux • Interventions par l'intermédiaire des patients
Organisationnelle (théories de la gestion, théories des systèmes)	Organisationnelle	• Réorganisation du processus de soins • Stratégies de gestion de la qualité totale et d'amélioration continue de la qualité • Promotion du travail d'équipe • Amélioration du leadership • Modification des structures et des tâches
Coercitive (théories de l'apprentissage, théories du pouvoir, théories économiques)	Éducative	• Règlements et lois • Établissement de budgets et de contrats • Octroi de permis et d'accréditations • Plaintes et poursuites

* D'après Grol, 1997, *in* Koutsavlis, 2001, p. 11.

promotion ou le soutien actif d'un programme pour en encourager l'adoption sur une grande échelle. Ceci implique d'adapter, d'évaluer, d'implanter et de maintenir l'intervention.» (Glasgow *et al.*, 2004b, p. 89, traduction libre).

C'est à Grol et Grimshaw (Grol, 1997, 1999, *in* Koutsavlis, 2001, p. 11-13) que l'on doit la classification la plus exhaustive. Voici en quoi consistent les diverses approches présentées par ces auteurs :

- Les *approches éducatives* considèrent que le changement est déterminé par la volonté personnelle de parvenir à la compétence professionnelle, par une motivation intrinsèque à s'améliorer. Les stratégies fondées sur ces approches insistent sur cette motivation intrinsèque et incluent la promotion de l'apprentissage selon diverses modalités : par l'expérience, par la résolution de problèmes, par l'interaction en petits groupes, par les mécanismes consensuels locaux. Ces stratégies cherchent souvent à donner au groupe cible l'impression que le processus de changement leur appartient.
- Les *approches épidémiologiques* considèrent que les individus sont des êtres raisonnables qui prennent des décisions fondées sur l'analyse d'arguments logiques. Donc, si les médecins ne tiennent pas compte des résultats de recherche récents, c'est probablement qu'ils ne disposent pas de données convaincantes sur la qualité des soins. Les principales stratégies de ces approches consistent à condenser la littérature scientifique et à élaborer des guides de pratiques fondés sur des données probantes. [...] Les approches épidémiologiques sont utiles en ceci qu'elles mettent l'accent sur une proposition validée de changement et qu'elles résument les données scientifiques disponibles pour le praticien à l'horaire chargé.
- Les *approches marketing* s'intéressent à la formulation et à la promotion d'un produit ou d'un message attrayant, adapté aux besoins de la clientèle visée et qui aide celle-ci à résoudre ses problèmes ou à atteindre ses objectifs. Ces approches présument qu'il existe différents sous-groupes au sein de cette clientèle (innovateurs, adoptants, précoces, tardifs). Les théories de l'innovation, de la communication, de la promotion de la santé et du marketing social proposent de telles approches et considèrent généralement que le changement s'opère par étapes : il faut d'abord attirer l'attention sur le message, pour ensuite accroître la compréhension, en influencer la réception, changer la pratique et maintenir le changement. Le message doit être diffusé par divers moyens : de personne à personne, par des réseaux de professionnels et par les média de masse. L'avantage de la multiplicité des moyens permet de souligner la nécessité d'adapter les propositions de changement aux caractéristiques des différentes clientèles de cliniciens, de répondre à leurs besoins et de supprimer les obstacles perçus au changement.

- Les *approches comportementales* relèvent des théories classiques du conditionnement et du contrôle du comportement. Selon ces approches, le comportement humain est surtout influencé par des stimuli qui interviennent avant ou après une action particulière. Les principales stratégies utilisées dans ces approches étudient la performance des médecins et leur offre une rétroaction, formulent des rappels et préconisent des encouragements ou des sanctions selon le geste posé.
- Les *approches fondées sur l'influence sociale* mettent l'accent sur l'apprentissage et le changement qui découlent souvent de l'influence des réseaux sociaux ou de leur interaction. Les opinions, les commentaires ou les pressions des personnes-clés au sein du réseau social exercent un impact considérable sur l'adoption de nouvelles données. Les stratégies qui font appel à ces approches comprennent le recours à des leaders d'opinion chargés de diffuser l'information dans le réseau social, les visites éducatives ou les présentations à caractère scientifique par des pairs ou des experts respectés. [...] Les interventions qui fournissent de l'information au patient dans le but de modifier le comportement du professionnel de la santé peuvent aussi être considérées comme faisant partie des stratégies fondées sur l'influence sociale. [...]
- Les *approches organisationnelles* ne mettent pas l'accent sur la performance individuelle, mais plutôt sur la création des conditions nécessaires au changement. La mauvaise qualité des soins est essentiellement vue comme un échec du système. Le nouveau courant qui mise sur l'amélioration de la qualité des soins s'appuie sur les expériences de l'industrie et sur diverses théories de gestion. [...] Ces approches tentent de modifier les facteurs organisationnels et structuraux qui font obstacle au changement et considèrent la prestation de soins comme une série d'actions posées par différentes personnes dépendantes l'une de l'autre. [...]
- Les *approches coercitives* utilisent la pression et le contrôle pour obtenir un changement de comportement. L'élaboration de lois et de règlements, l'octroi de licences, l'accréditation, l'établissement de budgets et de contrats, l'examen critique de certains actes et leurs conséquences financières, les plaintes et les poursuites s'inscrivent dans ces approches. [...]

En général, chacune de ces approches utilise des théories différentes. De plus, Grol et Grimshaw ont classifié les stratégies en deux catégories supplémentaires qui n'apparaissent pas au tableau 2, selon que ces stratégies mettent l'accent sur les processus internes (telle la motivation intrinsèque des professionnels) ou sur les influences externes (telle l'influence sociale des pairs et modèles significatifs). Les

stratégies appartenant à la première catégorie, sont celles qui correspondent aux approches éducative, épidémiologique et de marketing; celles appartenant à la deuxième catégorie, aux approches comportementale, de l'interaction sociale, organisationnelle et coercitive.

La classification proposée par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (1999; Canadian Task Force on Preventive Health Care, 1999) regroupe les stratégies en trois grandes catégories :

- *approche participative*, telles que leaders influents (formateurs influents), visiteurs médicaux (*academic detailing*), discussions en petits groupes, etc.;
- *approche organisationnelle*, telles que restructuration (*reengineering*) de l'organisation, amélioration constante de la qualité (*continuous quality improvement* ou *CQI*), aussi appelée gestion de la qualité totale;
- *approche éducative*, telles vérification et rétroaction (*audit and feedback*), systèmes de rappel (*reminder systems*), documentation, éducation individuelle ou de groupe, incitatifs, règlements, obligations, etc.

Dans cette classification, les stratégies regroupées dans la catégorie de l'approche éducative correspondent, chez Grol et Grimshaw, aux approches éducative, comportementale et coercitive; et les stratégies regroupées dans la catégorie de l'approche participative, aux approches éducatives et de l'interaction sociale. Les approches épidémiologique et de marketing ne figurent pas nommément dans cette classification, mais sont vraisemblablement incluses dans les approches éducative et participative. Quant à l'approche organisationnelle, elle se retrouve sous une forme semblable dans les deux classifications.

Bien sûr, il est possible de classer les stratégies selon d'autres critères que l'approche ou la théorie sous-jacente. Par exemple, Wyszewianski et Green (2000) regroupent les différentes stratégies en deux catégories selon qu'elles ciblent les connaissances ou les comportements :

- *stratégies axées sur la connaissance* : interventions de nature purement éducative sous forme de programmes de formation médicale;
- *stratégies axées sur le comportement* (soutien à la pratique) : interventions non éducatives visant à modifier le comportement, généralement par des *récompenses* ou des *punitions*; ces stratégies peuvent être regroupées en deux sous-catégories :

- *stratégies facilitantes : stratégies comportementales utilisées pour éliminer les obstacles à l'adoption de nouvelles pratiques par le clinicien; par exemple, modifier ou éliminer des procédures et politiques administratives empêchant le médecin d'adopter les comportements désirés;*
- *stratégies directives : stratégies comportementales stimulant le clinicien à modifier sa pratique. Alors que les stratégies facilitantes aplanissent la route de sorte que le changement de comportement se produise éventuellement, les stratégies directives sont utilisées pour que le changement se produise réellement. Les stratégies directives sont axées sur la récompense et la punition, pas nécessairement de nature financière. (Wyszewianski et Green., 2000, p. traduction libre)*

Si, dans cette classification, les stratégies axées sur la connaissance correspondent grosso modo aux approches éducative et épidémiologique présentées au tableau 2, les stratégies facilitantes à l'approche organisationnelle et les stratégies directives aux approches comportementale et coercitive, il n'y a pas de stratégies correspondant à l'approche marketing ni à l'approche par l'interaction sociale. Quoique moins exhaustive que celles présentées au tableau 2, cette classification offre néanmoins une terminologie et un point de vue différents qui pourraient s'avérer utiles selon les circonstances, c'est-à-dire selon les objectifs et les moyens disponibles.

5.2 Efficacité des stratégies pour augmenter la prestation de pratiques cliniques préventives en première ligne

5.2.1 Résultats des recensions d'écrits systématiques sur l'efficacité des stratégies

Qu'en est-il de l'efficacité de ces stratégies ? Les résultats de trois recensions systématiques permettent de répondre partiellement à cette question.

La première de ces recensions, faite en 2001 par le groupe Cochrane (Hulscher *et al.*, 2001) et partiellement mise à jour en 2005 (Shaw *et al.*, 2005), portait sur les études sur l'efficacité des interventions pour améliorer, dans les milieux cliniques de première ligne, la prévention primaire (prévention des maladies) et secondaire (détection précoce des maladies), incluant le *counseling* et le dépistage. Les interventions dont l'efficacité a été vérifiée (dans le cadre d'essais randomisés, d'études avant et après ou d'analyses *interrupted time-series*) – qui couvrent d'ailleurs presque l'ensemble des stratégies présentées au tableau 3 – étaient les suivantes :

- *matériel éducatif* (transfert passif des connaissances) : distribution de matériels éducatifs, par exemple articles, rapports, méthodes d'apprentissage à distance et programmes audiovisuels ou informatiques;
- *éducation de groupe à l'extérieur du cabinet médical* (transfert passif des connaissances) : transfert de connaissances ou de compétences par des conférences éducatives, par exemple leçons, séminaires et programmes d'entraînement (*skill training programs*);
- *groupes de discussion avec les pairs (peer review)* (transfert des connaissances interactif et participatif ou apprentissage par l'intermédiaire de l'influence sociale) : activités en petits groupes sur l'amélioration de la qualité, par exemple discussions avec les pairs, développement de consensus, discussions des données;
- *visites éducatives (outreach visits)* (transfert des connaissances interactif et participatif ou apprentissage par influence sociale) : assistance individualisée par une personne visitant le médecin à son cabinet pour lui donner de l'information en vis-à-vis;
- *leaders d'opinion locaux* (apprentissage par influence sociale) : utilisation d'individus explicitement désignés par leur collègues en tant que personnes d'influences (*educational influential*);
- *évaluation et rétroaction (audit and feedback)* : résumer une performance clinique après coup, en se fondant sur les dossiers médicaux, les données informatisées ou autres sources d'information;
- *systèmes de rappel* : messages rappelant de faire une action spécifique, avant qu'elle soit exécutée, par exemple des systèmes de soutien à la prise de décision, des relances administratives;
- *interventions organisationnelles* : activités visant à influencer l'organisation des services, par exemple le processus de soins (équipes de travail, délégation de tâches), la structure des soins (système d'invitation et de suivi) et le contenu des soins (fournir des dossiers de santé, des fiches de suivi (*flow sheets*);
- *interventions financières* : récompenses ou pénalités financières aux cliniciens ou aux institutions pour des activités spécifiques, telles que la gestion des ressources internes et les interventions financières par l'intermédiaire du patient;
- *règlements* : établir des règles pour les services remboursables et la prestation de soins (par exemple, en restreignant le nombre de recommandations (*references*) ou en appliquant des règles quant à l'indication. (Hulscher *et al.*, 2001, traduction libre.)

Pour qu'une étude soit incluse dans cette recension, les mesures des effets (*outcome measures*) devaient être des mesures objectives de la performance du professionnel ou de la santé du patient; les effets sur le comportement autodéclarés n'étaient inclus que s'ils concernaient spécifiquement des effets sur le patient; les effets éventuels sur les connaissances ou les attitudes n'étaient pas considérés ici. Selon ces critères de sélection, 55 études furent retenues. Dans plus de la moitié de ces études (39 sur 55), les interventions furent démontrées plus efficaces que l'absence d'intervention.

Les auteurs concluent de leur analyse que la plupart (soit dans plus de la moitié des études) des interventions étudiées sont efficaces pour augmenter les services préventifs en première ligne, mais que leur efficacité n'est pas constante et dépend du contexte d'implantation. De plus, compte tenu de l'effet relativement modeste de ces interventions, il importe de les adapter (*tailoring*) en fonction des obstacles particuliers à chaque milieu clinique. Enfin, ces auteurs émettent l'hypothèse qu'une intervention multistratégique (*multifaceted intervention*) serait plus efficace qu'une intervention simple :

Le sens commun de même que la théorie scientifique suggèrent qu'une intervention multistratégique (*multifaceted intervention*), parce qu'elle peut tenir compte d'une plus grande variété d'obstacles au changement, sera plus efficace qu'une intervention simple. [...] Des études plus précises sont nécessaires pour montrer quels éléments d'une intervention sont efficaces, pourquoi et à quel prix. (Hulscher et al., 2001, traduction libre).

Cette recension fut partiellement mise à jour en 2005. En ce qui a trait plus particulièrement à l'efficacité d'interventions sur mesure (*tailored*) pour surmonter des obstacles au changement de pratiques, la conclusion du groupe Cochrane est que cette efficacité demeure incertaine et que des études plus rigoureuses sont nécessaires (Shaw et al., 2005).

Grimshaw et al. (2004), avec la même méthode – celle du groupe Cochrane : Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) – que celle utilisée par Hulscher et al. (2001), ont fait une recension des études sur l'efficacité des stratégies de dissémination et d'implantation des guides de pratiques. Ils sont arrivés essentiellement aux mêmes conclusions que Hulscher et al. (2001), à savoir que la majorité des interventions avaient produit une amélioration des soins, de modeste à modérée. Cependant, à l'encontre de l'hypothèse de Hulscher et al. (2001), il n'y avait pas de relation entre le nombre de composantes d'une intervention et l'ampleur de ses effets; autrement dit, les interventions multistratégiques n'ont pas eu plus d'effet que les interventions ne comportant qu'une seule stratégie.

Dans l'ensemble, les résultats de ces deux recensions concordent avec ceux déjà obtenus lors de précédentes recensions systématiques (Bero *et al.*, 1998; Wensing, van der Weijden et Grol, 1998; Grol et Grimshaw, 1999; Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 1999).

Selon une toute récente recension faite par le MSSS (Provost *et al.*, 2007), les résultats des études sur l'efficacité des interventions visant à augmenter la prestation du *counseling* à l'égard des habitudes de vie (tabagisme, alimentation et activité physique) en première ligne sont les suivants (cf. tableau 3) : 14 études sur 17 avec un devis d'essai randomisé et 10 études sur 21 sans randomisation concluent à une augmentation significative du *counseling* attribuable à l'intervention, soit au total 24 études sur 38. La plupart des études retenues concernent le tabagisme.

Si l'on suit les mêmes critères que ceux utilisés par le MSSS (Provost *et al.*, 2007) pour ranger les stratégies selon leur efficacité, les stratégies les plus efficaces, soit celles pour lesquelles on observe une augmentation significative du *counseling* dans plus de la moitié des études, seraient les stratégies multifacettes et le système de bureau sur mesure/facilitation¹⁴; les stratégies d'efficacité variable, soit celles où l'on compte autant d'études qui démontrent une augmentation significative que d'études qui n'en démontrent pas, seraient la stratégie du délégué médical (*academic detailing, educational outreach*) et celle de l'audit et feedback; les stratégies peu efficaces, soit celles pour lesquelles la majorité des études ne rapportent pas d'augmentation significative du *counseling*, seraient la formation médicale continue et le système de rappel visant les médecins. Ces résultats sont présentés au tableau 3.

Selon les mêmes critères appliqués uniquement aux études avec essai randomisé, soit les études généralement les plus fiables, les stratégies les plus efficaces seraient celles du système de bureau sur mesure/facilitation, du délégué médical et du système de rappel visant le médecin, pour lesquelles toutes les études, respectivement sept études, une étude, témoignent d'une augmentation significative du *counseling*; la stratégie multifacettes et la formation médicale continue seraient aussi au nombre des stratégies les plus efficaces, avec plus de la moitié des études démontrant une augmentation significative du *counseling*. Quant à la stratégie de l'audit et feedback, n'étant pas représentée dans les études avec essai randomisé, elle ne pourrait être retenue ici.

¹⁴ On trouvera à la section 5.3.3 un complément d'information sur l'efficacité de la facilitation. Dans la recension faite par le MSSS (Provost *et al.*, 2007) dont les résultats sont présentés ici, la facilitation est traitée sur le même plan que les autres stratégies. En fait, il s'agit d'une «super-stratégie», en ceci qu'elle est une stratégie d'implantation d'autres stratégies. Cette différence d'avec les autres stratégies mérite un traitement particulier.

Tableau 3
Efficacité des stratégies visant l'augmentation du *counseling* sur les habitudes de vie selon les résultats des études retenues dans la recension faite par le MSSS

Stratégie	Activité physique		Tabagisme		Alimentation		Total
	Non randomisé	RCT*	Non randomisé	RCT	Non randomisé	RCT	
Multifacettes	<i>Nil</i> **	<i>Nil</i>	4/4***	3/4	<i>Nil</i>	0/1	7/9
Formation médicale continue	0/1	<i>Nil</i>	1/2	1/1	0/1	1/2	3/7
Délégué médical	<i>Nil</i>	<i>Nil</i>	1/1 (méta-analyse)	1/1	1/1 (méta-analyse)	<i>Nil</i>	3/3
Audit et feedback	<i>Nil</i>	<i>Nil</i>	2/2	<i>Nil</i>	<i>Nil</i>	<i>Nil</i>	2/2
Système de rappel visant le médecin	0/1	<i>Nil</i>	1/4	1/1	0/1	<i>Nil</i>	2/7
Système de bureau sur mesure /Facilitation	0/1	2/2	0/1	3/3	0/1	2/2	7/10
Total	0/3	2/2	9/14	9/10	1/4	3/5	24/38

*Pour les besoins du tableau, nous utilisons ici *RCT* (*randomized control trial*) pour essai randomisé.

** *Nil* signifie qu'il n'y a pas d'études avec ce devis visant l'habitude de vie.

***Le numérateur indique le nombre d'études où il y a une augmentation statistiquement significative du *counseling* et le dénominateur le nombre total des études (sans randomisation ou avec essai randomisé selon le cas).

Enfin, bien que certains auteurs (Bero *et al.*, 1998; Wensing, van der Weijden et Grol, 1998; Provost *et al.*, 2007), aient tenté de classifier les stratégies selon leur efficacité relative, cet exercice nous apparaît hasardeux et peu utile en pratique, vu que « l'extrême variété des mesures de résultats rend impossible de trouver une mesure standard qui puisse être comparée entre les études et qui permette un regroupement statistique » (Bero *et al.*, 1998 p. 467, traduction libre), sans compter que l'efficacité de ces stratégies dépend éminemment du contexte d'implantation.

5.2.2 Limites des études sur l'efficacité des stratégies pour améliorer les PCP

Il n'est pas inutile de rappeler ici, vu que les données précédentes sur l'efficacité des interventions proviennent principalement d'essais randomisés ou quasi-expérimentaux, que ce type de devis n'est pas idéal pour évaluer l'efficacité d'interventions en promotion de la santé, ce qui pourrait expliquer pourquoi l'efficacité des interventions pour augmenter la prestation de PCP n'a pas souvent été démontrée. En effet, ce type de devis impose des limites à la nature des interventions pouvant être évaluées et est plus

utile pour étudier les approches préventives à l'égard d'une population à risque élevé qu'à l'égard d'une population générale (Ebrahim et Smith, 2006).

Les exigences méthodologiques des essais amènent souvent les chercheurs à ajuster l'intervention au plan de recherche plutôt qu'à faire l'inverse. D'où une intervention limitée (weak), qui sera probablement inefficace. Il n'est donc pas étonnant qu'il n'y ait que peu d'interventions démontrées efficaces dans le cadre d'un essai randomisé. (Kemmer, 2006, p. 321, traduction libre.)

De plus, les essais randomisés s'avèrent souvent inappropriés pour l'étude des interventions où l'unité d'analyse et d'intervention est le groupe ou la collectivité plutôt que l'individu, ce qui est souvent le cas en santé publique et particulièrement en promotion de la santé (Kemmer, 2006; O'Neill, 2003). Enfin, ce type de devis fait abstraction du contexte de l'intervention.

Pour répondre à la question « Cette intervention est-elle efficace? », il est toujours nécessaire de considérer non seulement l'intervention, ses résultats et le lien entre les deux, mais aussi le contexte de l'intervention, car ce contexte affecte la manière dont l'intervention opère, de même que ses résultats. Or, par la sélection des sujets, l'essai randomisé vise à supprimer l'effet du contexte, en postulant que les groupes comparés sont similaires sur tous les plans exception faite de l'intervention et que les conclusions de l'essai s'appliqueront également à tous les sujets du groupe. Ce postulat sur les groupes comparables est rarement justifié quand l'unité d'intervention est la communauté plutôt que l'individu. (Kemmer, 2006, p. 322, traduction libre.)

5.3 Une « super-stratégie » : la facilitation

Une stratégie prometteuse pour l'intégration de pratiques cliniques préventives en première ligne est la facilitation (Groulx, 2005; Nagykalai, Mold et Aspy, 2005). Cette stratégie ne se situe pas au même niveau que les stratégies précédemment décrites, en ce sens qu'elle sert à leur implantation, les précède et les soutient. En fait, il s'agit d'une stratégie d'implantation d'autres stratégies. À défaut d'un meilleur terme, elle est qualifiée ici de « *super-stratégie* », pour la différencier des autres stratégies.

Soulignons qu'il existe un lien étroit entre dissémination et implantation, la dissémination impliquant nécessairement qu'il y ait implantation : « la dissémination consiste dans la promotion ou le soutien actif d'un programme pour en encourager l'adoption sur une grande échelle. Ceci implique d'adapter, d'évaluer, d'implanter et de maintenir l'intervention. » (Glasgow *et al.*, 2004b, p. 89, traduction libre).

5.3.1 Rôle du facilitateur

Dans son acception la plus courante, le terme de *facilitateur* désigne quelqu'un qui aide de manière compétente un groupe à atteindre ses objectifs sans prendre partie. Plus

précisément, les facilitateurs en milieu clinique (*practice facilitators*) sont des professionnels de la santé qui assistent les cliniciens en soins primaires dans des projets de recherche et d'amélioration de la qualité (Nagykaldi, Mold et Aspy, 2005). Outre la collecte de données et la rétroaction, leur tâche porte aussi sur les méthodes d'amélioration des pratiques qui facilitent les changements systémiques.

Historiquement, le concept de facilitateur en milieu clinique remonte au *Oxford Prevention of Heart Attack and Stroke Project* en Angleterre, au début des années 80 (Fullard, 1987, in Nagykaldi, Mold et Aspy, 2005; Elliott, 1984, *ibid.*).

Selon Fullard *et al.*,

le facilitateur est un professionnel de la santé qui aide l'équipe de soins primaires à évaluer sa pratique courante, qui planifie et implante des interventions, et qui évalue l'efficacité des interventions de l'organisation (*office system*) à améliorer la prévention (Fullard et al., 1984, in Nagykaldi, Mold et Aspy, 2005, p. 582, traduction libre).

Cook (1994, in Nagykaldi, Mold et Aspy, 2005) résume ainsi les caractéristiques du facilitateur :

un agent de changement, un coordonnateur, un pollinisateur de bonnes idées, un fournisseur de ressources, un agent d'information, un entraîneur, un chercheur, un conseiller et un mentor (Cook, 1994, in Nagykaldi, Mold et Aspy, 2005, p. 582, traduction libre).

Le concept de facilitateur s'est par la suite répandu dans d'autres pays, notamment en Australie, au Canada, aux Pays-Bas et aux États-Unis.

Ajoutons que le rôle de facilitateur n'est pas nécessairement joué par une infirmière. En fait, il arrive que des personnes jouant un rôle semblable à celui de l'infirmière facilitatrice, tel que décrit dans le programme *Put Prevention Into Practice* (Agency for Healthcare Research and Quality, 2002), ne soient pas des infirmiers ou infirmières et ne soient pas désignées par le terme de *facilitateurs* ou de *facilitatrices*; ou encore que ce rôle de facilitateur soit tenu par une équipe-conseil et non par un seul individu, comme dans le programme *Au cœur de la vie* (Chevalier, Renaud et Hubert, 2005).

Le facilitateur assiste les cliniciens dans une variété d'activités, incluant l'amélioration de la documentation et de la prestation des interventions cliniques, plus particulièrement les services préventifs; l'amélioration de l'organisation du cabinet médical (*office systems*); et l'implantation de la technologie informatique de la santé (*health information technology*) (Nagykaldi, Mold et Aspy, 2005; Nagykaldi *et al.*, 2006).

En général, le rôle de facilitateur s'inscrit dans une approche *consultant*.

Le consultant est un professionnel qui gère un processus de changement; il se différencie de l'expert-conseil, qui donne un avis professionnel sur un contenu en particulier. Le consultant gère un processus, c'est-à-dire une série d'opérations ou d'actions en vue d'améliorer une situation particulière, ici la pratique des intervenants. Le consultant tente alors de distinguer et de définir clairement les différentes étapes, et de montrer les liens dynamiques entre elles. (Lescarbeau, Payette et St-Arnaud, 2003, in Chevalier, Renaud et Hubert, 2005, p. 6-7.)

La facilitation a été utilisée plus fréquemment pour promouvoir la prévention en première ligne, qu'il s'agisse de soins préventifs classiques (prévention primaire ou secondaire), ou de services associés à la gestion des maladies chroniques (prévention tertiaire) (Nagykaldi, Mold et Aspy, 2005). Le facilitateur peut aussi agir comme ressource pour les milieux cliniques qui souhaitent développer des interventions comportementales fondées sur les données probantes, comme des programmes de cessation du tabagisme (Nagykaldi, Mold et Aspy, 2005).

Le facilitateur peut aider le personnel du milieu clinique (*office staff*) à développer des systèmes de rappel pour la relance ou le suivi des patients (Baskerville, Hogg et Lemelin, 2001, in Nagykaldi, Mold et Aspy, 2005). Dans le but d'augmenter le taux de services préventifs et d'améliorer les soins aux patients souffrant de maladies chroniques, il peut aider à implanter des lignes directrices (*guidelines*), en les rendant disponibles et en enseignant au personnel la manière de les implanter (Bashir *et al.*, 2000, in Nagykaldi, Mold et Aspy, 2005). Par exemple, il peut donner une formation sur les services préventifs fondés sur des données probantes et sur les modèles de prestation de services (Cockburn *et al.*, 1992, in Nagykaldi, Mold et Aspy, 2005).

Le facilitateur peut aussi participer à de la recherche clinique en tant qu'assistant. En général, il agit comme personne-ressource pour le milieu clinique dans la phase pratique d'implantation des projets de recherche. Dans ce rôle, le facilitateur a permis de combler le fossé entre les chercheurs théoriciens et les cliniciens (Nagykaldi, Mold et Aspy, 2005). Le facilitateur s'est avéré particulièrement utile dans les études faites par plusieurs centres (*multi-center studies*), dans lesquelles les connaissances personnelles et le contact régulier avec un grand nombre de professionnels et milieux cliniques est nécessaire et le contrôle de la qualité souvent difficile (McCowan *et al.*, 1997, in Nagykaldi, Mold et Aspy, 2005; Goodwin *et al.*, 2001, *ibid.*).

Un autre rôle du facilitateur est de stimuler l'engagement du personnel dans des projets de recherche et d'amélioration de la qualité (Hogg *et al.*, 2002, in Nagykaldi, Mold et Aspy, 2005; Geobers *et al.*, 1999, *ibid.*). Plus particulièrement, un aspect important du rôle du facilitateur est la formation et l'*empowerment* des infirmières (Fullard, Fowler et

Gray, 1987, *in* Nagykaladi, Mold et Aspy, 2005). En effet, le facilitateur aide les milieux cliniques à développer le rôle de l'infirmière dans ce milieu et soutient une meilleure utilisation du personnel en augmentant la responsabilité de l'infirmière dans les soins du patient. Par exemple, en Angleterre, le facilitateur a joué un rôle important en aidant les infirmières à acquérir et à améliorer leur compétences cliniques et administratives (Modell *et al.*, 1998, *in* Nagykaladi, Mold et Aspy, 2005; Sharpe et Atkinson, 1999, *ibid.*; McBride et Moorwood, 1994, *ibid.*).

Comme de plus en plus de prestataires de soins utilisent des dossiers de santé électroniques (*elctronic health records* ou *EHRs*) et d'autres systèmes de bureau électroniques, un facilitateur compétent en informatique peut offrir un support technique à bon compte, tant au moment de l'implantation d'un tel système que pour l'entretien de systèmes électroniques déjà existants (Nagykaladi et Mold, 2003, *in* Nagykaladi, Mold et Aspy, 2005; Baskerville, Hogg et Lemelin, 2001, *ibid.*; Andrews *et al.*, 2004, *ibid.*; Mold, 2004, *ibid.*).

5.3.2 Efficacité de la facilitation

Selon les résultats de quelques études avec essai randomisé, des expériences utilisant la facilitation ont permis d'augmenter la prestation de pratiques cliniques préventives (Baskerville, Hogg et Lemelin, 2001; Dietrich *et al.*, 1992; Frijling *et al.*, 2002; Goodwin *et al.*, 2001; Provost *et al.*, 2007). Tel est le cas, entre autres, du projet *STEP-UP* (Goodwin *et al.*, 2001). Toutefois, comme la facilitation est toujours associée à au moins une autre stratégie, et très souvent à une combinaison d'approches et de stratégies, il est difficile d'isoler son effet de celui de la combinaison particulière de stratégies adoptée par le milieu clinique.

5.3.3 Exemples d'utilisation de la facilitation dans des projets visant à améliorer les pratiques cliniques préventives en première ligne

En Amérique du Nord, parmi les projets visant l'amélioration des pratiques cliniques préventives en première ligne et qui ont eu recours à la facilitation, les plus connus sont *Put Prevention Into Practice (PPIP)* et *STEP-UP*

- ***La facilitation dans le programme Put Prevention Into Practice***

Dans le programme *Put Prevention Into Practice (PPIP)*, de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), implanté au Texas par le Texas Department of Health (TDH), les infirmières de santé publique servent de consultantes et offrent une assistance technique dans les divers lieux d'implantation. Plus précisément leur rôle consiste :

- à évaluer si le personnel est prêt (*readiness*) à implanter un système de prestation de services cliniques préventifs;
- à s’assurer que les outils du système sont utilisés efficacement;
- à faire le monitoring de la documentation du programme *PPIP* (*chart documentation*);
- à aider les organismes à établir des liens avec les ressources locales pour les références (AHRQ, 2002, p. iv).

• ***La facilitation dans le projet de recherche STEP-UP***

Dans l’étude *STEP-UP* (*Study to Enhance Prevention by Understanding Practice*), recherche avec essai clinique visant à implanter et à évaluer dans des cabinets médicaux une intervention facilitatrice spécifique pour améliorer la prestation de services préventifs (*counseling* sur les habitudes de vie, dépistage et immunisation) fondés sur les données probantes, l’infirmière-conseil jouait un rôle de premier plan (Goodwin *et al.*, 2001) :

1. L’infirmière-conseil réalisait une évaluation du milieu, le but étant d’identifier les occasions d’adapter les stratégies d’intervention aux caractéristiques uniques de chaque cabinet.
2. Après un retour d’information et l’identification avec le milieu des stratégies les mieux adaptées au contexte organisationnel, on remettait à chaque cabinet médical un manuel sur l’amélioration de la prévention, qui incluait les informations suivantes : les données scientifiques justifiant la prestation des services préventifs, les recommandations des experts, les outils pour évaluer les approches habituelles de prestation des services préventifs et pour identifier les stratégies d’amélioration, et les outils pour aider le cabinet médical à surveiller (*monitoring*) ses progrès. À noter que, même si l’infirmière-conseil présentait à chaque cabinet médical les mêmes outils et approches pour augmenter la prestation de services préventifs, l’approche qu’elle adoptait différait pour chaque cabinet en fonction de l’information obtenue lors de l’évaluation du milieu. La connaissance de certaines caractéristiques, telles que les structures existantes du cabinet médical, sa taille et le personnel disponible, les procédures habituelles, les approches habituelles dans la prestation de services préventifs et les valeurs, était essentielle pour déterminer l’approche d’intervention. En tenant compte de ces facteurs, l’infirmière-conseil était en mesure d’aider les milieux cliniques à planifier un changement adapté à leurs capacités et à leurs ressources.

3. Visites de suivi et feedback sur le processus de changement (quatre en moyenne durant les 12 mois suivant la rencontre avec le personnel) auprès de chaque cabinet médical, pendant lesquelles l'infirmière-conseil aidait le cabinet médical à individualiser et à implanter les outils et les approches choisies, ainsi qu'à évaluer l'efficacité de ces dernières. L'infirmière-conseil apportait du feedback tous les six mois sur les taux de prestation des services préventifs et discutait avec les membres clés afin d'évaluer l'efficacité et l'acceptabilité de l'intervention, et de faire les changements nécessaires à la stratégie de changement de pratique. (Goodwin *et al.*, 2001).

- ***La facilitation dans le projet I Care For Primary Care (ICFPC)***

Le projet *I Care For Primary Care (ICFPC)* (Service de santé SCO, 2005), en Ontario, avait pour but d'offrir un programme de facilitation (*outreach facilitation program*) aux réseaux de soins primaires et aux réseaux de soins familiaux. L'objectif de l'intervention était d'améliorer la prestation des soins préventifs en améliorant la pratique médicale au moyen de visites périodiques d'une infirmière-conseil. Le rôle de cette dernière était défini comme suit :

- fournir des conseils techniques sur l'intégration des soins préventifs et sur la médecine fondée sur les données probantes;
- travailler avec le cabinet médical pour évaluer son rendement en matière de soins préventifs;
- fixer des objectifs de rendement en ce domaine;
- fournir de outils et un soutien continu qui permettent d'atteindre ces objectifs.

- ***La facilitation dans le programme Au cœur de la vie***

Le programme *Au cœur de la vie* offre un exemple de l'approche *consultant* où les rôles de consultant et de facilitateur sont distincts et joués par des individus différents.

Ainsi, dans ce programme, une équipe régionale de santé publique agissait à titre de consultant auprès du responsable local au cours de toutes les étapes de planification et d'implantation du projet.

Cette équipe-conseil cumulait :

- les rôles de formateur, de conseiller, d'animateur, d'analyste, de médiateur, d'aidant, de *coach* et d'agent de rétroaction (Chevalier, Renaud et Hubert, 2005, p. 7).

Concrètement, l'équipe régionale a :

- présenté le projet aux instances décisionnelles du milieu clinique;
- soutenu l'animation ou animé les réunions du comité de travail interdisciplinaire local nouvellement formé;
- contribué à l'analyse du milieu en proposant des outils ou un cadre permettant de dresser un portrait du milieu clinique comprenant : les contraintes du milieu clinique, les besoins des intervenants, les enjeux organisationnels, le profil de la clientèle et l'inventaire des ressources de la communauté;
- apporté son expertise de santé publique pour guider le choix de la thématique d'intervention;
- proposé des stratégies pour sensibiliser les intervenants à l'importance de cette thématique d'intervention et à l'intégration de pratiques cliniques préventives en général;
- participé à la conception, à l'implantation et au suivi des actions du plan d'action d'*Au cœur de la vie*. (Chevalier, Renaud et Hubert, 2005, p. 16.)

Cette équipe était composée d'au moins deux personnes : un médecin et un agent de planification et de programmation sociosanitaire ou une infirmière.

Quant au responsable local, il agissait à titre de catalyseur et d'agent de changement, il animait et soutenait les actions dans son milieu (Chevalier, Renaud et Hubert, 2005, p. 7).

(Il) jouait un rôle de facilitateur dans son milieu clinique. Ce responsable comprend la culture organisationnelle, connaît les besoins de la clientèle, décrit l'organisation des soins, identifie les obstacles à l'intégration de pratiques cliniques préventives et, avec l'aide du responsable régional, trouve différentes façons de les contourner. Il indiquera le degré de changement acceptable pour leur organisation. Ce responsable est le pilier de l'amorce et de l'implantation du programme, il est l'élément catalyseur et mobilisateur de leur milieu. Il permettra d'amorcer, à petits pas, la consolidation de prévention et de la promotion dans leur milieu clinique. (Chevalier, Renaud et Hubert, 2005, p. 22.)

En fait, le rôle du responsable local est complémentaire à celui de l'équipe-conseil.

- **La facilitation dans le programme PACE**

Dans le programme *PACE* (Long *et al.*, 1996), visant à améliorer l'acceptabilité du *counseling* en activité physique dans les services de soins primaires, le coordonnateur du programme jouait un rôle de soutien qui se rapprochait en partie de celui d'une infirmière-conseil. Le coordonnateur devait organiser le matériel du programme *PACE* et familiariser le personnel de l'endroit avec diverses procédures, telles que la manière d'inclure une note au dossier médical en rapport avec le formulaire d'évaluation *PACE*; en outre, le coordonnateur contactait régulièrement les prestataires de soins et le personnel pour évaluer les difficultés et apporter du soutien.

5.4 La facilitation et l'approche organisationnelle (ou systémique) : une combinaison gagnante pour modifier les pratiques médicales ?

Parmi les diverses approches utilisées pour modifier les pratiques médicales (cf., tableau 2), l'approche organisationnelle constitue une approche recommandée pour intervenir auprès des médecins de première ligne, qui sont souvent regroupés dans un même lieu – une *organisation* – dont la structure peut influencer leurs pratiques.

L'une des conclusions du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs à la suite d'une recension des écrits était la suivante :

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

Selon la recension faite par le MSSS (Provost *et al.*, 2007), l'inclusion de changement organisationnel dans l'intervention constitue une condition de son efficacité.

Un élément important du contexte de pratique est l'organisation. En effet, le degré d'intégration des activités de prévention relève non seulement des caractéristiques individuelles du médecin, mais aussi de la culture de l'organisation (importance attribuée à la prévention, cohésion du groupe de médecins) et de l'efficacité de l'organisation du travail (engagement du personnel, systèmes de relance) (Crabtree *et al.*, 1998, in Beaulieu *et al.*, 1999). L'approche organisationnelle met l'accent sur la création des conditions nécessaires au changement, en agissant sur les facteurs organisationnels (systémiques, structuraux, culturels, etc.). Cette approche, entre autres, a été utilisée avec succès dans plusieurs projets visant à modifier la pratique médicale afin d'y intégrer des services préventifs, tels que *STEP-UP* (Goodwin *et al.*, 2001), *Put*

Prevention Into Practice (AHRQ, 2002) et, au Québec, *Au cœur de la vie* (Chevalier, Renaud et Hubert, 2005).

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

Dans leur recension des études sur l'efficacité des stratégies de dissémination et d'implantation des guides de pratiques, Grimshaw *et al.* (2004) ont retenu, en vertu des critères proposés par le groupe Cochrane¹⁵, deux études où était évaluée l'efficacité d'une intervention organisationnelle par rapport à l'absence d'intervention (la première de ces études était un essai randomisé et la seconde une étude avant-après). Dans l'une de ces études, l'intervention organisationnelle s'est avérée partiellement efficace (Herfindal, Bernstein et Kishi, 1983, *in* Grimshaw *et al.*, 2004) et, dans l'autre, elle n'a pas eu d'effet statistiquement significatif (Rutten *et al.*, 1990, *ibid.*).

Soulignons que l'approche organisationnelle requiert du leadership, de la motivation et du travail d'équipe au sein du milieu clinique. Or, des chercheurs ont observé que les médecins du Québec étaient peu intéressés par les approches organisationnelles, bien qu'elles soient réputées efficaces (Beaulieu *et al.*, 1999; Hudon *et al.*, 2004). Selon ces chercheurs, il est probable que la plupart des médecins opteraient plutôt pour des solutions plus pratiques, qui s'insèrent facilement dans les milieux cliniques existants.

Bref, si la combinaison de la facilitation et de l'approche organisationnelle ne garantit pas le succès, elle est du moins très prometteuse.

¹⁵ Entre autres critères, les études retenues devaient avoir été faites selon l'un ou l'autre des devis suivants : essai randomisé, essai clinique, étude avant-après, étude transversale sériée (*interrupted time series*).

5.5 Leçons tirées de divers programmes ou projets utilisant l'approche organisationnelle et la facilitation

Il est possible de tirer plusieurs leçons de l'implantation des programmes *STEP-UP* et *PPIP*, ainsi que des projets de recherche *Prescription for Health*. Ces programmes et projets, qui ont fait l'objet d'une évaluation, ont utilisé l'approche organisationnelle et la facilitation dans le but de modifier les pratiques cliniques préventives dans les milieux de première ligne.

- ***Le programme STEP-UP (Study to Enhance Prevention by Understanding Practice)***

Dans l'étude *STEP-UP*, la stratégie de changement de pratique visant à augmenter la prestation de services préventifs était adaptée, avec l'aide d'infirmières-conseils, aux besoins et aux caractéristiques des cabinets médicaux soumis à l'intervention (Goodwin *et al.*, 2001).

Le projet a eu des effets très différents sur la prestation des services préventifs selon les milieux cliniques – dans certains milieux, des changements significatifs se sont produits dans plusieurs catégories¹⁶ de services préventifs ou dans seulement une catégorie et, dans d'autres milieux, aucun changement n'a été observé ou très peu. En fonction de ces résultats, les chercheurs recommandent que la recherche s'attache à mieux identifier les caractéristiques propres aux milieux cliniques qui favorisent ou limitent l'effet des interventions visant l'amélioration des pratiques cliniques préventives (Goodwin *et al.*, 2001). Les milieux cliniques différaient aussi quant au temps requis pour développer une intervention et l'implanter. Toutefois, la souplesse inhérente au projet *STEP-UP* a permis aux milieux cliniques de procéder à leur plan de changement à leur propre rythme (Goodwin *et al.*, 2001).

Selon les chercheurs qui ont évalué le projet (Goodwin *et al.*, 2001), l'utilisation des dossiers médicaux pour déterminer quelle était la prestation de services préventifs constitue une faiblesse de l'étude :

En effet, il est difficile de savoir quelle proportion des améliorations dans la prestation des services préventifs résulte d'une augmentation de la prestation ou d'une documentation accrue. Néanmoins, améliorer la documentation sur la prestation courante des services préventifs demeure un objectif valable pour plusieurs raisons, l'une d'elle étant que l'augmentation de la documentation peut réduire la prestation inutile de certains services préventifs au profit d'autres services. Bien qu'il ait été démontré que le dossier médical ne rapporte pas certains

¹⁶ Il y avait trois catégories de services préventifs : dépistage, *counseling* sur les habitudes de vie, immunisation.

services préventifs, il s'est avéré le moyen le plus pratique pour mesurer le large éventail de services dans cette étude. (Goodwin et al., 2001, p. 26, traduction libre.)

Par ailleurs, dans une étude sur *STEP-UP* (Stange et al., 2003), il a été démontré que l'adaptation de la stratégie d'intervention au contexte organisationnel et aux besoins du milieu clinique favorise la pérennité des changements proposés par l'intervention. Ainsi, une stratégie efficace pour augmenter les services préventifs reposerait sur l'évaluation préalable des stratégies déjà présentes dans le milieu clinique permettant de mieux adapter à ce milieu de nouvelles stratégies démontrées efficaces ailleurs. De plus, le feedback – telle la comparaison des taux de prestation de services préventifs avec ceux d'autres milieux cliniques semblables – aiderait à maintenir la motivation et le cap sur l'amélioration.

Afin de mieux comprendre le processus par lequel on peut faciliter le changement de pratique, des chercheurs ont comparé les huit milieux cliniques où la prestation de services préventifs avait le plus augmenté à la suite de l'étude *STEP-UP* avec sept milieux cliniques où elle avait le moins augmenté, et en ont tiré quelques leçons pour le facilitateur (Ruhe et al., 2005) :

- ***Un état de souplesse et d'ouverture facilite le changement***

Être souple et ouvert, c'est se situer entre un haut degré de structure et un manque total de structure, c'est-à-dire dans un état d'instabilité relative, qui permet de se questionner sur ses pratiques et d'être réceptif. Dans un tel état, l'ouverture et la réactivité à un environnement imprévisible permettraient de résoudre les problèmes de façon créative et d'adapter son comportement. Amener un milieu clinique à cet état peut produire une remise en question du statu quo.

Les milieux cliniques qui sont innovateurs, qui sont constamment à l'affût de nouvelles informations, se maintiennent au bord du *chaos*. Pour ces milieux cliniques, le changement est la norme et le rôle du facilitateur est simplement d'adapter la prestation de services préventifs à l'intérieur des systèmes déjà existants pour faciliter le changement.

Dans les milieux cliniques plus stables, un rôle important du facilitateur est de les amener au bord du *chaos*, ce qui, dans l'étude *STEP-UP*, se faisait généralement par le feedback de la comparaison avec les pairs, par de nouvelles informations sur les outils et approches au changement, et par un processus de réflexion sur soi (*self-reflexive process*).

Les chercheurs notent que certains milieux cliniques ont tendance à rechercher la stabilité et à éviter le changement, mais sont poussés au bord du *chaos* par des forces extérieures, tels les changements rapides du système de santé.

▪ ***Être ouvert à l'éventualité d'obtenir des résultats inattendus***

Après que l'équipe de recherche et d'intervention eut travaillé durant un an auprès des milieux cliniques soumis à l'intervention et avant de lui faire connaître les résultats de l'étude, on lui a demandé de faire des prédictions quant au degré de changement opéré dans chacun de ces milieux. L'équipe a prédit un changement positif dans seulement cinq des huit milieux cliniques qui avaient le plus changé et un changement limité dans six des sept milieux cliniques qui avaient le moins changé. Pour un milieu clinique où la prestation des services préventifs avait beaucoup augmenté, l'équipe n'a prédit aucun changement.

▪ ***L'importance d'être disponible pour les occasions qui se présentent et les moments propices***

Il peut se présenter des circonstances propices à la promotion de changements dans le milieu clinique. Le facilitateur doit profiter de ces circonstances pour encourager et favoriser des changements. Il est donc nécessaire que le facilitateur ait développé des relations de confiance avec les membres (personnel administratif et professionnels) du milieu clinique pour augmenter ses chances de capitaliser sur de telles opportunités.

▪ ***Des agents de changement motivés sont des acteurs clés***

Il importe que la motivation des membres du milieu clinique soit alignée sur la cible spécifique du changement.

Souvent la motivation face à certaines questions, telle la prestation de services préventifs, existe déjà. Une évaluation de l'environnement sanitaire local et des besoins des patients, la formation et les intérêts personnels des membres du milieu clinique peuvent fournir des indices sur les motivations sous-jacentes.

La motivation face à un objectif particulier peut être accrue en reliant le résultat souhaité aux valeurs, aux besoins et aux procédés du milieu clinique; de même qu'en utilisant le feedback pour mettre à l'épreuve les perceptions que le milieu clinique a de lui-même.

Être motivé à traiter d'une question telle que la prévention et être motivé à changer une approche dans la prestation de services préventifs ne sont pas la même chose. Des individus motivés doivent avoir des raisons de croire que le changement est nécessaire et qu'il est faisable.

Bien que n'importe lequel membre du milieu clinique, respecté par ses collègues, énergique, enthousiaste et fortement engagé, puisse être un agent de changement, l'agent le plus efficace est souvent un décideur majeur ou ayant régulièrement accès aux décideurs majeurs.

- ***Une fois présente la motivation, traiter des besoins techniques***

Lorsque le niveau de motivation est suffisant pour amorcer un changement, certains milieux cliniques ont besoin seulement qu'on les aide à développer des outils nouveaux ou améliorés pour être en mesure de traiter et d'enregistrer la prestation de services préventifs. Ceci est particulièrement vrai lorsqu'il y a des lacunes sur le plan technique, telles que le manque de systèmes de support (ex. : feuille de suivi), ou que de vieilles habitudes ont mené à une sous-utilisation des ressources humaines.

- ***La stratégie de facilitation doit être adaptée***

L'analyse du milieu initiale permet de savoir où et comment sont délivrés les services préventifs dans le milieu clinique et, souvent aussi, d'identifier comment il faudrait intervenir pour améliorer les services. Néanmoins, ce n'est qu'avec le temps qu'on peut comprendre vraiment de quelle manière les divers éléments du milieu clinique et leur interaction sont reliés à la prestation de services préventifs.

(Traduit et adapté de Ruhe *et al.*, 2005, p. 730-731.)

- ***Le programme Put Prevention Into Practice (PPIP)***

En 1994, dans la foulée des recommandations du USPSTF, le US Public Health Service lançait la campagne *Put Prevention Into Practice (PPIP)*, afin d'améliorer la prestation de services préventifs fondés sur des données probantes dans les milieux cliniques de première ligne (Melnikow, Kohatsu et Chan, 2000; Thompson et Kamerow, 1996).

Le programme *Put Prevention Into Practice (PPIP)* est né dans ce contexte. Il consiste en une trousse d'instruments destinés aux cliniciens, aux patients, ainsi qu'à l'organisation et à son personnel (manuel d'information pour le clinicien, carnet de prescription, feuilles de suivi, manuel éducatif pour le patient, affiches dans la salle

d'attente qui encourage les questions sur la prévention, carte de rappel, etc.) pour aider les milieux cliniques de première ligne à surmonter les obstacles à l'intégration des services préventifs dans leur pratique courante (Goodson, Gottlieb et Smith, 1999; Thompson et Kamerow, 1996; Yeazel *et al.*, 2002).

Pour implanter ce programme, il est préconisé d'utiliser une approche organisationnelle, adaptée aux caractéristiques du milieu clinique. Une telle approche est nécessaire pour que l'implantation du programme soit réussie, c'est-à-dire pour que la prestation des services préventifs soit améliorée et ce de façon durable :

Pour obtenir une amélioration significative et durable dans la prestation des services préventifs, les interventions doivent comporter des changements organisationnels substantiels, de la formation et du soutien continu, ce qui requiert d'y consacrer des ressources (Melnikow, Kohatsu et Chan, 2000, p. 1625, traduction libre).

Et cela n'est pas suffisant. Encore faut-il comprendre les cliniciens et leur milieu de pratique :

Des systèmes tels que PIPP ne constituent qu'une partie de l'équation lorsqu'on entreprend de changer de façon durable la pratique des médecins. Il est impératif de comprendre les cliniciens et les systèmes dans lesquels ils fonctionnent lorsqu'on essaie d'implanter un programme comme PIPP. (Yeazel *et al.*, 2002, p. 21, traduction libre.)

L'utilisation d'un facilitateur extérieur au milieu clinique prend donc ici tout son sens et apparaît des plus pertinents pour analyser le milieu clinique quant à la prestation des services préventifs, pour faciliter le processus de groupe nécessaire à l'implantation du programme, pour aider à identifier les obstacles et les moyens de les surmonter, et pour définir les stratégies d'implantation les plus adaptées au milieu (Agency For Healthcare Research And Quality, 2002).

Afin de mieux cerner les facteurs d'une implantation réussie du programme *PPIP*, des chercheurs ont identifié les caractéristiques des milieux cliniques où l'implantation de ce programme avait le mieux réussi (Goodson, Gottlieb et Smith, 1999). Une implantation réussie était mesurée par les éléments objectifs suivants : utilisation de la plupart du matériel de *PPIP*, nombreuses adaptations du matériel aux besoins et habitudes spécifiques du milieu, population adulte ciblée dans sa totalité et adhésion du personnel aux tâches du programme. Les milieux cliniques qui avaient le mieux réussi à implanter le programme présentaient les caractéristiques suivantes :

- bassin de population moyen (de 1 300 à 4 450 patients par année);

- attitude positive du personnel face au programme (philosophie de prévention, se manifestant par un souci d’offrir des services préventifs, par la présence de certains programmes de prévention, etc.);
- accès à un soutien technique pour régler les problèmes liés au processus d’implantation du programme;
- accès à des tests de dépistage préventif et à des services d’éducation à la santé pour les populations plus démunies;
- avoir planifié l’implantation et fourni à tout le personnel relié au programme une formation adéquate tout au long du processus d’implantation (cette formation pouvait se faire sous diverses formes, telles que notes de services, conférences, réunions).

Rappelons que l’AHRQ (2002) a publié un guide d’implantation étape par étape du programme *PPIP*.

- ***Le programme Prescription for Health***

Le programme *Prescription for Health* a pour objectif d’identifier, tester et évaluer divers instruments et techniques fondés sur des données probantes pour améliorer les pratiques cliniques préventives en première ligne à l’égard des comportements de santé (Cohen *et al.*, 2005). L’accent est mis sur quatre habitudes de vie associées à une mortalité prématurée : tabagisme, alcoolisme, mauvaise alimentation et sédentarité. Ce programme a donné lieu à 17 projets de recherche dans des milieux cliniques de première ligne. La première étape du programme, commencée en juillet 2003 pour se terminer en juillet 2004, avait pour objectif de vérifier s’il était faisable d’incorporer dans des organisations déjà existantes diverses stratégies novatrices pour modifier les comportements de santé. La seconde étape, devant se terminer en juin 2007, comporte trois objectifs :

- développer des stratégies pratiques et efficaces dans les milieux cliniques de première ligne pour modifier les comportements nocifs pour la santé;
- comprendre et mesurer à quel point des stratégies de *counseling* sont efficaces pour améliorer les comportements de santé des patients et pour améliorer les pratiques;
- évaluer les stratégies quant aux aspects suivants : capacité de rejoindre (*reach*), efficacité, adoption, implantation et maintien.

À noter que plusieurs projets du programme *Prescription for Health* comportaient des interventions multistratégiques et utilisaient l'approche organisationnelle et la facilitation (Cifuentes *et al.*, 2005; Cohen *et al.*, 2005; Woolf *et al.*, 2005).

L'évaluation de processus récemment réalisée dans le cadre des 17 projets du programme *Prescription for Health* (Cohen *et al.*, 2005) met en lumière les facteurs favorables à leur implantation, dont voici les principaux¹⁷ :

- Le personnel d'appoint au projet, qu'il provienne du milieu clinique ou de l'extérieur (*practice extenders*, tels que *lay coaches* et *nonclinical peers*), requiert un entraînement extensif, de même qu'une gestion de cas et du soutien, pour pouvoir fonctionner pleinement et éviter l'épuisement.
- L'intégration d'outils de modification du comportement dans les milieux cliniques de première ligne requiert du temps, des efforts et souvent une expertise spécialisée (par exemple, en programmation informatique).
- Étant donné que même une intervention simple peut nécessiter des changements substantiels dans l'organisation du milieu clinique, y compris la modification des tâches courantes et du système de soins (par exemple, orienter les patients vers un nouveau programme, utiliser un nouvel outil ou protocole), il est crucial d'utiliser un modèle formel de changement pour guider les efforts d'implantation.
- La philosophie de recherche et les approches en gestion de projet varient entre les différents milieux, ce qui n'est pas sans conséquences pour le maintien potentiel de l'intervention. Par exemple, plusieurs des milieux cliniques ayant participé au programme *Prescription for Health* avaient déjà une grande expérience de participation à des projets de recherche, ce qui leur a fait développer une *mentalité de projet*, qui les amène à considérer les interventions comme des projets de recherche qui se termine à un moment précis plutôt que comme des améliorations qui peuvent devenir permanentes dans leur milieu clinique.
- Toute ressource additionnelle pour modifier les comportements de santé des patients qui était fournie au milieu clinique à l'occasion du projet de recherche est accueillie avec enthousiasme tant par les praticiens que par les patients : les praticiens adressent les patients à cette ressource, parfois même trop souvent pour les capacités de l'équipe de recherche. Lorsqu'on leur donne le choix, les

¹⁷ Notons que le programme *Prescription for Health* étant un projet de recherche ne comporte pas le même contexte d'implantation ni une perspective de pérennité comme dans le cas d'autres projets, tel *STEP-UP*.

patients préfèrent les méthodes d'assistance comportant un contact personnel, telle une interaction avec un conseiller ou un coach, plutôt qu'une approche d'autogestion. (Cohen *et al.*, 2005, p. S12, traduction libre.)

5.6 Comment favoriser et soutenir l'intégration du *counseling* en première ligne

En ce qui a trait plus précisément à l'intégration du *counseling* en première ligne, il ressort des expériences décrites ci-dessus et des leçons qu'on a pu en tirer, que l'approche à utiliser devrait comporter des outils et méthodes choisis en fonction, d'une part, des obstacles existant dans l'organisation et, d'autre part, des préoccupations des prestataires de soins, ce dans l'espoir que ces outils et méthodes stimuleront un changement organisationnel et culturel comme dans les projets cités plus haut.

À cet effet, les recommandations des experts et certains modèles peuvent servir de guides à l'implantation. De plus, afin de potentialiser le *counseling* bref offert par le médecin, il peut être avantageux d'offrir un service d'accompagnement et de suivi des patients.

5.6.1 Recommandations des experts

Dans un rapport paru en 2001, le Center for the Advancement of Health (CFAH) fait les remarques suivantes à propos de l'intégration du *counseling* :

Cependant, le plus important est peut-être que le *counseling* soit présenté de telle manière qu'il soit jugé important et soit valorisé par les acteurs concernés. En fait, cette idée que le *counseling* en tant que partie des soins médicaux est un service spécifique – une interaction qui peut être efficace si faite correctement, et cela pas nécessairement par un médecin – est nouvelle pour la plupart des cliniciens et des décideurs. En général, les praticiens ou bien ignorent ou bien sous-estiment les études sur le *counseling*, et ils considèrent que les résultats de ces études ne sont pas traduits en outils qu'ils pourraient facilement intégrer en tant que stratégies efficaces de *counseling* dans leur pratique. Par ailleurs, les patients ne sont pas encore convaincus qu'il vaut la peine de faire des efforts pour améliorer leurs habitudes de vie, et sont souvent incapables de comprendre leurs risques relatifs, que ce soit dû à un manque de temps, d'intérêt ou de ressources.

(Center for the Advancement of Health, 2001, p. 47-50, in Muecke, 2004, p. 9-10, traduction libre.)

Le tableau 4 présente les principales recommandations issues du rapport du CFAH quant à l'intégration en première ligne du *counseling* sur les comportements de santé.

Tableau 4
Recommandations pour améliorer l'intégration en première ligne du *counseling* sur les comportements de santé

Recommandations	
Cliniciens	• En utilisant les données probantes disponibles et en consultant les cliniciens, développer et disséminer des outils qui leur sont adaptés et qui répondent à leurs besoins et à leurs questions. • Soutenir un <i>training</i> qui aide les cliniciens à implanter et à intégrer le <i>counseling</i> dans les soins médicaux courants. • Rassembler les données probantes traitant spécifiquement des préoccupations des cliniciens à l'égard du <i>counseling</i> auprès de leurs patients.
Patients	• Identifier les moyens les plus efficaces pour faciliter et encourager chez les patients la demande de <i>counseling</i> comme un service de santé courant. • Fournir les ressources pour aider à identifier les avantages à court et à long terme du <i>counseling</i> et faire part aux patients de ces avantages. • Établir des partenariats avec des organisations et des individus pour aider les patients à comprendre comment obtenir le maximum des services et du système de santé actuel, comment évaluer et exiger des soins de bonne qualité, comment s'assurer du traitement le plus approprié et le moins médicalement invasif possible.

*Adapté du Center for Advancement of Health, 2001, p. 47-50, in Muecke, 2004, p. 11, traduction libre.

5.6.2 Stratégie pour potentialiser le *counseling* bref du médecin : un service d'accompagnement et de suivi des patients

L'efficacité des recommandations brèves réalisées par les médecins en matière d'adoption de saines habitudes de vie est améliorée lorsqu'un système d'accompagnement et de suivi est mis en place (Bodenheimer, 2005).

Un deuxième niveau dans la hiérarchie d'intensité de l'intervention préventive peut être nécessaire dans certains cas pour soutenir l'intervention de prévention clinique amorcée par le clinicien de première ligne. L'accessibilité à un accompagnement personnalisé par un professionnel de santé ou à des ressources communautaires a été démontrée efficace pour soutenir l'adoption de saines habitudes de vie (Stange, 2002). Par exemple, il est reconnu qu'un accompagnement augmente les chances de succès de la cessation tabagique (Fiore, 2000). C'est dans cet esprit que des Centres d'abandon du tabac (CAT) offrant ce genre d'accompagnement ont été créés à Montréal. Malheureusement, bien que les résultats des évaluations ne soient pas encore disponibles, on sait que le nombre de références aux CAT par les médecins reste faible.

Le défi pour les prochaines années sera de développer un système de référence plus efficace.

Selon certains auteurs (Glasgow *et al.*, 2004a; Goldstein, Whitlock et De Pue, 2004), vu que plusieurs des interventions pour lesquelles il existe des données probantes sont de nature intensive et que les médecins de première ligne manquent de temps pour faire du *counseling* intensif, il faudrait pour favoriser l'accès à de telles interventions et en augmenter l'impact :

- faciliter la recommandation des patients par les cliniciens de première ligne aux programmes ou services spécialisés qui peuvent fournir des interventions plus intensives;
- utiliser des technologies interactives de modification du comportement (*interactive behavior change technology* ou *IBCT*)¹⁸ pour intégrer des interventions plus intensives en première ligne ou dans la communauté.

Selon un groupe de recherche américain, l'intégration de pratiques cliniques préventives doit être guidée par des modèles de changement de pratique (Cohen, 2005). Ce groupe a analysé les expériences des 17 initiatives de prévention clinique, dans le cadre du programme *Prescription for Health*, pour en dégager un modèle idéal. Le modèle proposé souligne l'importance de consolider les liens entre les cliniques médicales et les ressources communautaires afin d'augmenter la continuité et la complémentarité des services offerts. Dans leur modèle, c'est l'ensemble de l'équipe de la clinique qui appuie l'adoption de saines habitudes de vie, de la salle d'attente au suivi post intervention. Par ailleurs, il y a mise en place de collaborations entre les cliniques et la communauté pour assurer l'accompagnement des clients (Cifuentes, 2005).

¹⁸ Les technologies interactives de modification du comportement sont des outils ou des systèmes automatisés qui peuvent être utilisés pour modifier le comportement, tels que programmes de modification du comportement sur Internet, interventions avec CD-ROM utilisant un écran tactile ou des méthodes similaires, systèmes de réponse vocale interactive ou gestion thérapeutique automatisée par téléphone (*automated telephone disease management*), assistant numérique personnel, dossier médical électronique, etc.

Résumé de la section 5 :

Les stratégies pour améliorer et soutenir les pratiques cliniques préventives dans les milieux cliniques de première ligne

■ **Principales approches et stratégies pour modifier les pratiques médicales (section 5.1)**

Il existe de nombreuses stratégies visant à modifier les comportements des médecins et leurs pratiques cliniques. Ces stratégies ont fait l'objet de diverses classifications, dont la plus exhaustive est celle proposée par Grol Grimshaw, dans laquelle les stratégies sont regroupées selon l'approche et la théorie sous-jacente. Les principales approches sont : l'approche éducative (par exemple, apprentissage en petits groupes), l'approche épidémiologique (par exemple, guides de pratiques fondés sur les données probantes), l'approche comportementale (par exemple, incitatifs financiers), l'approche organisationnelle (par exemple, réorganisation du processus de soins), l'approche marketing (par exemple, adapter la proposition de changement aux besoins locaux), l'approche de l'interaction sociale (par exemple, leaders d'opinion) et l'approche coercitive (par exemple, règlements et lois).

■ **Efficacité des stratégies pour augmenter la prestation de pratiques cliniques préventives en première ligne (section 5.2)**

La conclusion des recensions d'écrits systématiques sur l'efficacité des stratégies pour améliorer les pratiques cliniques des médecins est que la plupart des ces stratégies sont d'une efficacité modeste et que celle-ci dépend du contexte d'implantation. Toutefois, le type de devis expérimental généralement utilisé dans ces études n'est pas idéal pour mesurer l'efficacité de telles stratégies. Enfin, des auteurs ont proposé des concepts et des modèles pour développer et implanter efficacement des stratégies de changement de pratiques; plus précisément, ils ont défini les variables dont il faut tenir compte dans l'implantation de guides de pratique, et suggéré des principes et étapes d'implantation.

■ **Une « super-stratégie »: la facilitation (section 5.3)**

Une stratégie prometteuse pour l'intégration de pratiques cliniques préventives en première ligne est la facilitation. La facilitation est une « super-stratégie », en ce sens qu'elle sert à implanter d'autres stratégies, qu'elle les précède et les soutient.

Dans son acception la plus courante, le terme de facilitateur désigne quelqu'un qui aide de manière compétente un groupe à atteindre ses objectifs sans prendre partie. Plus précisément, les facilitateurs en milieu clinique sont des professionnels de la santé qui assistent les cliniciens en soins primaires dans des projets de recherche et d'amélioration de la qualité. Outre la collecte de données et la rétroaction, leur tâche porte aussi sur les méthodes d'amélioration des

pratiques qui facilitent les changements systémiques. Ainsi, le facilitateur assiste les cliniciens dans une variété d'activités, incluant l'amélioration de la documentation et de la prestation des interventions cliniques, plus particulièrement les services préventifs, et l'amélioration de l'organisation du cabinet médical. Une des plus importantes fonctions du facilitateur est de promouvoir la prévention en soins primaires, qu'il s'agisse de soins préventifs classiques, ou de services associés à la gestion des maladies chroniques.

Les facilitateurs ont recours à diverses méthodes pour réaliser et soutenir les changements en milieux cliniques, telles que l'éducation de groupe, l'enseignement individuel, la rétroaction, les rappels, la rétroaction avec révision par les pairs (peer reviews), les visites de liaison (academic detailing).

Selon les résultats de quelques études avec essai randomisé, des interventions utilisant la facilitation ont permis d'augmenter la prestation de pratiques cliniques préventives. Tel est le cas, entre autres, du projet STEP-UP. Toutefois, non seulement la qualité méthodologique de ces études est-elle faible, mais il n'est généralement pas possible de savoir quelle est l'efficacité de chacun des éléments de l'intervention. Bref, il n'est pas possible de conclure des résultats de ces études que l'augmentation de la prestation de pratiques cliniques préventives est due à la facilitation ou à quelque autre élément de l'intervention.

Les projets et programmes suivants ont utilisé la facilitation : Put Prevention Into Practice, STEP-UP, I Care For Primary Care, Au cœur de la vie et PACE.

■ **La facilitation et l'approche organisationnelle : une combinaison gagnante pour modifier les pratiques médicales ? (section 5.4)**

Un élément important du contexte de pratique est l'organisation. En effet, le degré d'intégration des activités de prévention relève non seulement des caractéristiques individuelles du médecin, mais aussi de la culture de l'organisation (importance attribuée à la prévention, cohésion du groupe de médecins) et de l'efficacité de l'organisation du travail (engagement du personnel, systèmes de relance). L'approche organisationnelle met l'accent sur la création des conditions nécessaires au changement, en agissant sur les facteurs organisationnels (systémiques, structuraux, culturels, etc.). Il a été démontré que des projets utilisant l'approche organisationnelle avaient permis d'augmenter le nombre d'interventions cliniques préventives, sans toutefois que cet effet puisse être attribué spécifiquement à l'approche utilisée. Par ailleurs, ces projets ont permis d'identifier certains facteurs de succès, tels que l'utilisation de facilitateurs. Il apparaît que la facilitation doublée d'une approche organisationnelle pourrait bien être une combinaison gagnante pour modifier les pratiques médicales en première ligne.

■ **Leçons à tirer de l'implantation de divers programmes ou projets utilisant l'approche organisationnelle et la facilitation (section 5.5)**

Il est possible de tirer plusieurs leçons de l'implantation des programmes STEP-UP et Put Prevention Into Practice, ainsi que des projets de recherche Prescription for Health. S'il n'y avait qu'une leçon à retenir, ce serait sans doute celle de la nécessité d'adapter la stratégie aux caractéristiques du milieu clinique, et plus particulièrement de son organisation.

■ ***Le programme STEP-UP (Study to Enhance Prevention by Understanding Practice)***

L'adaptation de la stratégie d'intervention au contexte organisationnel et aux besoins du milieu clinique favorise la pérennité des changements proposés par l'intervention. Le facilitateur pourrait profiter des préceptes suivants pour modifier un milieu clinique:

- *un milieu dans un état d'instabilité relative se prête mieux au changement;*
- *il faut rester ouvert à l'éventualité d'obtenir des résultats inattendus;*
- *il importe d'être disponible pour les occasions qui se présentent et les moments propices;*
- *des agents de changement motivés sont des acteurs clés;*
- *une fois la motivation présente, traiter des besoins techniques;*
- *la stratégie de facilitation doit être adaptée.*

■ ***Le programme Put Prevention Into Practice (PPIP)***

Pour implanter ce programme, il est préconisé d'utiliser une approche organisationnelle, adaptée aux caractéristiques du milieu clinique. Une telle approche est nécessaire pour que l'implantation du programme soit réussie, c'est-à-dire pour que la prestation des services préventifs soit améliorée et ce de façon durable. L'utilisation d'un facilitateur extérieur au milieu clinique est recommandée. Les milieux cliniques qui avaient le mieux réussi à implanter le programme présentaient les caractéristiques suivantes :

- *bassin de population moyen (de 1 300 à 4 450 patients par année);*
- *attitude positive du personnel face au programme;*
- *accès à un soutien technique pour régler les problèmes liés au processus d'implantation du programme;*
- *accès à des tests de dépistage préventif et à des services d'éducation à la santé pour les populations plus démunies;*
- *avoir planifié l'implantation et fourni à tout le personnel relié au programme une formation adéquate tout au long du processus d'implantation.*

■ ***Le programme Prescription for Health***

L'évaluation de processus réalisée dans le cadre des 17 projets du programme

Prescription for Health met en lumière les facteurs favorables à leur implantation, dont voici les principaux :

- *Le personnel d'appoint au projet requiert un entraînement extensif, de même qu'une gestion de cas et du soutien, pour pouvoir fonctionner pleinement et éviter l'épuisement.*
- *L'intégration d'outils de modification du comportement dans les milieux cliniques de première ligne requiert du temps, des efforts et souvent une expertise spécialisée.*
- *Étant donné que même une intervention simple peut nécessiter des changements substantiels dans l'organisation du milieu clinique, y compris la modification des tâches courantes et du système de soins, il est crucial d'utiliser un modèle formel de changement pour guider les efforts d'implantation.*
- *La philosophie de recherche et les approches en gestion de projet varient entre les différents milieux, ce qui n'est pas sans conséquences pour le maintien potentiel de l'intervention.*
- *Toute ressource additionnelle pour modifier les comportements de santé des patients qui était fournie au milieu clinique à l'occasion du projet de recherche est accueillie avec enthousiasme tant par les praticiens que par les patients.*

■ **Comment favoriser et soutenir l'intégration du *counseling* en première ligne (section 5.6)**

En ce qui a trait à l'intégration du counseling en première ligne, il ressort des expériences décrites ci-dessus et des leçons qu'on a pu en tirer que l'approche à utiliser devrait comporter des outils et méthodes choisis en fonction, d'une part, des obstacles existants dans l'organisation et, d'autre part, des préoccupations des prestataires de soins, ce dans l'espoir que ces outils et méthodes stimuleront un changement organisationnel et culturel comme dans les projets cités plus haut. À cet effet, les recommandations des experts et certains modèles (tels que le RE-AIM¹⁹, le modèle des 5A ou le modèle issu de l'étude STEP-UP) peuvent servir de guides à l'implantation.

De plus, afin de potentialiser le counseling bref offert par le médecin, il peut être avantageux d'offrir un service d'accompagnement et de suivi des patients. Autrement dit, un deuxième niveau dans la hiérarchie d'intensité de l'intervention préventive peut être nécessaire dans certains cas pour soutenir l'intervention de prévention clinique amorcée par le clinicien de première ligne. L'accessibilité à un accompagnement personnalisé par un professionnel de santé ou à des ressources communautaires a été démontrée efficace pour soutenir l'adoption de saines habitudes de vie.

¹⁹ Reach efficacy adoption implementation and maintenance (<http://www.re-aim.org>).

6. Des outils pour soutenir les pratiques cliniques préventives

Bien qu'il ait été démontré que le travail d'équipe et les attitudes face à la prévention étaient plus déterminants pour la prestation des services préventifs en première ligne que les outils utilisés (Carpiano *et al.*, 2003), il n'en demeure pas moins que ces derniers constituent un atout supplémentaire.

6.1 Outils pour le patient, le prestataire de soins et l'organisation²⁰

Les outils pour augmenter la prestation de services préventifs en première ligne peuvent être classifiés en trois catégories : les outils pour le patient, ceux pour les prestataires de soins et ceux pour l'organisation du milieu clinique.

6.1.1 Outils pour le patient

Les outils pour le patient consistent en informations et en ressources qui lui sont fournies ou prescrites par un professionnel de la santé pour de l'autogestion. Habituellement, il s'agit de brochures et autres matériels éducatifs, ainsi que de recommandations à des services spécialisés (par exemple, à un centre de cessation tabagique). Cette catégorie peut aussi inclure la prescription d'information et de tâches par l'intermédiaire de programmes informatiques.

L'efficacité de ce type d'outils dépend de plusieurs facteurs : la connaissance qu'a le professionnel de la santé de l'information et des ressources disponibles, le degré d'adaptation de l'information aux besoins du patient et son degré d'interactivité. Il existe plusieurs médias qui fournissent cette information et ces ressources, incluant des publications écrites, des documents audiovisuels, des programmes informatiques, l'Internet, le *counseling* individuel par un professionnel et le *counseling* de groupe.

En cessation tabagique, les outils pour le patient peuvent être répartis entre trois catégories, selon qu'ils sont généraux, ciblés ou sur mesure (Stretcher, 1999). Les outils généraux sont d'un modèle « *taille unique* » (*one size fits all*) et donnent de l'information non spécifique sur un sujet donné. Ce genre de matériel éducatif imprimé serait peu efficace lorsque utilisé seul (Dickey, Gemson et Carney, 1999). Le matériel ciblé, fondé sur le concept de segmentation du marché, vise un sous-groupe spécifique de la population (adolescents, femmes enceintes, personnes âgées, etc.). L'information est ainsi plus adaptée aux croyances, défis et attitudes de ce sous-groupe. L'outil sur

²⁰ Cette section est pour l'essentiel une adaptation et une traduction libre d'un texte non publié de Cristin Muecke, intitulé *Behavioral counseling in primary care : tools and approaches* (2004, p. 18-20).

mesure est conçu en fonction des besoins individuels du patient, à partir de renseignements personnels donnés par ce dernier, et fait souvent appel à des systèmes informatiques qui intègrent les renseignements obtenus par des questionnaires ou à des fiches avec un texte standard sur un sujet donné. Le matériel éducatif sur mesure serait plus efficace que le matériel éducatif général.

Étant donné que l'information générale est peu coûteuse mais peu efficace et que, pour des raisons tant financières que pratiques, l'installation de programmes ou de systèmes informatiques n'est pas réalisable dans la plupart des milieux cliniques, un compromis serait de développer ou d'utiliser des outils sur mesure ne requérant qu'une utilisation minimale de l'ordinateur. Deux exemples de tels outils : la prescription préventive, du Texas Department of Health, et les plans personnalisés pour cesser de fumer, du U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS).

6.1.2 Outils pour le prestataire de soins

Les outils pour le prestataire de soins réfèrent aux habiletés, à la formation pratique et aux approches utilisées par le professionnel de la santé pour le *counseling* sur les comportements. Ces outils doivent s'insérer facilement dans le contexte de pratique, compte tenu des préoccupations quant au manque de temps, de compétences et de motivation. Idéalement, ils devraient être assez généraux pour être applicables à plusieurs comportements et facteurs de risque, mais assez spécifiques pour être utiles (par exemple, passer en revue les théories de modification du comportement sans en fournir une application pratique est généralement inutile). Des expériences antérieures en ce domaine n'ont pas toujours tenu compte des obstacles auxquels doivent faire face quotidiennement les prestataires de soins – par exemple, le temps requis pour l'utilisation de l'outil, ou bien la nécessité pour le professionnel de se rappeler de nombreux détails, ou encore l'impossibilité d'appliquer l'outil à plus d'une situation. Des outils plus récents, comme l'approche des 5A présentée plus haut, ont tenté de combler ces lacunes.

Il y a un certain chevauchement entre les outils pour le patient et ceux pour le prestataire de soins, en ce sens que certains outils utilisés pour éduquer le patient le sont aussi simultanément comme rappels (*prompts*) pour le médecin (par exemple, le plan personnalisé pour cesser de fumer du USDHHS). Pour développer de tels outils, la participation directe de médecins praticiens est nécessaire et la recommandation par les ordres professionnels un atout. Ces outils doivent fournir des moyens de renforcement positif, telle une feuille de suivi (*checklist*) permettant d'enregistrer les progrès, et être d'un usage facile et rapide.

6.1.3 Outils pour l'organisation

Intimement reliés aux outils pour les prestataires de soins quoique différents, les outils pour l'organisation réfèrent aux aspects organisationnels concrets du milieu clinique, ainsi qu'aux rôles et à l'interaction des différents membres du personnel dans la promotion et la prestation du *counseling* sur les comportements. Ces outils peuvent agir comme facteurs de renforcement ou de motivation dans le milieu clinique.

Les outils utilisés dans le *counseling* sur les comportements incluent souvent des outils d'évaluation, tels que questionnaires et profils de risque pour la santé, systèmes de rappel, systèmes et feuilles de suivi. Une recension des écrits sur l'usage de ces outils dans le *counseling* sur les comportements révèle que les systèmes de rappel sont les outils dont l'efficacité est la plus constante, mais que la plupart des outils organisationnels n'ont pas été démontrés efficaces dans tous les contextes et que leur efficacité varie selon qu'ils sont utilisés seuls ou comme éléments d'une approche plus vaste et selon le degré de motivation des prestataires de soins (Dickey, Gemson et Carney, 1999).

Un examen des expériences faites dans le cadre du programme *Prescription for Health* a permis de conclure que la participation du personnel aux décisions concernant l'amélioration de la qualité, l'augmentation de l'éventail de professionnels et de systèmes de soutien clinique (par exemple, système de rappel) pouvaient améliorer la prestation de services préventifs sur les comportements de santé en première ligne (Hung *et al.*, 2006).

Il faut donc mettre l'accent sur l'ensemble du milieu clinique et sur ceux qui y travaillent, et utiliser des méthodes de changement organisationnel semblables à celles utilisées dans le monde des affaires. À cet effet, il existe un instrument validé d'amélioration de la qualité : le « *Maturity Matrix* » qui est fondé sur la théorie du développement organisationnel et conçu pour être utilisé par les équipes des milieux cliniques avec l'aide d'un facilitateur pour évaluer leur niveau de développement organisationnel et planifier les améliorations de la qualité (Elwin *et al.*, 2004, in Rhydderch *et al.*, 2006).

6.2 Un outil particulier : la prescription préventive²¹

Le concept de prescription pour la prévention a suscité un certain intérêt dans le domaine du *counseling* sur les habitudes de vie. Ce concept, qui a été utilisé aux États-

²¹ Cette section provient pour l'essentiel d'un texte non publié de Marcella Kafka, intitulé *Proposition d'un modèle de prescription de saines habitudes de vie dans le cadre de l'initiative «Pour des cliniques médicales amies de la prévention»* (2005, p. 5-7, 15).

Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande, a d'ailleurs été repris dernièrement au Canada, notamment par le Collège des médecins de famille du Canada. Il devient donc intéressant d'avoir une meilleure compréhension de ce concept et d'en connaître un peu mieux l'efficacité.

La prescription préventive est une recommandation écrite par un médecin ou un autre professionnel de la santé et remise directement au patient, dont le message porte sur la prévention, par exemple sur l'augmentation de l'activité physique. L'allusion au terme prescription intensifie le message de prévention en l'associant au concept bien connu de l'ordonnance médicale.

La littérature scientifique rapporte peu d'expériences où est évaluée l'efficacité de l'utilisation d'une prescription écrite par le médecin pour améliorer les habitudes de vie de son patient. Voici les résultats de quelques études en ce domaine.

- **Green Prescription**

La *Green Prescription* fait son apparition en Nouvelle-Zélande vers 1995 pour désigner un nouveau concept d'intervention face à la proportion importante de Néo-Zélandais physiquement inactifs (Swinburn et McLennan, 1998). Cette intervention consiste à ce que le médecin généraliste prescrive de l'activité physique directement à son patient dans le cadre de la consultation médicale. Depuis maintenant plusieurs années, la *Green Prescription* est utilisée en Nouvelle-Zélande comme élément d'un programme de promotion de l'activité physique conjointement à d'autres interventions, principalement le soutien et suivi par un intervenant en activité physique et la promotion de l'activité physique au niveau national. En effet, la *Green Prescription* semble y être intégrée dans la pratique médicale courante puisque, selon une enquête faite en 2002, 73 % des omnipraticiens l'avaient utilisée et 52 % l'utilisaient régulièrement, soit une à quatre fois par mois (SPARC, 2002, in Ministry of Health, 2003, p. 41, 67).

Quelle est l'efficacité de la *Green Prescription*? En 1998, toujours en Nouvelle-Zélande, l'effet de l'ajout d'une recommandation écrite par le médecin à ses conseils verbaux a été évalué (Swinburn *et al.*, 1998). Tous les médecins recrutés dans l'étude reçurent une formation pour évaluer et prescrire l'activité physique. Par la suite, ces médecins recrutèrent parmi leur clientèle les patients le plus susceptibles de bénéficier d'une augmentation de l'activité physique. À tous ces patients, les médecins administrèrent d'abord un questionnaire standard afin de déterminer leur niveau d'activité physique de base. Puis des objectifs pour augmenter l'activité physique furent déterminés et recommandés verbalement par les médecins. Une recommandation écrite n'était remise par les médecins qu'à la moitié des patients. L'effet sur l'activité

physique a été évalué six semaines plus tard. Un effet positif a été associé à la prescription écrite elle-même. En effet, l'augmentation de l'activité physique dans le groupe de patients ayant reçu une prescription écrite était plus marquée, quoique pas toujours de façon significative. Ainsi, le pourcentage de patients ayant augmenté leur niveau d'activité physique était de 73 % chez ceux qui avaient reçu la *Green prescription* par rapport à 63 % chez les autres ($p = 0,02$).

Dans une étude publiée en 2003, l'efficacité du programme *Green Prescription* pour augmenter l'activité physique et la qualité de vie des patients sur une période de 12 mois a été démontrée; toutefois, cette efficacité pourrait avoir été augmentée par le fait que le personnel de bureau et les patients du groupe d'intervention incitaient le médecin à fournir l'intervention (Elley *et al.*, 2003). En 2004, une analyse rétrospective de cette étude pour déterminer le rapport coût/bénéfice a permis de conclure que ce programme était peu coûteux et recélait un grand potentiel de réduction des coûts globaux de santé de par la baisse de morbidité et mortalité cardiovasculaires ou autre qui pourrait en résulter (Elley *et al.*, 2004).

- **Active Prescription**

Un modèle de prescription d'activité physique, l'*Active Prescription*, est présenté dans un article paru en 1999 en Australie (NSW Health, 1999). Cet article relate une étude dans laquelle cette prescription a été développée pour être remise par le médecin généraliste à son patient lors d'une consultation pour des soins courants. Cette prescription a effectivement été remise à 61,9 % des patients qui étaient destinés à la recevoir. Certains des patients ont aussi reçu par la poste du matériel supplémentaire d'information écrite sur l'activité physique. À court terme (6-10 semaines), puis à moyen terme (7-8 mois), c'est dans le groupe ayant reçu la prescription et le matériel supplémentaire qu'un plus grand nombre de patients a augmenté son niveau d'activité physique (35,7 % puis 27,7 %), suivi du groupe n'ayant reçu que la prescription (34,2 % puis 24,5 %). Aucune de ces augmentations dans le nombre de patients à avoir augmenté leur activité physique n'était significativement supérieure à celle observée dans le groupe témoin, qui cependant fut moindre (29,1 % puis 23,1 %). En revanche, une augmentation de l'activité physique statistiquement significative a été obtenue à 6-10 semaines, pour le sous-groupe de patients ayant reçu la prescription et le matériel éducatif par rapport au groupe témoin, mais non par rapport au sous-groupe ayant reçu la prescription seule. L'augmentation a aussi été significative à 7-8 mois, pour le sous-groupe de patients initialement inactifs ayant effectivement reçu la prescription et le matériel éducatif supplémentaire.

- **Lifestyle Prescription**

Le dernier article retenu est paru en 1988 et provient des États-Unis (Kelly, 1988). Il y est fait état d'une étude prospective dans laquelle un programme de promotion de la santé a été intégré à la pratique médicale de première ligne dans l'équivalent d'une unité de médecine familiale. Six habitudes de vie y étaient ciblées : nutrition, exercice, consommation d'alcool, tabagisme, stress et utilisation de la ceinture de sécurité. Trois interventions brèves ont été développées : un questionnaire d'évaluation à remplir par le patient, une *Lifestyle Prescription* et du matériel éducatif écrit. Le modèle de la prescription n'est pas fourni dans l'article, mais il y est dit qu'une infirmière, en se basant sur les réponses du patient au questionnaire, individualisait la prescription, qui était ensuite remise au patient par le médecin. Un premier groupe de patients fut soumis aux trois interventions, mais avec seulement le matériel éducatif pertinent au résultat du questionnaire; le deuxième groupe reçut tout le matériel éducatif de l'infirmière, mais sans prescription; le troisième groupe ne fut soumis qu'au questionnaire. Le groupe témoin ne fut soumis à aucune des trois interventions. Les changements d'habitudes de vie ont été évalués après quatre semaines. Des trois groupes de patients ayant été soumis à au moins une intervention, environ 30 % ont effectué des changements majeurs dans leurs habitudes de vie. Ce degré de changement était significativement plus élevé que celui du groupe témoin. Bien que le groupe soumis aux trois interventions ait démontré le plus de changement, ce résultat n'était pas statistiquement significatif par rapport aux deux autres groupes soumis à au moins une intervention. Il a aussi été possible de démontrer dans cette étude que la motivation préalable était le prédicteur de changement le plus important.

En somme, les résultats de ces études indiquent une certaine efficacité à court et à moyen terme. Toutefois, compte tenu des données limitées sur le sujet, il est difficile d'évaluer l'effet de la prescription seule. En effet, les interventions associées à la prescription, notamment la formation des médecins, les recommandations verbales aux patients, le matériel d'information écrit pour les patients et les questionnaires d'évaluation des patients semblent avoir un effet positif même sans la prescription. Donc l'ensemble dans, l'efficacité de la prescription comme telle semble marginale et ce serait plutôt son association avec d'autres modalités qui serait bénéfique. Une analyse plus approfondie de ces études met en lumière une certaine efficacité d'un système comprenant trois éléments importants : l'évaluation de l'activité physique et des caractéristiques du patient, la prescription elle-même, et l'ajout de matériel éducatif pour le patient. Encore une fois, il est suggéré que la composante d'éducation aux médecins face au *counseling* pourrait aussi constituer un élément important.

Résumé de la section 6 :

Des outils pour soutenir les pratiques cliniques préventives

Bien qu'il ait été démontré que le travail d'équipe et les attitudes face à la prévention étaient plus déterminants pour la prestation des services préventifs en première ligne que les outils utilisés, il n'en demeure pas moins que ces derniers constituent un atout supplémentaire.

■ **Outils pour le patient, pour le prestataire de soins et pour l'organisation (section 6.1)**

Les outils pour augmenter la prestation de services préventifs en première ligne peuvent être classifiés en trois catégories : les outils pour le patient, ceux pour les prestataires de soins et ceux pour l'organisation du milieu clinique.

Les outils pour le patient consistent en informations et en ressources qui lui sont fournies ou prescrites par un professionnel de la santé pour de l'autogestion. Habituellement, il s'agit de brochures et autres matériels éducatifs, ainsi que de recommandations à des services spécialisés (par exemple, à un centre de cessation tabagique). Cette catégorie peut aussi inclure la prescription d'information et de tâches par l'intermédiaire de programmes informatiques.

Les outils pour le prestataire de soins réfèrent aux habiletés, à la formation pratique et aux approches utilisées par le professionnel de la santé pour le counseling sur les comportements. Il y a un certain chevauchement entre les outils pour le patient et ceux pour le prestataire de soins, en ce sens que certains outils utilisés pour éduquer le patient le sont aussi simultanément comme rappels (prompts) pour le médecin.

Les outils pour l'organisation réfèrent aux aspects organisationnels concrets du milieu clinique, ainsi qu'aux rôles et à l'interaction des différents membres du personnel dans la promotion et la prestation du counseling sur les comportements. Les outils utilisés dans le counseling sur les comportements incluent souvent des outils d'évaluation, tels que questionnaires et profils de risque pour la santé, systèmes de rappel, systèmes et feuilles de suivi.

■ **Un outil particulier : la prescription préventive (section 6.2)**

La prescription préventive est une recommandation écrite par un médecin ou un autre professionnel de la santé et remise directement au patient, dont le message porte sur la prévention, par exemple sur l'augmentation de l'activité physique. L'allusion au terme prescription intensifie le message de prévention en l'associant au concept bien connu de l'ordonnance médicale.

La littérature scientifique compte peu d'études où est évaluée l'efficacité de l'utilisation d'une prescription écrite par le médecin pour améliorer les habitudes

de vie de son patient. Les résultats de ces études indiquent une certaine efficacité à court et à moyen terme. Toutefois, il est difficile d'évaluer l'effet de la prescription seule. En effet, les interventions associées à la prescription, notamment la formation des médecins, les recommandations verbales aux patients, le matériel d'information écrit pour les patients et les questionnaires d'évaluation des patients semblent avoir un effet positif même sans la prescription. Dans l'ensemble donc, l'efficacité de la prescription comme telle semble marginale et ce serait plutôt son association avec d'autres modalités qui serait bénéfique.

Conclusion

Les informations rapportées dans ce document amènent à faire plusieurs constatations :

- Pour prévenir les maladies non transmissibles, telles que maladies cardiovasculaires ou diabète, il faut intervenir sur les facteurs de risque de ces maladies.
- La prévalence du tabagisme, de la sédentarité et d'une alimentation mal équilibrée reste élevée parmi la population montréalaise.
- Il existe des interventions relativement efficaces pour modifier les habitudes de vie nocives pour la santé.
- Les recommandations brèves (ou *counseling* brief) sur les habitudes de vie faites par les médecins de première ligne font partie de telles interventions, mais elles ne sont pas suffisamment utilisées ou ne le sont pas de manière optimale.
- Il existe des stratégies relativement efficaces pour modifier les pratiques cliniques préventives des médecins, parmi lesquelles les stratégies utilisant l'approche organisationnelle avec un facilitateur apparaissent comme les plus prometteuses pour intégrer de nouvelles pratiques dans un milieu clinique.
- Une manière de potentialiser l'intervention brève des médecins est de la compléter par un système d'accompagnement et de suivi du patient.
- L'entrevue motivationnelle constitue une méthode prometteuse pour favoriser un changement de comportement.
- La prévention clinique est actuellement une priorité nationale, régionale et locale.

Bref, les enjeux sur le plan de la santé sont importants, il existe des moyens relativement efficaces pour prévenir ou diminuer les habitudes de vie nocives pour la santé, et le contexte est propice à une telle intervention dans les milieux cliniques de première ligne.

C'est en réponse à ces constats que la Direction de santé publique de l'Agence de Montréal a conçu et implanté le Système de prévention clinique sur son territoire.

Références

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

ASHENDEN, R., SILAGY, C., WELLER, D. (1997). A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Fam. Pract.*, 14, 2, 160-176.

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

BATTISTA, R.N., WILLIAMS, J., MacFARLANE, L.A. (1986). Determinants of primary medical practice in adult cancer prevention. *Medical Care*, 24, 3, 216-224.

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

BEAULIEU, M.D. *et al.* (1999). Practice guidelines for clinical prevention: do patients, physicians and experts share common ground? *CMAJ*, 161, 5, 528-529.

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

BERO, L.A. *et al.* (1998). Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *BMJ*, 317, 7156, 465-468.

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

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

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

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

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

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

CARPIANO, R.M. *et al.* (2003). Tools, teamwork, and tenacity: an examination of family practice office system influences on preventive service delivery. *Preventive Medicine*, 36, 131.

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

CENTER FOR THE ADVANCEMENT OF HEALTH (CFAH) (2001). *Integration of health behaviour counselling in routine medical care*. Washington, DC: Center for the Advancement of Health.

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

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

CLAPPERTON, I. (2005). La prévention pratico-pratique. *Le Médecin du Québec*, 40, 5, 33-39.

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

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

COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA (2002). *Revue de la littérature traitant des études d'intervention en soins de première ligne concernant l'activité physique et le counseling diététique appliqués à la prévention au contrôle du diabète de type 2*. Site Internet : <http://www.cfpc.ca>.

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

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

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

DAVIS, D.A., TAYLOR-VAISEY, A. (1997). Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ*, 157, 4, 408-416.

DICKEY, L.L., GEMSON, D.H., CARNEY, P. (1999). Office-system interventions supporting primary care-based health behavior change counselling. *Am. J. Prev. Med.*, 17, 4, 299-308.

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

EAKIN, E.G., GLASGOW, R.E., RILEY, K.M. (2000). Review of primary care-based physical activity intervention studies : effectiveness and implications for practice and future research. *J. Fam. Pract.*, 49, 2, 158-168.

EATON, C.B., MENARD, L.M. (1998). A systematic review of physical activity promotion in primary care office settings. *Br. J. Sports Med.*, 32, 1, 11-16.

EBRAHIM, S. *et al.* (2006). Multiple risks factors interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4: CD001561.

EDEN, K.B. *et al.* (2002). Does counseling by clinicians improve physical activity? A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann. Intern. Med.*, 137, 3, 208-215.

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

ELFORD, R.W. *et al.* (1994). A practical approach to lifestyle change counselling in primary care. *Patient Education and Counseling*, 24, 175-183.

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

ELLEY, C.R. *et al.* (2003). Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomized controlled trial. *BMJ*, 326, 7393, 793.

ELLEY, R. *et al.* (2004). Cost-effectiveness of physical activity counselling in general practice. *New Zealand Medical Journal*, 117, 1207, U1216.

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

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

FLOCKE, S.A., GILCHRIST, V. (2005). Physician and patient gender concordance and delivery of comprehensive clinical preventive services. *Medical Care*, 43, 5, 486-492.

FORGET, D. (2006). L'entrevue motivationnelle ou l'art d'aider son client à prendre le virage du changement. *Perspective Infirmière*, septembre/octobre, 36-37.

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

FRANK, E., KUNOVICH-FRIEZE, B.S. (1995). Physicians' prevention counseling behaviors: current status and future directions. *Preventive Medicine*, 24, 543-545.

FRENCH, S., STORY, M., JEFFERY, R.W. (2001). Environmental influences on eating and physical activity. *Annu. Rev. Public Health*, 22, 309-335.

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

GLASGOW, R.E., EMONT, S., MILLER, D.C. (2006). Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counselling. *Health Promot. Int.*, 21, 3, 245-255.

GLASGOW, R.E. *et al.* (2001). Does the Chronic Care Model serve also as a template for improving prevention? *Milbank Quarterly*, 79, 4, 579-612.

GLASGOW, R.E. *et al.* (2004a). Interactive behavior change technology. A partial solution to the competing demands of primary care. *Am. J. Prev. Med.*, 27 (2S), 80-87.

GLASGOW, R.E. *et al.* (2004b). Translating what we have learned into practice. Principles and hypotheses for interventions addressing multiple behaviours in primary care. *Am. J. Prev. Med.*, 27 (2S), 88-101.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HAINES, A., DONALD, A. (1998). Making better use of research findings. *BMJ*, 317, 7150, 72-75.

HENDERSON, J.T., WEISMAN, C.S. (2001). Physician gender effects on preventive screening and counseling. An analysis of male and female patients' health care experiences. *Medical Care*, 39, 12, 1281-1292.

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

HILLSDON, M., FOSTER, C., THOROGOOD, M. (2005). Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 1 : CD003180.

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

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

HUNG, D.Y. et al. (2006). Influence of primary care practice and provider attributes on preventive service delivery. *Am. J. Prev. Med.*, 30, 5, 413-421.

KELLY, R.B. (1988). Controlled trial of time-efficient method of health promotion. *American Journal of Preventive Medicine*, 4, 4, 200-207.

KEMM, J. (2006). The limitations of evidence-based public health. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12, 3, 319-324.

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

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

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

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

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

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

LANCASTER, T., STEAD, L.F. (2005a). Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 3, CD001118.

LANCASTER, T., STEAD, L.F. (2005b). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2, CD001292.

LAWLOR, D.A., HANRATTY, B. (2001). The effect of physical activity advice given in routine primary care consultations: a systematic review. *Journal of Public Health Medicine*, 23, 3, 219-226.

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

LEVY, S. *et al.*, (1992). The effect of physician and patient gender on preventive medicine practices in patients older than fifty. *Fam Med*, Jan., 24(1), 58-61.

LEWIS, C.E., WELLS, K.B., WARE, J. (1986). A model for predicting the counseling practices of physicians. *J. Gen. Intern. Med.*, 1, 1, 14-19.

LEWIS, C.E. *et al.* (1991). The counselling practices of internists. *Ann. Intern. Med.*, 114, 8, 54-58.

LONG, B.J. *et al.* (1996). A multisite field test of the acceptability of physical activity counseling in primary care: project PACE. *Am. J. Prev. Med.*, 12, 2, 73-81.

LURIE, N. *et al.* (1993). Preventive care for women. Does the sex of the physician matter? *The New England Journal of Medicine*, 329, 7, 478-482.

MASSÉ, R. (2005). *En 2010, restera-t-il une place pour les médecins de famille dans le domaine de la prévention?* 23^e Assemblée scientifique annuelle du Collège québécois des médecins de famille, Institut national de santé publique, Québec, présentation Powerpoint.

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

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

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

MINISTRY OF HEALTH (2003). *DHB Toolkit : Physical Activity. To increase physical activity*. Site Internet: <http://www.moh.govt.nz>.

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

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

MUECKE, C. (2004). *Behavioral counselling in primary care: tools and approaches*. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, document non publié.

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

NAGYKALDI, Z. *et al.* (2006). Practice facilitators and practice-based research networks. *JABFM*, 19, 5, 506-510.

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

NSW HEALTH (1999). *The Active Practice Project: A controlled trial of physical activity promotion in general practice*.

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

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

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

O'NEILL, M. (2003). Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes? *Soz.-Präventivmed.*, 48, 5, 317-326.

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

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

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

ORLEANS, C.T. (2005). The Behavior Change Consortium: Expanding the boundaries and impact of health behavior change research. *The Society of Behavioral Medicine*.

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

PETRELLA, R.J., LATTANZIO, C.N. (2002). Does counseling help patients get active? Systematic review of the literature. *Le Médecin de famille canadien*, 48, 72-80.

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

PROVOST, M.H. *et al.* (2007). *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

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

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE (2003). *La prévention en actions. Plan d'action montréalais en santé publique, 2003-2006*. Direction de santé publique, Montréal.

RHYDDERCH, M. *et al.* (2006). Developing a facilitation model to promote organisational development in primary care practices. *BMC Family Practice*, 7, 38.

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

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

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

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Conférence internationale pour la promotion de la santé.

SERVICE DE SANTÉ SCO (2005). *I Care For Primary Care*. Site Internet: http://www.scohs.on.ca/bins/content_page.asp?cid=12-130-563&lang=1.

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

SIMONS-MORTON, D.G. *et al.* (1998). Effects of interventions in health care settings on physical activity or cardiorespiratory fitness. *Am. J. Prev. Med.*, 15, 4, 413-430.

SMITH, B.J. *et al.* (2002). *Do primary care interventions to promote physical activity work?* R167.

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

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

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

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

STRETCHER, V.J. (1999). Computer-tailored smoking cessation materials: a review and discussion. *Patient Educ. Couns.*, 36, 2, 107-117.

SWINBURN, B.A. *et al.* (1998). The green prescription study: a randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practitioners. *Am. J. Public Health*, 88, 2, 288-291.

SWINBURN, B., McLENNAN, J. (1998). The Green Prescription: a novel way of increasing uptake of physical activity. *The New Zealand Public Health Report*, 5, 4, 25-26.

TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES (2002). Recommendations to increase physical activity in communities. *Am. J. Prev. Med.*, 22, suppl. 4, 67-72.

THOMPSON, J.W., KAMEROW, D.B. (1996). Put Prevention Into Practice. *American Journal of Preventive Medicine*, 12, 4, 219-220.

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

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

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

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

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

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

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

WELLS, K.B. *et al.* (1984). Do physicians preach what they practice? A study of physicians' health habits and counseling practices. *JAMA*, 252, 20, 2846-2848.

WENSING, M., VAN DER WEIJDEN, T., GROL, R. (1998). Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? *Br. J. Gen. Pract.*, 48, 427, 991-997.

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

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

WOLBERG, L.R. (1967). *The technique of psychotherapy*. New York, Grune et Stratton.

WOOLF, S.H. *et al.* (2005). Putting it together: finding success in behaviour change through integration of services. *Annals of Family Medicine*, 3, suppl. 2, S20-S27.

WYSZEWIANSKI, L., GREEN, L.A. (2000). Strategies for changing clinicians' practice patterns. A new perspective. *J. Fam. Pract.*, 49, 5, 461-464.

YEAZEL, M.W. *et al.* (2002). Put Prevention Into Practice (PIIP): Evaluating PIIP in two family practice residency sites. *Fam. Med.*, 34, 1, 17-22.

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

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



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

Définition de l'entrevue motivationnelle (EM)

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

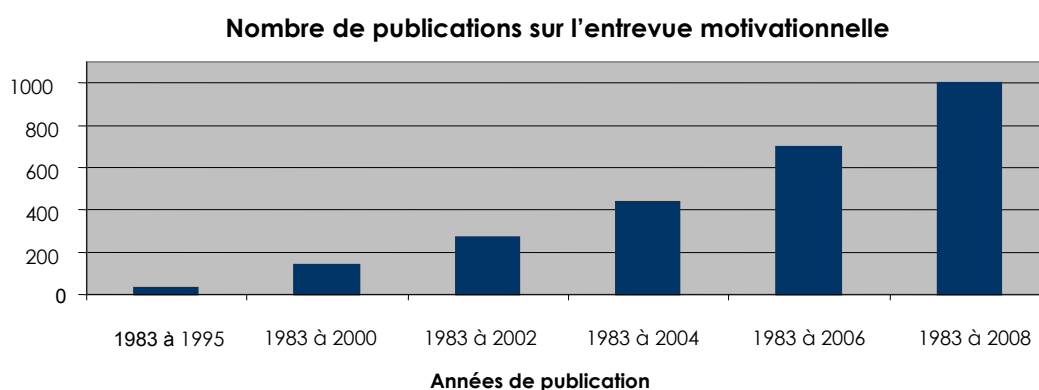
Les écrits sur l'entrevue motivationnelle

Un survol de la littérature traitant de l'EM a été effectué par le Dr Jean-Marc Assaad²² en octobre 2008. Cet exercice a permis de recenser plusieurs articles scientifiques portant sur les effets de l'EM sur l'adoption de saines habitudes de vie, notamment l'activité physique et la saine alimentation.

²² Jean-Marc Assaad détient un doctorat en psychologie clinique de l'Université McGill. Il est impliqué dans un programme de recherche de l'Université de Montréal et de l'Université McGill qui s'articule autour des systèmes psychoneurobiologiques de motivation et de cognition. Il a publié divers articles scientifiques et présenté ses travaux lors de conférences internationales. Depuis 1995, le Dr Assaad soutient les individus dans l'adoption de comportements sains, tant en établissements hospitaliers qu'en bureau privé. Il est directeur des services de prévention et de formation à PsyMontreal Inc., offrant la formation en entrevue motivationnelle aux professionnels de la santé.

L'efficacité de l'entrevue motivationnelle

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



Méthode

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

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

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

Résultats

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

Le nombre de sessions nécessaires pour une intervention efficace en EM

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

La méta-analyse de Rubak et coll. (2005) inclut 72 études empiriques avec un groupe contrôle et des sujets randomisés. Une des analyses de cet article regarde les effets de l'EM en fonction du nombre de séances. Le tableau suivant indique que même si des résultats positifs et statistiquement significatifs puissent être obtenus avec une seule intervention (observé dans 40 % des études), on obtient par ailleurs des résultats positifs et significatifs avec plus de fiabilité avec 2 sessions (observé dans 100 % des études) et plus.

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

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

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

Liste des références

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 méta-analyses

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

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

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

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée)	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	L'amélioration des pratiques cliniques préventives à l'égard des habitudes de vie	10 \$	
	NUMÉRO D'ISBN (version imprimée) 978-2-89494-727-2		

Nom

Adresse

No	Rue	App.
Ville		Code postal

Téléphone

Télécopieur

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

Veuillez retourner votre bon de commande à :

Centre de documentation
Direction de santé publique
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : 514 528-2400 poste 3646

