

L'INTÉGRATION DE PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES



L'EXPÉRIENCE D'AU CŒUR DE LA VIE



Québec 

AUTEURES

Sylvie Chevalier, M. Sc.

Institut national de santé publique du Québec et
Direction de santé publique de Montréal

Lise Renaud, Ph. D.

Institut national de santé publique du Québec et
Direction de santé publique de Montréal

Francine Hubert, B. Ling. B. A.

Direction de santé publique de Montréal

AVEC LA COLLABORATION DE

Raymonde Pineau, Direction de santé publique de la Capitale nationale, Ginette Turbide, Direction de santé publique de la Capitale nationale, Anne-Marie Grenier, Direction de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Nathalie Ratté, Direction de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Louise Soulière, Direction de santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Chantal Bergeron, Direction de santé publique de l'Outaouais.

CONCEPTION GRAPHIQUE

Lucie Chagnon

FINANCEMENT

Le Programme québécois de dissémination en santé du cœur-II (PQDSC-II) est financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (Direction générale de la santé publique [DGSP] et Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de gestion de l'information [DGPSEGI]). De plus, les directions de santé publique (DSP) de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de Montréal, de l'Outaouais et de la Capitale nationale ainsi que l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ont contribué substantiellement en y investissant des ressources humaines et matérielles. Le PQDSC-II n'aurait pu être rendu possible sans la création d'un partenariat entre les directions de santé publique et les centres locaux de services communautaires (CLSC). Enfin, le PQDSC-II a bénéficié du soutien de la Fondation des maladies du cœur du Québec, de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, ainsi que des Universités McGill, de Montréal et Laval.

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Internet de l'Institut national de santé publique du Québec : <http://www.inspq.qc.ca>

Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>)

Cote : INSPQ-2005-043

Dépôt légal – 3^e trimestre 2005

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 2-550-44746-8

© Institut national de santé publique du Québec (2005)

L'INTÉGRATION DE PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES



L'EXPÉRIENCE D'AU CŒUR DE LA VIE

ASSOCIATION
QUÉBÉCOISE
d'établissements de santé
et de services sociaux



Québec 

- Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, de la Maurice et du Centre-du-Québec, de Montréal et de l'Outaouais / Directions de santé publique
- Institut national de santé publique
- Ministère de la Santé et des Services sociaux

REMERCIEMENTS

Ce document est basé sur l'expérience acquise au cours de la phase expérimentale d'***Au cœur de la vie***, réalisée entre 2001 et 2004, et financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). Elle a été conduite par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en collaboration avec l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux ainsi que la Fondation des maladies du cœur du Québec (FMCQ), qui a fourni du matériel éducatif. Quatre directions de santé publique (DSP) et vingt centres locaux de services communautaires (CLSC) y ont participé. Nous tenons à les remercier sincèrement pour leur contribution et leur engagement.

Ce guide est le fruit des discussions et des échanges entre les auteures Sylvie Chevalier, Francine Hubert, Lise Renaud et les équipes des DSP participantes, soit : Anne-Marie Grenier, Louise Soulière et Nathalie Ratté (Mauricie et Centre-du-Québec), Raymonde Pineau et Ginette Turbide (Capitale nationale), Annick Mwilambwe, Roger Girard et Chantal Bergeron (Outaouais), de même qu'Isabelle Samson (Montréal).

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a assumé la réalisation du volet « Intervention », coordonné par Sylvie Chevalier, et du volet « Recherche », coordonné par Viviane Leaune, avec la collaboration de Sara La Tour, Roseline Lambert, Mélanie Bourque, Caroline Bélanger, Isabelle Poulin et Daniel Cournoyer.

Nous remercions Michel Beauchemin, Pierre Bergeron, Liliane Bertrand, Josée Bourdages, Monick Coupal, Véronique Déry, Jacques Durocher, Pauline Fortin, Anne-Marie Grenier, Brigitte Lachance, Paule Masson, Gloria Sacks Silver, Denis St-Amand et Normand Trempe, membres du comité consultatif. Merci également à François Desbiens, André Dontigny, Lucie Lemieux et Richard Lessard, directeurs des DSP participantes.

Un grand merci à toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont participé au projet, alimenté nos discussions et rendu possible l'écriture de ce guide. Merci également à Christine Pakenham, du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour la relecture du document, ainsi qu'à Mireille Paradis, de la DSP de Montréal pour son aide à l'édition du document.

D^{re} Lise Renaud,
Responsable de l'intervention

D^r Gilles Paradis,
Responsable de la recherche

*Projet **Au cœur de la vie***

Table des matières

5	SECTION 1 ● OBJECTIFS ET PHILOSOPHIE
6	1.1 Historique
6	1.2 Objectifs
6	1.3 La philosophie : l'accompagnement de la Direction de santé publique
7	1.4 Le contenu
9	SECTION 2 ● POURQUOI – ASSISES THÉORIQUES
10	2.1 Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives : une priorité
10	2.2 Contexte québécois
11	2.3 Difficultés liées au changement de pratique
11	2.4 Cadre d'intervention
11	2.4.1 Cibles
11	2.4.2 Stratégies d'intervention pour un changement de pratique
13	SECTION 3 ● QUI – PARTAGE DES RÔLES ET DES RESPONSABILITÉS
14	3.1 Le ministère de la Santé et des Services sociaux
14	3.1.1 Offrir un soutien financier
14	3.2 L'Institut national de santé publique du Québec
14	3.2.1 Coordination provinciale
15	3.2.2 Évaluation du projet
15	3.3 Les directions de santé publique
15	3.3.1 Intégrer <i>Au cœur de la vie</i> dans la programmation régionale de santé publique
16	3.3.2 Libérer les ressources humaines
16	3.3.3 Assurer un accompagnement aux milieux cliniques
16	3.3.4 Promouvoir le programme, identifier les milieux cliniques prioritaires et les recruter
17	3.3.5 Assurer une coordination régionale
18	3.4 Les centres locaux de services communautaires (CLSC)
19	SECTION 4 ● COMMENT – PROCESSUS
20	Implantation du plan d'action en 5 phases
22	4.1 Phase 1 : Début de l'implantation
22	4.1.1 Engagement et amorce de la collaboration entre la DSP et chacun des milieux cliniques
22	4.1.2 Précision des rôles et des responsabilités de chacun des partenaires et des modalités de fonctionnement
22	4.1.3 Présentation du programme à l'ensemble des intervenants
23	4.2 Phase 2 : Analyse préparatoire au déploiement du programme
23	4.2.1 Révision des lignes directrices en fonction des maladies chroniques et des habitudes de vie choisies
23	4.2.2 Lecture de l'environnement externe

Table des matières (suite)

23	4.2.3	Portrait du milieu clinique
24	4.2.4	Présentation du portrait du milieu
25	4.3	Phase 3 : Élaboration du plan d'action
25	4.3.1	Choix d'une thématique d'intervention
25	4.3.2	Choix des lignes directrices ou des consensus d'experts
26	4.3.3	Définition des messages brefs
26	4.3.4	Sensibilisation du personnel
26	4.3.5	Définition des actions du plan d'action
28	4.4	Phase 4 : Implantation, suivi et consolidation du plan d'action
28	4.4.1	Implantation du plan d'action : stratégie éducationnelle – les formations
29	4.4.2	Implantation du plan d'action : stratégie de soutien à la pratique – les outils
29	4.4.3	Implantation du plan d'action : stratégie organisationnelle – les changements des environnements de pratique
29	4.4.4	Suivi et consolidation du plan d'action
30	4.5	Phase 5 : Évaluation des activités
31		SECTION 5 ● RÉFLEXIONS SUR L'EXPÉRIENCE
32	5.1	La coordination provinciale
32	5.1.1	Trouver une assise provinciale au projet
32	5.1.2	La mise en commun : une nécessité rendue possible par les rencontres provinciales, les conférences téléphoniques et le portail Internet
32	5.1.3	Les lignes directrices : fournir l'expertise scientifique et technique
32	5.1.4	Les lignes directrices : passer du scientifique au pratique
33	5.1.5	Contribuer à la formation des intervenants
33	5.1.6	Le budget pour le développement d'outils et la formation
33	5.1.7	La coordination nécessite la contribution d'un médecin
33	5.2	L'accompagnement régional
33	5.2.1	Une équipe gagnante : au moins deux personnes
33	5.2.2	Un accompagnement de type consultant : le projet est construit avec le milieu
34	5.2.3	Le roulement du personnel : une réalité avec laquelle composer
34	5.2.4	Inscrire le projet dans la programmation régionale
34	5.2.5	Présenter le projet aux CMDP
34	5.2.6	Susciter l'intérêt du milieu clinique
35		SECTION 6 ● AVEC QUOI – RÉFÉRENCES ET CD-ROM « AU CŒUR DE LA VIE »
36	6.1	Références

OBJECTIFS ET PHILOSOPHIE

1.1 | Historique

Le programme *Au cœur de la vie* a d'abord été un projet de recherche et d'intervention axé sur la dissémination de pratiques cliniques préventives en santé du cœur jugées efficaces par des autorités scientifiques. Le volet « Intervention » (2001-2004) visait les professionnels des services courants de vingt centres locaux de services communautaires (CLSC) de quatre régions du Québec ; celles de la Capitale nationale, de la Mauricie et du Centre-du-Québec, de Montréal et de l'Outaouais.

Il fait suite à un projet de démonstration pancanadien en santé du cœur, lequel s'est déroulé de 1992 à 1997. Au Québec, ce dernier est implanté à Laval, Rivière-du-Loup et Montréal grâce à l'appui financier des gouvernements fédéral et provincial. Le gouvernement canadien ainsi que les provinces ont mis en place, sur une base volontaire et à frais partagés, l'initiative en santé du cœur. Cette initiative avait pour objectif de soutenir les réseaux de santé publique pour l'élaboration de modèles de programmes communautaires intégrés et multifactoriels de prévention des maladies du cœur. La phase qui suit celle de démonstration en est une de dissémination, dans laquelle s'inscrit le programme *Au cœur de la vie*.

La dissémination se définit comme un processus « actif et planifié » de transmission de connaissances, d'innovations ou d'objets concrets qui cible des groupes d'intervenants, processus qui peut entraîner des changements de pratiques (Landry, Amara et Lamari, 2001). Pour réussir ces changements, il est important de tenir compte du milieu dans lequel évoluent les intervenants et de faire en sorte que ces changements s'y intègrent concrètement (INSPQ, 2001).

1.2 | Objectifs

Au cœur de la vie vise à :

- intégrer des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques à la pratique quotidienne des intervenants de première ligne ;
- soutenir le travail interdisciplinaire des intervenants de première ligne et renforcer les échanges et les liens avec les ressources de la communauté.

Pour atteindre ses objectifs, le programme s'appuie sur un modèle de transfert actif des connaissances visant leur intégration dans la pratique quotidienne des intervenants de première ligne (Landry, Amara et Lamari, 2001). Il implique une interaction directe entre une équipe de responsables régionaux de la DSP et une équipe d'intervenants de première ligne aux services courants des CLSC expérimentaux. Le défi de ces deux équipes était de modifier les pratiques et l'environnement de pratique de façon à ce que les changements amorcés se maintiennent dans le milieu.

1.3 | La philosophie : l'accompagnement de la Direction de santé publique

Afin d'atteindre ces objectifs, *Au cœur de la vie* propose 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 les pratiques 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, St-Arnaud, 2003).

Il gère le déroulement de cette séquence d'opérations, soit :

- planifier le déroulement du processus aussi bien dans son ensemble que dans chacune des étapes ;
- choisir et utiliser une instrumentation adéquate pour appuyer le déroulement du processus ;
- prendre les décisions requises pour s'assurer que le processus se déroule de façon à produire les effets attendus ;
- coordonner les activités et les ressources au cours du processus ;
- évaluer et superviser le déroulement (Lescarbeau, Payette, St-Arnaud, 2003).

Nous retrouvons l'essence de cette approche dans les expériences américaines *Put prevention into practice* (PPIP) (AHQR, 2002) ou *Step-Up* (Goodwin et coll., 2001). Dans ces projets, une infirmière agit à titre de consultante pour évaluer si les intervenants du milieu clinique sont fin prêts à changer leur pratique et à y intégrer la prévention. ***Au cœur de la vie*** s'inscrit dans ce type d'approche.

Pour actualiser cette philosophie, ***Au cœur de la vie*** propose que des professionnels de la santé publique collaborent étroitement avec un responsable local et son équipe des services courants dans les CLSC expérimentaux. Le professionnel de la santé publique, aussi appelé responsable régional, agit à titre de consultant en cumulant les rôles de formateur, de conseiller, d'animateur, d'analyste, de médiateur, d'aidant, de *coach* et d'agent de rétroaction. Bien qu'il agisse aussi à certains moments à titre d'« expert » de contenu, cette expertise servira à alimenter les processus de changement.

Les responsables locaux agissent, pour leur part, à titre de catalyseur et d'agent de changement. Ils animent et soutiennent les actions dans leur milieu. ***Au cœur de la vie*** propose donc un processus d'accompagnement qui mène à des changements de pratique pouvant aller jusqu'à des modifications de l'environnement de pratique. Il ne s'agit pas d'un programme clés en main, mais plutôt d'une démarche qui se construit avec le CLSC, selon les contraintes et les besoins identifiés dans chaque milieu.

Les responsables régionaux (professionnels de santé publique) sont essentiels au processus d'accompagnement dans les étapes de sensibilisation (année 1), d'analyse du milieu (année 1), de documentation d'interventions efficaces, de conception et d'implantation du plan d'action (années 1, 2, 3). Le soutien du responsable régional consiste à aider le responsable local à planifier et à concevoir un plan d'action dans lequel les interventions mises en place permettront d'atteindre les objectifs précités. Le personnel et les gestionnaires des services courants s'impliquent dans cette démarche qui les amène à modifier certains aspects de leur pratique et de l'organisation des soins.

1.4 | Le contenu

Ce document est conçu pour faciliter l'implantation d'***Au cœur de la vie***, qui vise l'intégration de pratiques cliniques préventives par le biais d'interventions brèves, tel que mentionné dans le cadre de référence de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques (MSSS, 2004). Il se divise en six sections :

- la première présente les objectifs et la philosophie d'***Au cœur de la vie*** ;
- la deuxième, les assises théoriques qui sous-tendent le programme ;
- la troisième, le partage des rôles et des responsabilités tels qu'ils ont été vécus au cours de la phase expérimentale ;
- la quatrième, les étapes du processus d'accompagnement ;
- la cinquième, les réflexions sur l'expérience ;
- la dernière, les outils utilisés ou conçus au cours de la phase expérimentale du projet. Ces outils sont répertoriés sur le CD-ROM créé à cet effet. Le document et les outils sont aussi accessibles sur le site Internet de l'Institut national de santé publique du Québec, à l'adresse www.inspq.qc.ca.

Ce document est destiné aux professionnels et aux gestionnaires de santé publique qui voudraient implanter un programme semblable dans leur région. Il leur permettra de :

- comprendre la démarche entreprise dans le projet ***Au cœur de la vie*** ;
- faire connaître le programme ***Au cœur de la vie*** aux intervenants et aux responsables des milieux cliniques ;
- faciliter l'implantation du programme en faisant appel aux outils conçus et utilisés dans le cadre de la phase expérimentale du projet ;
- évaluer les actions entreprises.

Bien que les problématiques abordées au cours de la phase expérimentale tournaient autour de la santé cardiovasculaire et se déroulaient dans les services courants des CLSC, nous croyons que la démarche présentée peut s'appliquer et être adaptée à d'autres milieux cliniques et à d'autres thématiques.

Le document présente l'ensemble de la démarche, qui s'est vécue à des intensités différentes selon les milieux. La souplesse est requise dans l'application de cette démarche. Parfois, certaines étapes peuvent être écourtées.

Nous dirigeons le lecteur vers deux autres publications actuellement en cours de production par le MSSS, qui compléteront celle-ci :

- *L'intégration de pratiques cliniques préventives : Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives à l'intention des directions de santé publique du Québec* (Groulx), à paraître.
- *L'intégration de pratiques cliniques préventives : Portfolio, prévention, dépistage et suivi de l'hypertension artérielle à l'intention des milieux cliniques* (Bélanger), à paraître.

POURQUOI

ASSISES THÉORIQUES

2.1 | Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives : une priorité

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) prévoit qu'en 2020, les maladies chroniques seront responsables de trois décès sur quatre dans le monde (Lachance et Colgan, 2004). Pour les pays industrialisés, près de trois décès sur quatre seraient attribuables aux maladies chroniques suivantes : maladies ischémiques, accidents vasculaires cérébraux et diabète (Lachance et Colgan, 2004). Déjà, au Québec, en 2001, près de 75 % des décès étaient attribuables aux maladies chroniques (Lachance et Colgan, 2004). Ces dernières, définies comme des « maladies présentant un cours prolongé qui ne se résolvent pas spontanément et pour lesquelles une cure complète est peu souvent atteinte », sont intimement liées aux mauvaises habitudes de vie, notamment à l'usage du tabac, à la sédentarité et à une mauvaise alimentation, ainsi qu'à divers déterminants de la santé (Lachance et Colgan, 2004). Les principales maladies chroniques sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, les maladies respiratoires obstructives chroniques, l'ostéoporose, les maladies buccodentaires et l'obésité (MSSS, 2003).

L'OMS adoptait récemment la *Stratégie mondiale pour l'alimentation et l'activité physique*, laquelle, combinée à des mesures de lutte antitabac efficaces, devrait servir de base à une prévention efficace des maladies chroniques (OMS, 2004). Cette stratégie prend assise sur les données scientifiques et les résultats de recherche disponibles, lesquels doivent être largement diffusés et disséminés, entre autres, dans les milieux cliniques (OMS, 2004). La dissémination des pratiques cliniques préventives constitue l'objectif visé par *Au cœur de la vie*. Les pratiques cliniques préventives qui ont été abordées au cours du projet concernent la pratique de l'activité physique, la saine alimentation, le non-tabagisme, l'hypertension et les dyslipidémies.

La part des facteurs de risque et des habitudes de vie dans l'apparition de problèmes de l'appareil circulatoire justifie d'autant plus la dissémination et l'implantation des pratiques cliniques préventives qui leur sont associés. Il a été démontré que neuf facteurs de risque modifiables sont responsables de 90 % du risque populationnel de développer un infarctus du myocarde. Ces risques sont : le ratio anormal ApoB/ApoA-1, le tabagisme, le diabète, l'hypertension, l'obésité abdominale, les facteurs psychosociaux (stress et dépression), la sous-consommation de fruits et de légumes, la sédentarité et la surconsommation d'alcool.

Les saines habitudes de vie, quant à elles, (pratique régulière d'activité physique, consommation de fruits et de légumes et le non-tabagisme) réduisent à elles seules 80 % du risque relatif de subir un infarctus du myocarde (Yusuf et coll., 2004).

2.2 | Contexte québécois

En 2000, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (aussi appelée « Commission Clair ») proposait « un programme intégré de prévention des principales maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, maladies de l'appareil respiratoire, diabète) incluant le développement d'habitudes de vie saines », dans le cadre des interventions préventives réalisées auprès des adultes. Elle proposait également que les pratiques cliniques préventives fassent partie intégrante du « coffre d'outils » des professionnels cliniciens et confiait aux DSP un rôle beaucoup plus actif dans la diffusion des connaissances sur les meilleures pratiques de prévention auprès des professionnels de la santé (Gouvernement du Québec, 2000).

Les propositions de la Commission Clair trouvent écho, deux ans plus tard, dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*, où la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives sont proposées comme une des solutions potentielles à la réduction des maladies chroniques (MSSS, 2003).

La prévention et la promotion constituent donc les éléments centraux des solutions proposées tant par la Commission Clair (Gouvernement du Québec, 2000) que par le *Programme national de santé publique du Québec* (MSSS, 2003). Ils proposent aux directions de santé publique « de faire connaître aux professionnels de la santé et des services sociaux les pratiques efficaces de prévention afin qu'elles s'intègrent dans leur pratique clinique ».

Finalement, en 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux déposait une proposition d'actions pour prévenir les problèmes liés au poids au Québec, dans laquelle les intervenants de santé de première ligne sont appelés à donner à l'ensemble de la population un counseling individuel pour favoriser l'adoption d'un mode de vie physiquement actif et d'une saine alimentation (MSSS, 2004). C'est ce que propose le programme *Au cœur de la vie*. De plus, les nouveaux centres de santé et de services sociaux (CSSS), nés au cours de l'année 2004 de la fusion de plusieurs établissements, dont les CLSC, ont à rédiger un projet clinique dans lequel la prévention et la promotion de la santé doivent être intégrées. Le programme que nous proposons est une façon de répondre à cet impératif.

2.3 | Difficultés liées au changement de pratique

La littérature scientifique permet d'anticiper certaines barrières qui pourraient freiner l'intégration de la prévention et de la promotion dans la pratique professionnelle (McClaran et coll., 2001; INSPQ, 2001). Ces barrières sont, entre autres :

- l'inefficacité perçue par les professionnels de leurs actions de promotion ou de prévention auprès de leur clientèle (attentes mitigées quant aux résultats) ;
- le manque de temps ;
- la non-observance des patients à leurs conseils ;
- la perception que la promotion ou la prévention ne font pas partie du rôle du professionnel ;
- l'absence de consensus dans les guides de pratiques ;
- l'absence de mesures incitatives financières ou l'insuffisance des sommes remboursées (pour les médecins payés à l'acte) ;
- l'environnement de pratique qui ne se prête pas à l'intégration de telles activités (absence de systèmes de rappel et de matériel de consultation, peu de soutien de la part du personnel ou des consultants) ;
- le patient vient rarement consulter pour de la prévention/promotion, il vient pour des soins curatifs.

Les auteurs Haynes et Haines (1998) ont classé ces barrières en six catégories :

1. **l'environnement de pratique** (manque de temps, absence de mécanismes pour suivre la prescription des patients, clinique sur rendez-vous par rapport au sans rendez-vous) ;
2. **l'environnement éducationnel** (éducation continue insuffisante ou inappropriée, absence de mesures incitatives pour assister aux formations continues) ;
3. **l'environnement du système de santé** (manque de ressources financières, clientèle non clairement identifiée, politiques de santé qui encouragent des pratiques inefficaces ou qui n'ont pas été prouvées efficaces, accessibilité réduite des médecins à de la formation continue) ;

4. **l'environnement social** (influence des médias sur les patients qui pourraient générer une demande accrue pour des soins préventifs ou de l'information sur une habitude de vie, facteur de risque ou une problématique de santé) ;

5. **les facteurs liés aux praticiens** (connaissance, influence de leader d'opinion, croyances et attitudes) ;

6. **les facteurs liés aux patients** (demande plus accentuée de la part des patients pour des soins curatifs par rapport à des soins préventifs dans un contexte de virage ambulatoire, perceptions ou croyances culturelles de ce que devraient être des soins appropriés, donc l'agenda du patient est rarement lié à la prévention et à la promotion).

Au cœur de la vie, de par son approche et ses objectifs, tente de mettre en place des interventions qui tiennent compte de ces barrières, particulièrement celles touchant les environnements de pratique et éducationnel ainsi que celles liées aux praticiens et aux patients.

2.4 | Cadre d'intervention

2.4.1 | CIBLES

Le cadre d'intervention utilisé au cours de la phase expérimentale propose de mettre en place des actions qui ciblent à la fois les **pratiques** des intervenants (dépistage, diagnostic, traitement non pharmacologique et références), l'**interdisciplinarité** (travail d'équipe et harmonisation des messages) et les **ressources** de la communauté (création ou consolidation de liens avec des groupes communautaires, des services privés, etc.).

2.4.2 | STRATÉGIES D'INTERVENTION POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE

Il existe différents types d'interventions pour surmonter les barrières identifiées dans la littérature scientifique et modifier les pratiques cliniques. Selon Wyszewlanski et Green (2000), ces interventions appartiennent à deux catégories : celles qui sont axées sur les connaissances (éducatives) et celles qui sont axées sur les comportements (soutien à la pratique) (INSPQ, 2001). Dans le cadre du projet, nous avons ajouté une troisième catégorie : celle qui touche l'environnement de pratique (organisationnelle).

Le tableau suivant illustre les différences entre ces trois types d'intervention.

TYPES DE STRATÉGIES SUSCEPTIBLES DE MODIFIER LES PRATIQUES CLINIQUES

STRATÉGIES	DÉFINITIONS
Axée sur les connaissances (éducationnelle)	Interventions de nature purement éducative se présentant de façon classique sous forme de programmes de formation médicale continue (INSPQ, 2001).
Axée sur les comportements des intervenants (soutien à la pratique)	Interventions exploitant des stratégies non éducatives destinées à modifier le comportement, généralement par des encouragements ou des pénalités et se subdivisant en stratégies facilitantes ou directives. Dans le cadre du projet, nous utilisons des stratégies dites « facilitantes » (INSPQ, 2001).
Axée sur l'environnement de pratique (organisationnelle)	Interventions visant à améliorer l'environnement de pratique et touchant soit à l'organisation des soins, à l'organisation physique des lieux de pratique, à la promotion du travail d'équipe ou à la coordination entre les services en vue de permettre l'intégration de la promotion de la santé et la prévention à leur pratique (interprétation libre).

Nous avons proposé aux milieux cliniques d'intervenir sur ces cibles en utilisant au moins deux stratégies pour maximiser l'effet de leurs actions sur les pratiques des intervenants. Il a été en effet démontré que les interventions multistratégiques, soit celles qui comportent deux ou plusieurs types d'interventions (didactique, distribution de matériel éducatif, visites éducatives, etc.) ont une efficacité constante (INSPQ, 2001).

QUI

PARTAGE DES RÔLES ET DES RESPONSABILITÉS

Au cours de la phase expérimentale, l'implantation d'*Au cœur de la vie* s'est concrétisée grâce à l'implication de quatre niveaux d'acteurs : le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), qui a financé le projet, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), qui en a assuré la coordination et l'évaluation, de même que les directions de santé publique (DSP), qui intervenaient aux services courants des CLSC expérimentaux de leur région. Soulignons l'implication importante des CLSC participants, sans laquelle le projet n'aurait pu avoir lieu.

3.1 | Le ministère de la Santé et des Services sociaux

3.1.1 | OFFRIR UN SOUTIEN FINANCIER

Afin de faciliter l'implantation provinciale du programme, le MSSS et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont contribué financièrement, permettant ainsi d'engager de l'argent pour soutenir à la fois l'intervention et l'évaluation. Cette masse budgétaire a été répartie en enveloppes provinciale, régionales et locales. Le budget provincial couvrait les frais liés à l'évaluation, aux rencontres provinciales, à la formation des responsables régionaux et des intervenants locaux. Le budget régional couvrait entre autres les frais de photocopies, les honoraires professionnels des formateurs, le temps de libération du personnel des milieux cliniques au cours des formations, les dépenses liées aux rencontres régionales (avec tous les milieux impliqués). Le budget local servait principalement à financer le salaire des responsables locaux, soit l'équivalent d'au moins une journée de libération par semaine.

Outre sa contribution financière, le MSSS a guidé les orientations à donner au projet au moment de sa conception. Il a suivi le processus d'implantation en participant aux rencontres annuelles du comité consultatif ainsi qu'à certaines rencontres provinciales dans lesquelles nous discutons de la poursuite du projet au-delà de la phase expérimentale.

3.2 | L'Institut national de santé publique du Québec

L'Institut national de santé publique du Québec a assumé la coordination provinciale et l'évaluation d'*Au cœur de la vie*. La coordination consistait à :

- créer et maintenir des échanges entre les responsables régionaux ;
- fournir l'expertise scientifique et technique ;
- animer une réflexion provinciale sur l'intégration de pratiques cliniques préventives (PCP).

3.2.1 | COORDINATION PROVINCIALE

CRÉER ET MAINTENIR DES ÉCHANGES ENTRE LES RESPONSABLES RÉGIONAUX Le responsable de la coordination provinciale a tenté de répondre aux besoins des responsables régionaux des DSP pour la mise en place du programme. Ces besoins pouvaient s'exprimer en termes de contenu, d'orientation, d'accompagnement, d'outils et de formation.

Il s'est également assuré de la mise en commun des expertises et des expériences régionales au moyen de conférences téléphoniques régulières, de rencontres provinciales bisannuelles, de la rédaction d'un bulletin d'information, d'organisation de formation ou en utilisant une base de discussion installée sur Lotus Notes.

Fournir l'expertise scientifique et technique

D'après l'expérience vécue au cours de la phase expérimentale, le responsable de la coordination provinciale doit s'assurer de transmettre aux responsables régionaux les dernières mises à jour des lignes directrices et recommandations de groupes d'experts, de même que toutes autres informations scientifiques nécessaires à la mise en place du programme. La littérature scientifique doit être revue régulièrement tant en ce qui concerne les lignes directrices que la mise à jour des stratégies reconnues efficaces pour amener un changement de pratique chez les intervenants de première ligne. De plus, les lignes directrices doivent être présentées et adaptées en fonction du contexte de pratique.

Ainsi, les responsables régionaux ont tenté de transposer en gestes l'essentiel des lignes directrices en termes de prévention, dépistage, diagnostic, traitement non pharmacologique et suivi de la clientèle hypertendue, fumeuse et hypercholestérolémique. Des messages brefs en nutrition et en activité physique ont été adoptés, tant pour la prévention de ces maladies chroniques que pour la promotion de la santé.

Il a été utile et nécessaire d'harmoniser les connaissances des responsables régionaux sur les derniers consensus d'experts ou sur les dernières mises à jour des lignes directrices, dans le but de guider les responsables locaux dans la mise en place de leurs actions. Le responsable de la coordination provinciale assumait ce rôle en organisant des formations et des rencontres provinciales.

ANIMER UNE RÉFLEXION PROVINCIALE SUR L'INTÉGRATION DE PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES DANS LA PRATIQUE DES INTERVENANTS Au moment où *Au cœur de la vie* en était à ses débuts, trois régions participantes sur quatre n'avaient pas ou peu d'expérience en implantation de pratiques cliniques préventives (PCP). Le groupe de travail provincial, composé des responsables régionaux, du responsable de la coordination provinciale et de la chercheuse principale a donc été un lieu de réflexion et de partage crucial pour la construction et l'implantation du projet dans chacune des régions. Les liens maintenus pendant toute la durée de la phase expérimentale ont permis de créer un climat de collégialité, facilitant ainsi une réflexion sur les stratégies à privilégier pour favoriser l'intégration de PCP selon les contextes régionaux de chacun. Ces liens se sont créés par la tenue régulière de rencontres provinciales et de conférences téléphoniques.

Ce travail provincial a été selon nous très aidant pour amorcer le travail d'intégration de PCP régionalement, particulièrement pour les régions sans expérience dans ce domaine.

Au-delà de l'animation du groupe de travail provincial, le responsable de la coordination provinciale a fourni un cadre d'intervention définissant clairement les cibles et les types de stratégies à mettre en place. Ce cadre d'intervention a servi de point de départ à la réflexion, tout en guidant les responsables régionaux dans la mise en place du projet dans leur région.

CD

QUI - Présentation du programme → Présentation aux chefs de programmes → **Cadre intervention CLSC.ppt**

QUI - Présentation du programme → Présentation aux chefs de programmes → **Cadre intervention DSP.ppt**

3.2.2 | ÉVALUATION DU PROJET

L'INSPQ a contribué au projet en participant à son évaluation. Les outils utilisés pendant la phase expérimentale sont disponibles sur le CD-ROM. Trois types d'évaluation ont été menés : une évaluation d'implantation, d'impact et de résultats. L'évaluation s'est faite en trois temps : au début, à mi-parcours et à la fin de la phase expérimentale.



Évaluation du programme

3.3 | Les directions de santé publique

Les directions de santé publique ont, au cours de la phase expérimentale :

- intégré *Au cœur de la vie* à la programmation régionale de santé publique, puis au plan d'action régional de santé publique (PAR) ;
- libéré les ressources humaines régionales pour la réalisation du programme ;
- assuré un accompagnement des milieux cliniques ;
- promu le programme, identifié les milieux cliniques prioritaires et recruté ceux intéressés ;
- assuré la coordination régionale.

3.3.1 | INTÉGRER AU CŒUR DE LA VIE DANS LA PROGRAMMATION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE

L'expérience a démontré que le fait d'intégrer le projet dans la programmation régionale de santé publique rend son opérationnalisation plus aisée et lui permet de se perpétuer au-delà de la subvention de recherche. Ce point s'est avéré important à négocier en région, puisqu'au début de la phase expérimentale, trois directions de santé publique sur quatre n'avaient pas d'équipe régionale dédiée à l'intégration de pratiques cliniques préventives.

3.3.2 | LIBÉRER LES RESSOURCES HUMAINES

Au cours de la phase expérimentale, la DSP a libéré les ressources humaines nécessaires à l'implantation du programme. L'équipe de base était idéalement composée d'un agent de planification et de programmation sociosanitaire et d'un médecin. À cette équipe sont venues se joindre d'autres ressources spécialisées (de Kino-Québec, nutritionniste, intervenant de l'équipe tabac, etc.) lorsque les besoins le justifiaient. Nous avons noté que la présence d'un médecin facilite la négociation avec le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) des milieux cliniques et permet les mises au point scientifiques et cliniques.

L'équipe régionale travaille avec des professionnels des milieux cliniques dont la fonction est d'abord d'offrir des services de première ligne. Outre leurs qualités professionnelles, les membres de l'équipe régionale doivent démontrer un enthousiasme et un intérêt marqués pour l'intégration de pratiques cliniques préventives. Ils doivent également être des mobilisateurs, capables de donner un regain d'énergie au milieu clinique dans les moments difficiles et de faciliter les échanges entre les intervenants et les gestionnaires. Ils ont la capacité de travailler en équipe multidisciplinaire, sont capables de s'adapter au milieu en faisant preuve de souplesse, de diplomatie et de respect dans leurs rapports avec les intervenants du milieu clinique.

3.3.3 | ASSURER UN ACCOMPAGNEMENT AUX MILIEUX CLINIQUES

L'équipe régionale a accompagné le responsable local au cours de toutes les étapes de planification et d'implantation du projet. Concrètement, elle a :

- présenté le projet aux instances décisionnelles du milieu clinique (phase 1) ;
- soutenu l'animation ou animé les réunions du comité de travail interdisciplinaire local nouvellement formé (phase 1) ;
- 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 (phase 2) ;
- apporté son expertise de santé publique pour guider le choix de la thématique d'intervention (phase 3) ;
- 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 (phase 3) ;
- participé à la conception, à l'implantation et au suivi des actions du plan d'action d'*Au cœur de la vie* (phases 3 et 4).

Rappelons que cette façon de faire découle de l'approche « consultant ». Le fait de participer et d'apporter un soutien à chacune des étapes du projet, de trouver des solutions aux barrières soulevées en fait un programme taillé sur mesure aux besoins du milieu clinique dans lequel il s'inscrit.

3.3.4 | PROMOUVOIR LE PROGRAMME, IDENTIFIER LES MILIEUX CLINIQUES PRIORITAIRES ET LES RECRUTER

Les DSP qui ont participé à la phase expérimentale ont identifié les CLSC prioritaires sur leur territoire et ensuite présenté le projet *Au cœur de la vie* à leurs instances décisionnelles (DG, CA, CMDP, etc.) dans le but de les inciter à s'y impliquer.

Ces présentations contenaient les points suivants :

- place d'*Au cœur de la vie* dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*, dans les recommandations de la Commission Clair et dans les priorités régionales de santé publique ;
- importance relative des problèmes de santé ou des habitudes de vie au Québec ;
- données locales des taux de mortalité et de morbidité liées aux problèmes de santé ou aux habitudes de vie ;
- pertinence de faire une analyse des besoins du milieu clinique ;
- définition du programme et des conditions de mise en place d'*Au cœur de la vie* ;
- conditions de succès ;
- démonstration de l'impact potentiel du counseling des intervenants sur la clientèle ;
- importance de la concordance des messages.

Le milieu clinique doit pouvoir trouver des avantages à participer à la mise en place du programme afin que cette démarche devienne un projet du milieu qui réponde à ses besoins. À cet égard, l'accompagnement de la DSP proposé au milieu clinique est garant du succès : le programme se construit avec lui, en fonction du contexte et des besoins des intervenants et de la clientèle. Pour maximiser l'effet de l'accompagnement du responsable régional, il est souhaitable qu'il soit présent dans le milieu clinique au moins une fois par mois par le biais d'une réunion statutaire, ou qu'il communique régulièrement avec le responsable local par téléphone ou par courriel.

CD

QUI - Présentation du programme → Présentation aux chefs de programmes → **Prés DG et chef progr.ppt**

QUI - Présentation du programme → Présentation aux chefs de programmes → **Présentation chefs de programme Mauricie.ppt**

QUI - Présentation du programme → Présentation au CMDP → **Consultation CMDP HTA.doc**

Si les milieux cliniques qui souhaitent implanter le programme sont trop nombreux pour les ressources humaines disponibles à la Direction de santé publique, celle-ci doit établir des critères de sélection objectifs lui permettant de justifier l'ordre dans lequel les milieux seront abordés pour implanter le programme. Dans le cadre du projet de recherche, la région de Montréal a été confrontée à ce problème et s'est dotée de critères pour trier les CLSC éligibles au programme. Ces critères étaient le nombre de clients qui fréquentaient les services courants et le taux de mortalité par maladies cardiovasculaires du territoire du CLSC.

CD

COMMENT - Planification du programme → Engagement du milieu → **Critères de sélection des CLSC.doc**

3.3.5 | ASSURER UNE COORDINATION RÉGIONALE

PROPOSITION D'UN CADRE D'INTERVENTION RÉGIONAL

Le cadre d'intervention utilisé au cours de la phase expérimentale propose de mettre en place des actions qui ciblent à la fois les pratiques, l'interdisciplinarité et les ressources de la communauté. Ces actions se déclinent en utilisant trois types de stratégies : éducationnelle, de soutien à la pratique et organisationnelle.

Les cibles : les pratiques, l'interdisciplinarité et les ressources de la communauté

Les pratiques des cliniciens s'articulent autour d'activités de dépistage, de diagnostic, de traitement, de counseling et de suivi des problèmes de santé. L'équipe régionale d'**Au cœur de la vie** propose à ces professionnels la formation et la mise à jour de connaissances, dans le but d'optimiser le dépistage et la prise en charge d'une clientèle, d'intégrer la promotion de la santé et la prévention primaire et secondaire dans leur pratique quotidienne.

Le programme vise également à maximiser l'**interdisciplinarité** dans le milieu clinique. Ce travail d'équipe permet d'offrir aux usagers des interventions de prévention primaire et secondaire harmonisées et actualisées. Le rôle de l'équipe régionale est de favoriser le dialogue et le travail entre ces différents intervenants et de s'assurer de la concordance des messages transmis par le personnel.

Les organismes et les **ressources de la communauté** méritent d'être connus des cliniciens afin de leur confier la clientèle susceptible de bénéficier de ce type d'appui. L'implantation d'**Au cœur de la vie** est l'occasion d'amorcer ou de consolider des collaborations ou des ententes avec ces organismes et le milieu clinique impliqué. L'équipe régionale soutient la création de ces liens et fait elle-même appel à des ressources provinciales d'appoint.

De plus, des organismes privés ou gouvernementaux peuvent également être sollicités pour fournir soit une expertise, soit des outils, qui serviront autant aux intervenants qu'à la clientèle. Kino-Québec et Acti-Menu en sont des exemples.

Les stratégies

L'équipe régionale doit s'assurer que les interventions choisies par les milieux cliniques visent les trois cibles énoncées et que les types d'intervention déployés soient multiples, c'est-à-dire une combinaison d'au moins deux stratégies (éducationnelle, de soutien à la pratique ou organisationnelle) (INSPQ, 2001). En effet, il a été démontré qu'une intervention basée sur de multiples stratégies (soit la combinaison d'au moins deux d'entre elles) est d'une efficacité constante. La définition des stratégies se trouve à la section 2.4, « Cadre d'intervention ».

CRÉATION ET MAINTIEN DES ÉCHANGES ENTRE LES RESPONSABLES LOCAUX

L'expérience suggère qu'il est souhaitable que les responsables régionaux soient présents ou en contact avec chacun des milieux cliniques au moins une fois par mois. Cette présence permet de vitaliser le programme et d'assurer un suivi des actions. Elle est soutenue et régulière au démarrage du projet et peut être complétée par des contacts téléphoniques ou des communications par courriel, qui permettent d'encadrer adéquatement les activités du programme. Des rencontres régionales regroupant les responsables locaux de chacun des milieux cliniques permettent de partager les outils, les expériences et de réfléchir sur les meilleures stratégies à mettre en place localement afin de rencontrer les objectifs fixés. Ces rencontres peuvent se dérouler une à trois fois par année.

3.4 | Les centres locaux de services communautaires (CLSC)

Les intervenants de première ligne des services courants des CLSC participants ont permis de mettre en place le programme. Les sections suivantes décrivent leurs actions.

COMMENT

PROCESSUS

Implantation du plan d'action en 5 phases

PHASE 1

DÉBUT DE L'IMPLANTATION

LA DSP EN COLLABORATION AVEC LES MILIEUX CLINIQUES

ÉTAPE 1 Engagement et amorce de la collaboration entre la DSP et chacun des milieux cliniques

- Signature d'une lettre d'entente ou d'un contrat



COMMENT - Planification du programme → Engagement du milieu → Contrat CLSC expérimental.doc
COMMENT - Planification du programme → Engagement du milieu → Contrat CLSC témoin.doc

ÉTAPE 2 Précision des rôles et des responsabilités de chacun des partenaires et des modalités de fonctionnement

- Désignation d'un responsable local
- Création du comité de travail



COMMENT - Planification du programme → Engagement du milieu → Choix du porteur.doc

ÉTAPE 3 Présentation du programme à l'ensemble des intervenants



COMMENT - Présentation du programme → Présentations aux intervenants → Présentation HTA partie 1 St-Michel-net.ppt
COMMENT - Présentation du programme → Présentations aux intervenants → Présentation 1 intervenants Batiscan.doc
COMMENT - Présentation du programme → Présentations aux intervenants → Présentation 1 intervenants Haute Marée.ppt
QUI - Présentation du programme → Présentations aux DG → Présentation aux DG.ppt
QUI - Présentation du programme → Présentations aux DG → Cadre intervention CLSC.ppt
QUI - Présentation du programme → Présentations aux DG → Cadre intervention DSP.ppt

PHASE 2

ANALYSE PRÉPARATOIRE À L'INTERVENTION

LES MILIEUX CLINIQUES AVEC LE SOUTIEN DE LA DSP

ÉTAPE 1 Révision des lignes directrices en fonction des maladies chroniques et des habitudes de vie choisies



COMMENT - Planification du programme → Rédaction du plan d'action → Révision des lignes directrices

ÉTAPE 2 Lecture de l'environnement externe

ÉTAPE 3 Portrait du milieu clinique

Réalisation d'un portrait du milieu clinique par le responsable local et le comité de travail, comportant :

- portrait de la clientèle desservie assorti de données sociosanitaires du territoire ;
- analyse organisationnelle ;
- inventaire des ressources communautaires.



COMMENT - Planification du programme → Rédaction d'un plan d'action → Démarche rédaction plan d'action.doc
COMMENT - Implantation du programme → HTA → Sensibilisation du personnel
COMMENT - Implantation du programme → Dyslipidémies → Sensibilisation du personnel → Questioncholesterol.pdf
COMMENT - Implantation du programme → Dyslipidémies → Sensibilisation du personnel → Questioncholesterolreponses.pdf

ÉTAPE 4 Présentation du portrait du milieu

- Présentation à l'ensemble des intervenants du portrait du milieu clinique

PHASE 3

ÉLABORATION DU PLAN D'ACTION

LES MILIEUX CLINIQUES AVEC LE SOUTIEN DE LA DSP

ÉTAPE 1 Choix d'une thématique d'intervention

- Consensus à partir des besoins exprimés et du portrait du milieu



COMMENT - Planification du programme → Priorisation d'une thématique

ÉTAPE 2 Choix des lignes directrices ou des consensus d'experts

- Présentation des lignes directrices internationales et canadiennes au CMDP
- Rédaction d'un protocole ou d'un guide de pratiques adapté au milieu
- Entente sur le cheminement clinique du patient



COMMENT - Implantation du programme → HTA → Lignes directrices →

Sites Internet concernant les recommandations officielles.doc

COMMENT - Implantation du programme → Dyslipidémies → Lignes directrices →

Sites Internet concernant les recommandations officielles.doc

COMMENT - Implantation du programme → Tabac → Lignes directrices →

Sites Internet concernant les recommandations officielles.doc

COMMENT - Implantation du programme → Nutrition et activité physique → Lignes directrices →

Sites Internet concernant les recommandations officielles.doc

QUI - Présentation du programme → Présentation au CMDP → Consultation CMDP HTA.doc

ÉTAPE 3 Définition des messages brefs



COMMENT - Planification du programme → Priorisation d'actions → Scénarios 0-5-30 messages brefs.doc

ÉTAPE 4 Sensibilisation du personnel

- Rencontre avec chacun des groupes de professionnels pour partager les résultats d'analyse du milieu
- Distribution de miniquizz
- Évaluation de la condition physique des employés



COMMENT - Implantation du programme → Dyslipidémies → Sensibilisation du personnel → Questioncholesterol.pdf

COMMENT - Implantation du programme → Dyslipidémies → Sensibilisation du personnel → Questioncholesterolreponses.pdf

COMMENT - Implantation du programme → HTA → Sensibilisation du personnel

COMMENT - Implantation du programme → Nutrition et activité physique → Sensibilisation du personnel

ÉTAPE 5 Définition des actions du plan d'action

Énoncer les :

- objectifs ;
- facteurs de risque ou habitude de vie choisie ;
- choix de la cible des actions (pratique, équipe, communauté) ;
- choix de la stratégie (éducative, soutien à la pratique, organisationnelle) ;
- échéancier ;
- ressources.



COMMENT - Implantation du programme → HTA → Plan d'action

COMMENT - Implantation du programme → Tabac → Plan d'action

COMMENT - Implantation du programme → Nutrition et activité physique → Plan d'action

PHASE 4

IMPLANTATION, SUIVI ET CONSOLIDATION DU PLAN D'ACTION LES MILIEUX CLINIQUES AVEC LE SOUTIEN DE LA DSP

ÉTAPE 1 Implantation des actions du plan d'action : stratégie éducationnelle – LES FORMATIONS

- Identification des formateurs (DSP ou autres partenaires)
- Établissement d'un calendrier de formation pour les différents intervenants et organisation du temps de formation
- Formation des intervenants selon la thématique choisie



COMMENT - Implantation du programme → HTA → Formation aux intervenants
COMMENT - Implantation du programme → Dyslipidémies → Formation aux intervenants
COMMENT - Implantation du programme → Nutrition et activité physique → Formation aux intervenants
COMMENT - Implantation du programme → Tabac → Formation aux intervenants

ÉTAPE 2 Implantation du plan d'action : stratégie de soutien à la pratique – LES OUTILS

- Rédaction et conception des outils avec la collaboration des membres du comité de travail (protocole de dépistage, prise en charge d'une clientèle, feuille de collecte de données, etc.)



COMMENT - Implantation du programme → HTA → Outils intervenants
COMMENT - Implantation du programme → HTA → Outils usagers
COMMENT - Implantation du programme → Dyslipidémies → Outils intervenants
COMMENT - Implantation du programme → Dyslipidémies → Outils usagers
COMMENT - Implantation du programme → Tabac → Outils intervenants
COMMENT - Implantation du programme → Tabac → Outils usagers
COMMENT - Implantation du programme → Nutrition et activité physique → Outils intervenants
COMMENT - Implantation du programme → Nutrition et activité physique → Outils usagers

ÉTAPE 3 Implantation du plan d'action : stratégie organisationnelle – LES CHANGEMENTS DES ENVIRONNEMENTS DE PRATIQUE

- Adoption des outils développés par les instances concernées (CII, CMDP, CA...) et par l'ensemble du personnel
- Implantation de tous les éléments du plan d'action

ÉTAPE 4 Suivi et consolidation du plan d'action



Évaluation du programme → Évaluation d'implantation → Maski évaluation questionnaire.doc
Évaluation du programme → Évaluation d'implantation → Ficheactivite.pdf
Évaluation du programme → Évaluation d'implantation → Questionnaire_implantation_interv13.doc

PHASE 5

EVALUATION DES ACTIVITES

ÉTAPE 1 Évaluation des actions du plan

- Évaluation d'implantation
- Évaluation des résultats
- Évaluation d'impact



Évaluation du programme

4.1 | Phase 1

Début de l'implantation

4.1.1 | ENGAGEMENT ET AMORCE DE LA COLLABORATION ENTRE LA DSP ET CHACUN DES MILIEUX CLINIQUES

SIGNATURE D'UNE LETTRE D'ENTENTE OU D'UN CONTRAT

À la suite de la présentation du programme, les milieux cliniques intéressés sont invités à signer une lettre d'entente ou un contrat. Ces outils formalisent le mandat à accomplir et spécifient les rôles et les responsabilités des deux parties. Cette étape permet de préciser les attentes et de limiter les frustrations futures. Le contrat peut spécifier certaines modalités de fonctionnement telles que la libération d'un responsable local ou la durée de l'implication de chacune des parties.

À l'ère de la reddition des comptes, il peut s'avérer pertinent de négocier à cette étape les résultats que les deux parties aimeraient voir atteints d'ici la fin du projet et de décider des indicateurs de résultats qui les aideront à juger du succès de la démarche.



COMMENT - Planification du programme → Engagement du milieu → **Contrat CLSC expérimental.doc**

COMMENT - Planification du programme → Engagement du milieu → **Contrat CLSC témoin.doc**

4.1.2 | PRÉCISION DES RÔLES ET DES RESPONSABILITÉS DE CHACUN DES PARTENAIRES ET DES MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

DÉSIGNATION D'UN RESPONSABLE LOCAL Le responsable local, désigné par le milieu clinique participant, assume la bonne marche de l'intervention. Il connaît la culture et les normes de son milieu et est en mesure d'exercer un leadership sur les orientations et les décisions liées à l'implantation du programme. Il convient, avec l'équipe régionale, des procédures de travail entre l'équipe régionale et locale qui mèneront à l'implantation d'*Au cœur de la vie*: calendrier de travail, échéancier, composition du comité de travail, orientation générale du plan d'action, rédaction des procès-verbaux, des plans d'action et des rapports annuels, etc. Il est le trait d'union entre l'équipe de la DSP et les membres de son milieu. La réussite du programme repose beaucoup sur son habileté à échanger avec les autres professionnels de son équipe et les gestionnaires, et à mobiliser l'ensemble du personnel autour d'une thématique.

CRÉATION DU COMITÉ DE TRAVAIL L'expérience a démontré que lorsque le responsable local s'associe à un comité de travail interdisciplinaire, l'intégration du plan d'action dans le milieu clinique est facilitée. Cette mise en commun que nécessite le travail d'équipe peut alourdir le processus d'implantation, mais le temps investi à travailler en groupe est largement récupéré par une plus forte adhésion des membres au programme et par une vision systémique des modifications à apporter aux pratiques cliniques. Le comité de travail détermine la fréquence de ses rencontres.

Le responsable local, appuyé par son comité de travail, joue 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 la prévention et de la promotion dans leur milieu clinique.

Au sein du comité de travail local, le rôle des responsables régionaux est de s'assurer que la démarche entreprise permettra l'atteinte des objectifs et qu'elle est conforme aux lignes directrices et aux consensus scientifiques établis en ce qui a trait aux pratiques cliniques.



COMMENT - Planification du programme → Engagement du milieu → **Choix du porteur.doc**

4.1.3 | PRÉSENTATION DU PROGRAMME À L'ENSEMBLE DES INTERVENANTS

Pour s'assurer de la collaboration de l'ensemble du personnel, il est judicieux que le gestionnaire (directeur général ou chef de programme), en collaboration avec le responsable régional (s'il y a lieu), présente d'abord les objectifs poursuivis et le cadre d'intervention du projet aux intervenants. Cette façon de faire permet d'aller chercher l'accord du personnel et des médecins et de les impliquer dans un tel projet. La présentation démontre la pertinence, la plus-value d'y adhérer et l'efficacité des pratiques cliniques préventives sur la santé de leur clientèle. À cette présentation peuvent s'ajouter un portrait de la clientèle desservie par le milieu clinique, les barrières à l'intégration de pratiques cliniques préventives et du counseling bref en prévention, les pistes de solutions et l'efficacité du counseling bref sur les changements de comportement visés par le programme.

CD

COMMENT - Planification du programme →
Présentations aux intervenants → **Présentation HTA
partie 1 St-Michel-net.ppt**

COMMENT - Planification du programme →
Présentations aux intervenants → **Présentation 1
intervenants Batiscan.doc**

COMMENT - Planification du programme →
Présentations aux intervenants → **Présentation 1
intervenants Haute Marée.ppt**

QUI - Présentation du programme →
Présentations aux DG → **Présentation aux DG.ppt**

QUI - Présentation du programme →
Présentations aux DG → **Cadre intervention CLSC.ppt**

QUI - Présentation du programme →
Présentations aux DG → **Cadre intervention DSP.ppt**

4.2 | Phase 2

Analyse préparatoire au déploiement du programme

4.2.1 | RÉVISION DES LIGNES DIRECTRICES EN FONCTION DES MALADIES CHRONIQUES ET DES HABITUDES DE VIE CHOISIES

Le responsable régional devrait maîtriser le contenu des dernières mises à jour des lignes directrices ou des consensus d'experts avant de les aborder avec les équipes locales. Il est pertinent de mettre en relief les différences qui existent entre les consensus américains, canadiens et européens et de pouvoir argumenter et se situer sur ces différences.

CD

COMMENT - Planification du programme → Rédaction
du plan d'action → Révision des lignes directrices →
Adresses Internet recommandations officielles.doc

4.2.2 | LECTURE DE L'ENVIRONNEMENT EXTERNE

Il est judicieux de saisir les occasions qui se présentent à nous et de tabler sur elles pour construire un projet nouveau. Le contexte médiatique, économique, social ou politique peut nous offrir des occasions ou des contraintes dont il faut aussi tenir compte. La possibilité de financement par une instance gouvernementale, le lancement d'une campagne sociétale provinciale sur une thématique particulière, la disponibilité d'un concept ou d'outils efficaces pour soutenir les interventions pourraient influencer le choix d'une thématique.

4.2.3 | PORTRAIT DU MILIEU CLINIQUE

La première étape de la démarche entreprise par le responsable local et le comité de travail est de dresser un portrait du milieu clinique. Il permet de mieux connaître la population desservie ainsi que les ressources humaines, matérielles et financières de ce milieu. Pour ce faire, nous suggérons :

- d'établir un portrait de la clientèle desservie et des pratiques du milieu ;
- de réaliser une analyse organisationnelle du milieu clinique ;
- de dresser l'inventaire des ressources de la communauté qui répondent aux besoins d'une clientèle atteinte de maladies chroniques.

Dresser le **portrait de la clientèle desservie et des pratiques** peut se faire à l'aide d'un bilan qui documente les pratiques des professionnels du milieu clinique et la population du territoire desservi. Pour faire ce bilan, les éléments suivants pourront être recueillis :

- données sociosanitaires du territoire illustrant les facteurs de risque, les problèmes de santé ou les habitudes de vie liées aux maladies chroniques ;
- données provinciales appliquées au territoire (si absence de données sociosanitaires pour le territoire) ;
- identification des clientèles plus spécifiquement touchées par le problème (enfant, adulte, femme, homme, groupe d'âge) ;
- utilisation de guides de pratique pour le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi ;
- recommandations émises (médecins, infirmières, diététistes) ;
- documentation remise (à quelle fréquence, quels documents ?) ;
- actions ou projets qui ont déjà été mis en place par le milieu clinique pour la prévention des maladies chroniques (formations reçues, besoins de formation, outils de pratique et de suivi en place dans le milieu, activités réalisées avec les facteurs qui en ont fait un succès ou un échec, etc.) ;
- raisons de consultation (au rendez-vous et au sans rendez-vous) ;
- état des connaissances des intervenants à l'égard des différentes maladies chroniques (obésité, hypertension, dyslipidémies, etc.).

Le deuxième volet du portrait du milieu clinique vise à comprendre les **enjeux organisationnels** (ce qui touche l'équipe de professionnels) liés à l'implantation du projet. À titre d'exemple, il s'agit ici :

- d'identifier les conditions organisationnelles qui pourraient faciliter ou faire obstacle à l'implantation du projet (réceptivité des intervenants, intérêt pour un thème en particulier, etc.);
- de préciser le mode de fonctionnement du milieu clinique (répartition des tâches, points de services, types de professionnels présents dans le milieu, temps de présence des professionnels dans le milieu, temps partiel, temps complet, occasionnel, présence de rendez-vous, de sans rendez-vous, etc.);
- de documenter les mécanismes de références interprofessionnels et de transmission d'information entre les professionnels concernant le patient;
- de cerner les possibilités d'améliorer et d'harmoniser les interventions déjà en place (par le biais, entre autres, de revue de dossiers);
- d'examiner la possibilité d'obtenir un consensus entre les divers groupes de professionnels du milieu clinique sur les façons d'intervenir;
- d'examiner la possibilité de changer les façons de faire pour diminuer le problème et améliorer les interventions en place;
- de noter la présence d'une équipe médicale;
- de comprendre le cheminement du client dans le milieu clinique.

Enfin, l'**inventaire des ressources de la communauté** complète le portrait du milieu clinique en vérifiant s'il dispose de ressources sur son territoire pour répondre aux besoins de la clientèle en termes de prévention des maladies chroniques et de promotion de saines habitudes de vie. Ce travail d'inventaire peut être effectué par l'organisateur communautaire dont la finalité est de créer un répertoire détaillé des ressources publiques et privées en promotion de la santé et en prévention des maladies chroniques disponibles sur un territoire donné. Ces ressources sont des partenaires potentiels qui donneront des assises communautaires au programme.

Plus précisément, il s'agit :

- d'identifier les ressources disponibles liées aux habitudes de vie et aux maladies chroniques (tabac, nutrition, activité physique, etc.);
- de documenter les liens existant entre ces ressources et le milieu clinique;
- de documenter l'utilisation de ces ressources par le biais des références des intervenants.



COMMENT - Planification du programme → Rédaction d'un plan d'action → **Démarche rédaction plan d'action.doc**

COMMENT - Implantation du programme → HTA → Sensibilisation du personnel

COMMENT - Implantation du programme → Dyslipidémies → Sensibilisation du personnel → **Questioncholesterol.pdf**

COMMENT - Implantation du programme → Dyslipidémies → Sensibilisation du personnel → **Questioncholesterolreponses.pdf**

4.2.4 | PRÉSENTATION DU PORTRAIT DU MILIEU

Le portrait du milieu complété, il est important de partager l'information recueillie avec l'ensemble des intervenants concernés afin de déterminer les facteurs qui freinent l'intégration de la promotion et de la prévention dans leur pratique, d'identifier les moyens de les contourner et d'illustrer l'écart entre leur pratique actuelle et les lignes directrices. Cette étape est cruciale puisqu'elle sert de moyen de sensibilisation pour inciter les intervenants à adhérer au projet et pour amorcer un changement de pratique dans un climat positif et réceptif. Les intervenants doivent se reconnaître dans la présentation de leur milieu et de leurs pratiques et déceler les avantages et les gains que ce projet leur procurera.

Les résultats du portrait du milieu serviront également aux membres du comité de travail et au responsable régional pour orienter les actions et appuyer les recommandations provenant des lignes directrices. Il permet de trouver des exemples concrets, de proposer des jeux de rôles ou des mises en situation au cours des rencontres de formation.

4.3 | Phase 3

Élaboration du plan d'action

Une fois le portrait du milieu complété, les responsables local et régional ont toutes les informations en main pour amorcer les étapes de la rédaction d'un plan d'action adapté aux particularités du milieu clinique et de la clientèle qu'il dessert. Le plan d'action devra préciser les objectifs poursuivis, le problème de santé ou le facteur de risque priorisé, les stratégies d'intervention (éducative, de soutien à la pratique, organisationnelle), un échéancier et les ressources humaines et financières nécessaires à son application.

4.3.1 | CHOIX D'UNE THÉMATIQUE D'INTERVENTION

Le choix d'une thématique, qu'elle soit un facteur de risque ou une habitude de vie en lien avec les maladies chroniques, doit reposer sur les données recueillies dans le portrait du milieu clinique, tout en tenant compte des besoins et des intérêts des professionnels en place. L'expérience démontre qu'il est préférable de ne choisir qu'une seule thématique ou habitude de vie à la fois. Par exemple l'hypertension, l'amélioration des habitudes alimentaires en lien avec les dyslipidémies, l'intervention auprès des fumeurs, la promotion de l'activité physique, etc.

Outre le portrait du milieu clinique, prioriser une thématique peut également se faire à l'aide d'outils qui faciliteront le choix sur lequel se porteront les actions. Ces outils servent à déterminer des critères permettant de choisir ce sur quoi intervenir. Par exemple, dans une région, les milieux cliniques se sont servis de critères : liés à l'aspect social, soit l'environnement politique (perspective de financement et campagnes sociétales) ; liés à l'intervention, soit l'effet domino (agir sur un facteur qui a des effets sur d'autres facteurs ou maladies chroniques) ; liés aux aspects organisationnels, soit la disponibilité de ressources du milieu.

Le responsable régional peut également, en concertation avec l'ensemble des milieux cliniques, choisir de travailler sur la même thématique. De cette façon, les milieux cliniques ont l'avantage de pouvoir échanger leurs réflexions, leurs expériences et leurs outils.

Les pratiques cliniques préventives qui ont été abordées au cours du projet concernent la pratique de l'activité physique, la saine alimentation, le non-tabagisme, l'hypertension et les dyslipidémies.



COMMENT - Planification du programme →
Priorisation d'une thématique

4.3.2 | CHOIX DES LIGNES DIRECTRICES OU DES CONSENSUS D'EXPERTS

Présenter les lignes directrices et les consensus d'experts tant canadiens et américains qu'europeens est une occasion de mettre en lumière les différences qui existent entre eux et de prendre conscience des différentes pratiques qui peuvent cohabiter au sein d'un groupe d'intervenants dans un milieu clinique. Ces experts peuvent en effet ne pas se référer aux mêmes lignes directrices ou ne sont pas au fait de leur dernière mise à jour. Cette présentation est donc l'occasion de parfaire les connaissances des intervenants et de proposer une démarche qui permettra d'harmoniser les pratiques et les messages véhiculés dans le milieu clinique. Elle peut se faire au groupe médical au cours d'une rencontre du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CDMP). Elle peut également être faite en présence du personnel infirmier, dépendamment du milieu.

La finalité de cette présentation est la rédaction d'un guide de pratiques et d'un algorithme décisionnel local, lesquels attribueront à chaque intervenant un rôle et préciseront les interventions à poser au cours du cheminement du patient dans le milieu clinique.



COMMENT - Implantation du programme → HTA →
Lignes directrices → [Sites Internet concernant les recommandations officielles.doc](#)

COMMENT - Implantation du programme → Dyslipidémies →
Lignes directrices → [Sites Internet concernant les recommandations officielles.doc](#)

COMMENT - Implantation du programme → Tabac →
Lignes directrices → [Sites Internet concernant les recommandations officielles.doc](#)

COMMENT - Implantation du programme → Nutrition et activité physique →
Lignes directrices → [Sites Internet concernant les recommandations officielles.doc](#)

QUI - Présentation du programme → Présentation au CDMP → [Consultation CDMP HTA.doc](#)

4.3.3 | DÉFINITION DES MESSAGES BREFS

Au cours de la phase expérimentale, nous avons composé avec le fait que pour certaines thématiques, en particulier celles concernant la saine alimentation, aucun consensus sur les messages brefs à transmettre aux usagers n'était établi. Le défi a alors consisté à définir plus précisément, à partir des lignes directrices, le message bref qui présente le plus d'intérêt pour les intervenants et qui aurait un effet sur les usagers.

Pour ce faire, nous avons déterminé, en fonction de la littérature scientifique et de l'intérêt des intervenants, les messages à privilégier (axés sur les fruits et légumes, les fibres alimentaires, les matières grasses, le sel, message positif, facile à transmettre, etc.). Ces messages ont été définis en fonction des occasions qui se présentaient au même moment (projet de campagne sociétale, formations disponibles, consensus provincial qui débutait, messages positifs, etc.).

À titre d'exemple, une région a développé un outil simple pour aider les intervenants à choisir les interventions brèves concernant l'alimentation et l'activité physique qui seraient réalistes d'implanter dans leur pratique quotidienne. Cet outil prenait la forme de trois questions :

- | | |
|------------|--|
| Quoi ? | Dans le cadre d'une intervention brève, les intervenants souhaitent-ils aborder plusieurs habitudes de vie en même temps (intervention dite « intégrée ») ou une à la fois ? |
| Pour qui ? | Les messages brefs seront-ils destinés à toute la clientèle (systématique) ou à certaines clientèles ciblées ? |
| Comment ? | Les messages brefs seront-ils identiques pour tous (universels) ou varieront-ils en fonction du client (ex. : état de santé, raison de consultation, ...) ? |

CD

COMMENT - Planification du programme → Priorisation d'actions → **Scénarios 0-5-30 messages brefs.doc**

4.3.4 | SENSIBILISATION DU PERSONNEL

Le responsable local, en collaboration avec son comité de travail, peut organiser des activités de sensibilisation pour le personnel afin de porter un regard critique sur ses pratiques en lien avec la thématique choisie. Ce mandat peut se concrétiser de diverses façons : rencontre avec chacun des groupes de professionnels pour partager avec eux les analyses de besoins, ou réalisation des analyses du milieu avec leur collaboration, examen des dossiers médicaux pour documenter les pratiques, activités d'évaluation de sa condition physique pour se sensibiliser à sa propre santé, utilisation de miniquizz pour tester les connaissances, examen des résistances et expression des opinions.

CD

COMMENT - Implantation du programme → Dyslipidémies → Sensibilisation du personnel → **Questioncholesterol.pdf**

COMMENT - Implantation du programme → Dyslipidémies → Sensibilisation du personnel → **Questioncholesterolreponses.pdf**

COMMENT - Implantation du programme → HTA → Sensibilisation du personnel

COMMENT - Implantation du programme → Nutrition et activité physique → Sensibilisation du personnel

4.3.5 | DÉFINITION DES ACTIONS DU PLAN D'ACTION

À la suite du choix de la thématique d'intervention, le responsable local et son comité de travail, en collaboration avec le responsable régional, élaborent un plan d'action. Ce plan devrait permettre d'intégrer la prévention primaire et secondaire au cours des consultations cliniques avec les usagers, d'encourager le travail d'équipe et de renforcer les liens avec les ressources de la communauté. Des actions de promotion devraient également être déployées auprès de l'ensemble de la population. Si une maladie chronique a été choisie comme thématique, le plan devrait inclure des actions qui permettent de prévenir, de dépister et de suivre une clientèle ciblée. On devrait également y définir des interventions brèves de promotion et de prévention, comme un counseling préventif d'une durée minimale de 30 secondes et n'excédant pas trois minutes.

Le plan d'action prévoit donc des interventions visant trois cibles : les pratiques cliniques, l'interdisciplinarité et la communauté. Les activités mises en place dans le plan d'action sont en lien avec ces cibles et comprennent des stratégies de nature éducative, organisationnelle (environnement de pratique) ou de soutien à la pratique. Pour maximiser les chances de succès, le plan d'action devrait comporter au moins deux stratégies (INSPQ, 2001) qui touchent à au moins deux cibles pour chaque facteur de risque ou habitude de vie abordé.

EXEMPLES D'INTERVENTIONS

	STRATÉGIES	EXEMPLES D'INTERVENTIONS
PRATIQUES PROFESSIONNELLES	Éducationnelle Interventions de nature purement éducative qui se présentent de façon classique sous forme de programmes ou de formation médicale continue (INSPQ, 2001).	• Activités de sensibilisation du personnel à l'importance d'intégrer la prévention/promotion à sa pratique Ex. : évaluation de la condition physique du personnel, présentation au personnel du profil des pratiques au CLSC, présentation des barrières liées à l'intégration de la promotion dans la pratique des intervenants, revue de dossiers, présentation des gains potentiels liés au dépistage (via la littérature), etc. • Formation sur la théorie des stades de changement de comportement (modèle Prochaska) et application du modèle au tabagisme • Formation du personnel sur la promotion de saines habitudes de vie • Effets des interventions de prévention sur les patients • Mises en situation • Arguments pour répondre aux résistances des patients • Définition d'un message bref (les mots pour le dire) • Raison de consultation en lien avec les habitudes de vie
	Soutien à la pratique Ces interventions exploitent des stratégies non éducatives destinées à modifier le comportement, généralement par des encouragements ou des pénalités, et se subdivisent en stratégies facilitantes ou directives. Dans le cadre du projet, nous utilisons des stratégies dites « facilitantes » (INSPQ, 2001).	• Brochure, documentation à remettre au patient • Algorithme décisionnel • Note de rappel dans les dossiers • Interventions pouvant être réalisées entre 30 secondes et trois minutes • Messages pour le counseling bref
	Organisationnelle Interventions qui visent à améliorer l'environnement de pratique et qui touchent soit à l'organisation des soins, à l'organisation physique des lieux de pratique, à la promotion du travail d'équipe, à la coordination entre les services en vue de permettre l'intégration de la promotion de la santé et la prévention à leur pratique (interprétation libre).	• Mise en place de cliniques pour clientèles particulières (HTA, diabète, cessation tabagique, etc.) • Implantation d'une feuille de suivi au dossier • Mise en place d'un guide de pratiques pour le dépistage et le suivi d'une clientèle en fonction d'un problème de santé ou d'une habitude de vie • Répartition des rôles entre le personnel du milieu clinique
ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE	Éducationnelle	• Activités de formation qui rassemblent plus d'un type de professionnels • Présentation d'une thématique par une ressource du milieu
	Soutien à la pratique	• Feuille de suivi et de référence interprofessionnelle au dossier
	Organisationnelle	• Mise en place de mécanismes de références interprofessionnelles • Des ententes de références en interne comme à l'externe • Retour d'information aux gestionnaires pour les sensibiliser à l'efficacité du projet
COMMUNAUTÉ	Éducationnelle	• Connaissance des ressources disponibles dans la communauté en promotion de la santé
	Soutien à la pratique	• Création d'un répertoire des ressources communautaires
	Organisationnelle	• Ententes avec les ressources communautaires pour y référer la clientèle • Travail avec l'organisateur communautaire pour maximiser l'apport des ressources communautaires

Pour aider à la conception du plan d'action, nous avons demandé au responsable local d'y inclure les points de repère suivants :

- **objectif** : ce que le milieu clinique désire accomplir ;
- **facteur de risque ou habitude de vie** : sur quel problème agir ;
- **choix d'une cible** (pratique, équipe, communauté) : vers qui porteront les actions ;
- **choix d'une stratégie d'intervention et description des actions** : de quelle manière ;
- **échancier** : quand les activités seront réalisées ;
- **ressources** : qui assumera la mise en œuvre du plan et de chacune des interventions.

Le responsable local et son comité de travail, en collaboration avec le responsable régional, doivent :

- s'assurer que les plans d'action annuels auront prévu des activités qui touchent à un problème de santé ou à une habitude de vie ;
- décider des actions à consolider ou à développer ;
- valider ce plan d'action et le faire entériner par les instances concernées du milieu clinique (responsables médicaux, intervenants et gestionnaires) ;
- mettre en place les activités prévues au plan d'action pour l'année.

Vous trouverez, sur le CD-ROM, des exemples de plan d'action qui pourront guider votre démarche dans le milieu clinique choisi.

CD

COMMENT - Implantation du programme → HTA → Plan d'action

COMMENT - Implantation du programme → Tabac → Plan d'action

COMMENT - Implantation du programme → Nutrition et activité physique → Plan d'action

4.4 | Phase 4

Implantation, suivi et consolidation du plan d'action

4.4.1 | IMPLANTATION DU PLAN D'ACTION : STRATÉGIE ÉDUCATIONNELLE – LES FORMATIONS

La mise en place du plan d'action nécessite la mise à niveau des connaissances du personnel du milieu clinique concerné. Il est donc important d'identifier les personnes qui pourront fournir les contenus, les adapter et donner ces formations à l'ensemble du personnel.

Par la suite, il est préférable de planifier un calendrier de formations puisque celles-ci se logeront soit dans une plage de leur propre calendrier annuel de formation, soit dans le cadre de réunions du personnel. De plus, il faut prévoir le remplacement des intervenants qui y assisteront (médecins, infirmières, réceptionnistes, nutritionnistes, inhalothérapeutes, technologistes médicaux, techniciennes en alimentation, pharmaciens, travailleurs sociaux, éducateurs physique, etc.).

L'expérience nous a montré que de former l'ensemble du personnel permet de créer des ponts entre les intervenants. Toutefois, certains milieux préfèrent organiser les formations par groupe homogène de professionnels. Il est sage de respecter cette particularité du milieu.

CD

COMMENT - Implantation du programme → HTA → Formation aux intervenants

COMMENT - Implantation du programme → Dyslipidémies → Formation aux intervenants

COMMENT - Implantation du programme → Nutrition et activité physique → Formation aux intervenants

COMMENT - Implantation du programme → Tabac → Formation aux intervenants

4.4.2 | IMPLANTATION DU PLAN D'ACTION : STRATÉGIE DE SOUTIEN À LA PRATIQUE – LES OUTILS

Selon la thématique d'intervention choisie, le responsable régional assiste le responsable local pour développer ou choisir les outils qui serviront à l'harmonisation des pratiques dans le milieu clinique. Ces outils peuvent se traduire par un protocole inspiré des lignes directrices et qui tient compte du cheminement clinique de l'utilisateur et des ressources présentes dans le milieu clinique. De ce protocole, un algorithme illustre de façon synthétique la répartition des rôles entre les intervenants et les actions à entreprendre avec l'utilisateur.

D'autres outils servant au dépistage et au suivi de la clientèle ont été développés. Par exemple, l'adaptation de la feuille de collecte de données de l'infirmière à la lumière d'un problème de santé ou d'une habitude de vie, un moyen d'identifier la clientèle qui a reçu un counseling bref, un outil de priorisation de modification d'une habitude de vie, etc. Le responsable régional apporte un soutien au responsable local pour la création de ces outils maison.

Outre le matériel développé par le milieu clinique, il s'avère utile de réviser avec l'ensemble du personnel le matériel éducatif disponible et d'en faire le tri. Retenir un ou deux outils pour une thématique donnée avec l'accord de l'ensemble du personnel permet d'harmoniser les messages transmis aux usagers. Enfin, il est plus probable que le personnel utilise ces outils dans le cadre de sa pratique s'il est familier avec leur contenu.

Les outils développés et choisis doivent préférablement être entérinés par l'ensemble du personnel et par les instances du milieu clinique, soit le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CDMP), le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) ou le personnel des archives, le cas échéant. Cette étape officialise l'adoption de nouvelles façons de faire.

CD

COMMENT - Implantation du programme → HTA → Outils intervenants

COMMENT - Implantation du programme → HTA → Outils usagers

COMMENT - Implantation du programme → Dyslipidémies → Outils intervenants

COMMENT - Implantation du programme → Dyslipidémies → Outils usagers

COMMENT - Implantation du programme → Tabac → Outils intervenants

COMMENT - Implantation du programme → Tabac → Outils usagers

COMMENT - Implantation du programme → Nutrition et activité physique → Outils intervenants

COMMENT - Implantation du programme → Nutrition et activité physique → Outils usagers

4.4.3 | IMPLANTATION DU PLAN D'ACTION : STRATÉGIE ORGANISATIONNELLE – LES CHANGEMENTS DES ENVIRONNEMENTS DE PRATIQUE

La démarche entreprise avec le milieu clinique peut mener à des changements dans l'environnement de pratique. Par « changements dans l'environnement de pratique », nous pensons tant à des changements de pratique (l'utilisation de nouveaux outils, dépistage systématique d'un facteur de risque, counseling minimal ou bref pour une clientèle ciblée, révision ou répartition nouvelle des tâches des différents intervenants, etc.) qu'à des changements physiques dans le milieu clinique (réaménagement des salles d'examen, déplacement des sphymomanomètres, présentoir réunissant le matériel éducatif trié et choisi par l'ensemble des intervenants, etc.). Dans certains milieux, ces changements se sont aussi traduits par la création de nouveaux services visant à assurer un counseling plus intense pour une clientèle ciblée (groupe d'éducation pour la clientèle hypertendue, la nutrition et la clientèle hypercholestérolémique, définition du counseling intense pour une clientèle en processus d'arrêt tabagique, etc.).

Le responsable régional accompagne le responsable local dans l'adoption et l'implantation de ces changements. Ce soutien se traduit par sa présence aux réunions du comité de travail, parfois par l'animation de ces comités et par la recherche de solutions aux barrières soulevées par le milieu. Il peut faire des liens avec d'autres ressources ou d'autres programmes de santé publique (Plan québécois d'abandon du tabagisme, 0-5-30, Kino-Québec) pour enrichir l'intervention qui se met en place.

4.4.4 | SUIVI ET CONSOLIDATION DU PLAN D'ACTION

Un suivi régulier de l'implantation du plan d'action est essentiel et permet d'ajuster les interventions aux contraintes rencontrées, d'identifier celles qui ont été réalisées ou modifiées, de cerner les obstacles survenus et de reconnaître les éléments facilitateurs. Les procès-verbaux des réunions et les rapports annuels permettent de consigner tous ces éléments.

Cette analyse permet au comité de travail de réaliser un bilan du travail accompli et d'avoir une analyse critique des interventions qui permet les ajustements nécessaires au plan d'action actuel et à l'élaboration d'un nouveau plan pour l'année suivante.

Le choix d'une nouvelle thématique d'intervention nécessite de refaire le processus avec eux.

CD

Évaluation du programme → Évaluation d'implantation → **Maski évaluation questionnaire.doc**

Évaluation du programme → Évaluation d'implantation → **ficheactivite.pdf**

Évaluation du programme → Évaluation d'implantation → **Questionnaire_implantation_interv13.doc**

4.5 | Phase 5

Évaluation des activités

L'évaluation vise à mieux comprendre les facteurs associés à l'intégration des activités de prévention primaire et secondaire dans la pratique des intervenants. Dans la phase expérimentale du projet *Au cœur de la vie*, l'évaluation comportait trois parties (évaluation d'implantation, de résultats et d'impact) et trois phases. Une première phase s'est déroulée avant le début de l'implantation des activités, une deuxième 18 mois après le début de l'implantation et la dernière à la fin de celle-ci.

L'ÉVALUATION D'IMPLANTATION a pour objectif d'étudier les mécanismes qui sous-tendent l'implantation et l'utilisation d'*Au cœur de la vie*. Une approche exclusivement qualitative a été utilisée pour recueillir l'information nécessaire. Des entrevues qualitatives téléphoniques ont été réalisées auprès d'administrateurs, de cadres intermédiaires des services courants, de médecins, d'infirmières, de nutritionnistes et de travailleurs sociaux œuvrant pour les services courants. De plus, quatre séries d'entrevues téléphoniques ont été réalisées auprès des porteurs de dossier. Finalement, des entrevues téléphoniques avec questions fermées et ouvertes ont été réalisées au cours de la dernière phase de l'évaluation auprès de médecins et infirmières des vingt CLSC.

CD

Évaluation du programme → Évaluation d'implantation

L'ÉVALUATION DE RÉSULTATS vise à déterminer dans quelle mesure l'intervention a conduit à la mise en œuvre du programme au chapitre des pratiques individuelles des intervenants. À chaque phase de l'évaluation, un questionnaire portant sur les pratiques préventives liées à la santé du cœur a été distribué à l'ensemble des médecins et infirmières des services courants. De légères modifications ont été apportées aux questionnaires à chaque phase de l'évaluation.

CD

Évaluation du programme → Évaluation de résultats

L'ÉVALUATION D'IMPACT vise à mesurer l'impact du programme auprès de la clientèle des milieux cliniques. Elle est constituée d'enquêtes téléphoniques auprès d'échantillons indépendants d'utilisateurs qui fréquentent le milieu clinique.

CD

Évaluation du programme → Évaluation d'impact

RÉFLEXIONS SUR L'EXPÉRIENCE

Au cœur de la vie, c'est trois années d'implantation consacrées à travailler avec les intervenants des services courants des CLSC. Au cours de cette période, nous avons relevé plusieurs défis avec l'aide des partenaires locaux et des responsables régionaux. Ce travail d'équipe a été fructueux pour faire cheminer notre réflexion sur les actions à mettre en place dans le but de favoriser l'intégration de la prévention dans la pratique des intervenants des services de première ligne.

Nous tenterons ici de transmettre les principaux éléments que nous croyons être déterminants dans la mise en place du projet. Ces éléments sont liés à la coordination provinciale et à l'accompagnement régional.

5.1 | La coordination provinciale

D'abord, il est important de mentionner que la mise en place d'un programme tel qu'***Au cœur de la vie*** ne dépend pas uniquement d'une planification efficace. Elle nécessite également un budget adéquat, une bonne coordination provinciale, régionale et locale, ainsi que de la stabilité du personnel.

Par ailleurs, le succès du projet repose non seulement sur l'expérience des responsables régionaux, mais aussi sur leur sensibilité aux besoins exprimés par les partenaires, leur souplesse vis-à-vis du changement, leur regard posé sur les objectifs, une bonne chimie entre eux et entre les responsables locaux et sur le partage des bons coups comme des moins bons.

5.1.1 | TROUVER UNE ASSISE PROVINCIALE AU PROJET

Pour qu'***Au cœur de la vie*** survive à la phase expérimentale, nous croyons qu'une coordination provinciale sise au MSSS peut assurer sa continuité. Un coordonnateur provincial, nommé et provenant du MSSS, pourrait ainsi continuer de soutenir les régions dans l'implantation de projet d'intégration de pratiques cliniques préventives et poursuivre l'animation d'une réflexion provinciale autour de ce thème. Cette personne serait également responsable de la promotion du programme auprès des directions de santé publique et auprès des instances concernées (Table de coordination nationale de santé publique (TCNSP), Table de concertation nationale sur la prévention et la promotion (TCNPP), etc.).

Le coordonnateur s'assurerait de répondre aux besoins des responsables régionaux attirés aux pratiques cliniques préventives (PCP) pour mettre en place une telle démarche. Ces besoins peuvent s'exprimer en termes de contenu,

d'orientation, d'accompagnement, d'outils et de formation. Il devrait également s'assurer de la mise en commun des expertises et des expériences régionales et locales.

5.1.2 | LA MISE EN COMMUN : UNE NÉCESSITÉ RENDUE POSSIBLE PAR LES RENCONTRES PROVINCIALES, LES CONFÉRENCES TÉLÉPHONIQUES ET LE PORTAIL INTERNET

Le dossier des pratiques cliniques préventives étant à ses débuts au moment où ***Au cœur de la vie*** a été lancé, le responsable de la coordination provinciale et les responsables régionaux ont mis en commun leurs réflexions et leurs interrogations quant à la façon de mener ce projet avec les milieux cliniques. Ce partage, réalisé dans la convivialité et la collégialité, a été d'une grande utilité pour développer une vision commune et un esprit de groupe. Les responsables régionaux communiquaient régulièrement, soit par le biais de conférences téléphoniques, soit par des rencontres provinciales qui se tenaient deux à trois fois par année. Ces rencontres ont fait cheminer le projet et des consensus se sont dégagés sur les définitions des messages à transmettre à la clientèle. De plus, toutes les démarches, les présentations, les plans d'action de chacun des responsables régionaux étaient offerts aux autres sur le portail Internet.

5.1.3 | LES LIGNES DIRECTRICES : FOURNIR L'EXPERTISE SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE

À la lumière de l'expérience vécue au cours de la phase expérimentale, le responsable de la coordination provinciale, soutenu par l'INSPQ, devrait s'assurer de transmettre les dernières mises à jour des lignes directrices et toutes autres informations scientifiques nécessaires à la mise en place du programme. La littérature scientifique devrait être revue régulièrement tant en ce qui concerne les lignes directrices que la mise à jour des stratégies reconnues efficaces pour amener un changement de pratique chez les intervenants de première ligne.

5.1.4 | LES LIGNES DIRECTRICES : PASSER DU SCIENTIFIQUE AU PRATIQUE

Afin d'obtenir une compréhension commune des lignes directrices, nous avons invité des spécialistes québécois à nous présenter les lignes directrices selon leur champ d'expertise. L'hypertension, le tabagisme, les dyslipidémies, le diabète, les habitudes de vie (nutrition, activité physique) ont été abordés. Ces conférenciers, bien qu'étant au fait de tous les fondements scientifiques qui entourent les

consensus d'experts ou les lignes directrices, n'ont pas su comment les transposer dans la pratique des intervenants. Nous avons réalisé que de connaître les dernières mises à jour des lignes directrices est un exercice essentiel, mais que notre besoin allait au-delà de cette connaissance. Il fallait également dégager de ces documents les éléments indispensables à transmettre au milieu clinique et les traduire en fonction du contexte de pratique et du continuum de soins avec lequel les intervenants travaillent (dépistage, diagnostic, traitement [non pharmacologique], suivi et référence). Cet exercice s'est avéré un des éléments les plus importants dans le processus d'intégration de pratique clinique préventive. C'est ici que la différence entre diffuser et disséminer prend tout son sens.

5.1.5 | CONTRIBUER À LA FORMATION DES INTERVENANTS

Les contenus de formation des intervenants des milieux cliniques, développés au cours de la phase expérimentale, se doivent d'être mis à jour régulièrement. Voilà un rôle que le coordonnateur provincial devrait jouer, conjointement avec l'INSPQ, puisque les lignes directrices et les consensus d'experts sont révisés régulièrement par les autorités scientifiques. D'autres formations doivent également être conçues puisque l'ensemble des facteurs de risque n'a pas été abordé (notamment le diabète et l'obésité) au cours de la phase expérimentale par les milieux participants.

De plus, les responsables régionaux ont besoin d'être informés des derniers consensus d'experts ou des dernières mises à jour des lignes directrices afin de guider les responsables locaux dans la mise en place de leurs actions. Le coordonnateur provincial, appuyé par l'INSPQ, pourrait participer à la mise à jour des lignes directrices et à la mise sur pied de formations.

5.1.6 | LE BUDGET POUR LE DÉVELOPPEMENT D'OUTILS ET LA FORMATION

Nous croyons qu'une enveloppe budgétaire devrait être consacrée au dossier des PCP, de façon à permettre d'engager de l'argent tant à l'échelle provinciale, régionale que locale. Le budget provincial servirait entre autres à financer la conception et l'impression d'outils pour les intervenants de première ligne et les usagers. Le budget régional couvrirait, notamment, les frais de photocopies, les honoraires professionnels des formateurs, le temps de libération du personnel des milieux cliniques au cours des formations, les dépenses liées aux rencontres régionales (avec tous les milieux impliqués). Le budget local servirait principalement à financer le salaire des responsables locaux, soit l'équivalent d'au moins une journée de libération par semaine.

5.1.7 | LA COORDINATION NÉCESSITE LA CONTRIBUTION D'UN MÉDECIN

Le responsable de la coordination provinciale doit s'assurer de transmettre aux responsables régionaux les dernières mises à jour des lignes directrices et toutes autres informations scientifiques pertinentes à la mise en place du projet. Cette revue de la littérature scientifique nécessite l'expertise d'un médecin de santé publique, ne serait-ce que pour dégager des recommandations régionales sur des points d'ordre clinique, ce qu'un professionnel de santé publique sans formation médicale ne peut faire.

5.2 | L'accompagnement régional

Les responsables régionaux se sont dotés, au cours de cette expérience, d'une vision commune du projet *Au cœur de la vie*. Toutefois, les différences, tant au niveau des particularités des régions que des expertises et expériences des responsables régionaux, ont amené des nuances dans les façons d'aborder les milieux et de construire le projet avec eux. Ces différences sont riches d'expériences. Nous croyons que la démarche présentée doit être souple et respectueuse des particularités des régions et des milieux cliniques.

5.2.1 | UNE ÉQUIPE GAGNANTE : AU MOINS DEUX PERSONNES

Rapidement, nous avons réalisé qu'il était plus facile d'animer les milieux cliniques avec deux représentants de la Direction de santé publique, soit un agent de planification sociosanitaire et un médecin. L'agent de planification apporte son expertise d'organisation et de planification de projet alors que le médecin apporte un soutien scientifique aux rencontres avec les comités de travail. Il peut contribuer à des débats d'ordre clinique en y apportant un éclairage de santé publique qui peut aider à trouver des consensus sur les pratiques préventives à intégrer dans ce milieu clinique. Trois régions sur quatre intervenaient en duo dans les milieux cliniques, dont deux comportaient un médecin et un intervenant de santé publique (agent de planification ou infirmière).

5.2.2 | UN ACCOMPAGNEMENT DE TYPE CONSULTANT : LE PROJET EST CONSTRUIT AVEC LE MILIEU

L'accompagnement proposé est, comme nous l'avons mentionné en introduction, de type consultant. Cela implique qu'une fois les objectifs énoncés et acceptés par les milieux

cliniques, le responsable régional accompagne le milieu à chacune des étapes, répond aux questionnements soit par le biais de la littérature scientifique, de son expérience, ou en faisant le pont avec des ressources spécialisées qui peuvent combler les lacunes identifiées. En se situant de cette façon, le milieu clinique perçoit que le projet est construit en fonction de ses besoins, que la Direction santé publique ne lui impose pas un programme déjà pensé et standardisé devant être implanté à large échelle sur son territoire.

Une approche de ce type nécessite de l'ouverture, de la souplesse et du respect de la culture organisationnelle en place de la part des responsables régionaux. Il n'est pas faux de penser que de procéder de cette manière soit coûteux en temps et en énergie investie dans le milieu. Toutefois, nous croyons que les liens créés au cours de ce processus sont porteurs de succès. Il est difficile de cerner l'intensité idéale du soutien pour qu'il soit rentable. Les données d'évaluation pourront nous éclairer sur ce point (les données ne sont pas disponibles au moment où sont écrites ces lignes). Une réflexion sur l'accompagnement doit se faire dans chacune des régions qui ont décidé d'implanter *Au cœur de la vie* dans tout leur territoire.

5.2.3 | LE ROULEMENT DU PERSONNEL : UNE RÉALITÉ AVEC LAQUELLE COMPOSER

Travailler avec des responsables régionaux et locaux implique de s'exposer au roulement de personnel tant dans les directions de santé publique que dans les milieux cliniques. Ce détail est loin d'être négligeable si on pense au temps et à l'énergie que demande la création d'un nouveau partenariat, surtout lorsqu'il faut le recommencer en cours de projet. C'est malheureusement un désavantage avec lequel on doit apprendre à composer. Une façon de l'éviter : demander à ce que le responsable local soit titulaire d'un poste permanent. Il ne s'agit pas d'une garantie de sa présence continue au projet, mais ce détail minimise les chances qu'il devienne éventuellement titulaire d'un poste dans un autre service, voire un autre milieu clinique.

5.2.4 | INSCRIRE LE PROJET DANS LA PROGRAMMATION RÉGIONALE

Il est plus facile d'implanter *Au cœur de la vie* dans les DSP lorsqu'il est intégré à la programmation régionale ou au plan d'action régional. De plus, l'approche préconisée par la Stratégie québécoise de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention des maladies chroniques et de l'obésité (MSSS, 2004) permet d'aborder la prévention des maladies chroniques et de l'obésité dans un cadre plus

large. Cette stratégie privilégie la mise en place d'interventions de type environnementale, mais elle mise également sur l'intégration de pratiques cliniques préventives pour prévenir les maladies chroniques et de l'obésité. *Au cœur de la vie* répond à ces impératifs.

Le fait d'intégrer le projet dans la programmation régionale ou au plan d'action régional lui assure une continuité dans le temps tant sur le plan des ressources financières qu'humaines. Les partenaires locaux nous ont souligné l'avantage d'inscrire *Au cœur de la vie* dans une vision moyen terme de trois ans, car changer des pratiques exige du temps pour abattre les résistances, et pour consolider une vision d'équipe. En deçà de ce temps, un réel changement de pratique est illusoire.

5.2.5 | PRÉSENTER LE PROJET AUX CMDP

Lorsqu'une équipe médicale est présente dans un milieu clinique, une présentation à l'ensemble du personnel médical devrait être faite par un médecin de la Direction de santé publique. Cette présentation, qui révisé les guides de pratique nationaux et internationaux, permet de faire connaître le projet aux médecins du milieu clinique et de leur faire prendre conscience de l'importance de se construire un guide de pratiques adapté à leur milieu.

Nous avons noté les avantages à compter un médecin parmi les membres du comité de travail. Si aucun ne se porte volontaire pour participer au comité, l'implication du responsable de la formation médicale continue du milieu clinique pourrait être un autre moyen de s'assurer de leur collaboration.

5.2.6 | SUSCITER L'INTÉRÊT DU MILIEU CLINIQUE

L'intégration de la promotion de la santé et de la prévention dans la pratique des intervenants de première ligne nécessite d'abord de susciter leur intérêt et leur enthousiasme. Les professionnels de la santé affectés aux services courants sont souvent submergés par les services curatifs. Bien qu'ils soient conscients de la pertinence et de l'importance du counseling préventif, les amener à intégrer, ne serait-ce que quelques minutes de conseils préventifs, demande à stimuler cet intérêt bien souvent présent, mais parfois caché sous la lourdeur de leurs tâches. Les bénéficiaires perçus doivent surmonter les barrières bien mises en évidence par l'organisation des soins et le type de clientèle qui fréquente les services courants. C'est un défi de taille auquel le responsable régional doit se mesurer.

AVEC QUOI

RÉFÉRENCES ET CD-ROM «AU CŒUR DE LA VIE»

6.1 | Références

Canadian Task Force on Preventive Health Care (1999). *Effective dissemination and implementation of canadian task force guidelines on preventive health care: literature review and model development*. Santé Canada, Ottawa, p. 24-25.

Haynes, B. et A. Haines (1998). "Getting research findings into practice: Barriers and bridges to evidence based clinical practice". *British Medical Journal*, n° 317, p. 273-276.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2001). *Dissémination des guides de pratiques chez les médecins*, Québec, p. 22-23.

Matillon, Y., J. Dosquet et A. Orvain (2000). « Que peut-on attendre de la diffusion des recommandations pour la modification des pratiques ? » *Techniques hospitalières*, n° 651, novembre.

McClaran, J., D. Kaufman, M. Toombs, S. Beardall, I. Levy, A. Chockalingam, (2001). "From Death and disability to patient empowerment: an interprofessional partnership to achieve cardiovascular health in Canada", *Journal canadien de santé publique*, vol. 92, n° 4, juillet-août.

Wyszewianski, L., et L.A. Green (2000). "Strategies for changing clinicians' practice patterns. A new perspective". *Journal of family practice*, n° 49, p. 461-464.

Lachance, B. et J. Colgan (2004). *Vers une stratégie de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention de maladies chroniques. Cadre de référence (volet adulte)*. Document de travail, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, Québec, 55 p.

Organisation mondiale de la santé (2004). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. 57^e assemblée mondiale de la santé, point 12.6 de l'ordre du jour provisoire, Genève, 17 avril.

Salim Yusuf et coll. (2004). "Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the Interheart study): Case-control study". *The Lancet*, septembre.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2003). *Le programme national de santé publique 2003-2012*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 133 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2004). *Propositions d'actions pour prévenir les problèmes reliés au poids au Québec*. Document de travail, Québec.

Gouvernement du Québec (2000). *Rapport et recommandations: les solutions émergentes*. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Québec.

Lescarbeau, R., M. Payette et Y. St-Arnaud (2003). *Profession: consultant*. 4^e édition, Gaëtan Morin éditeur, Montréal, 333 p.

Landry, R., N. Amara et M. Lamari (2001). *Utilization of social science research knowledge in Canada*. Research Policy, vol. 30, p 333-349.

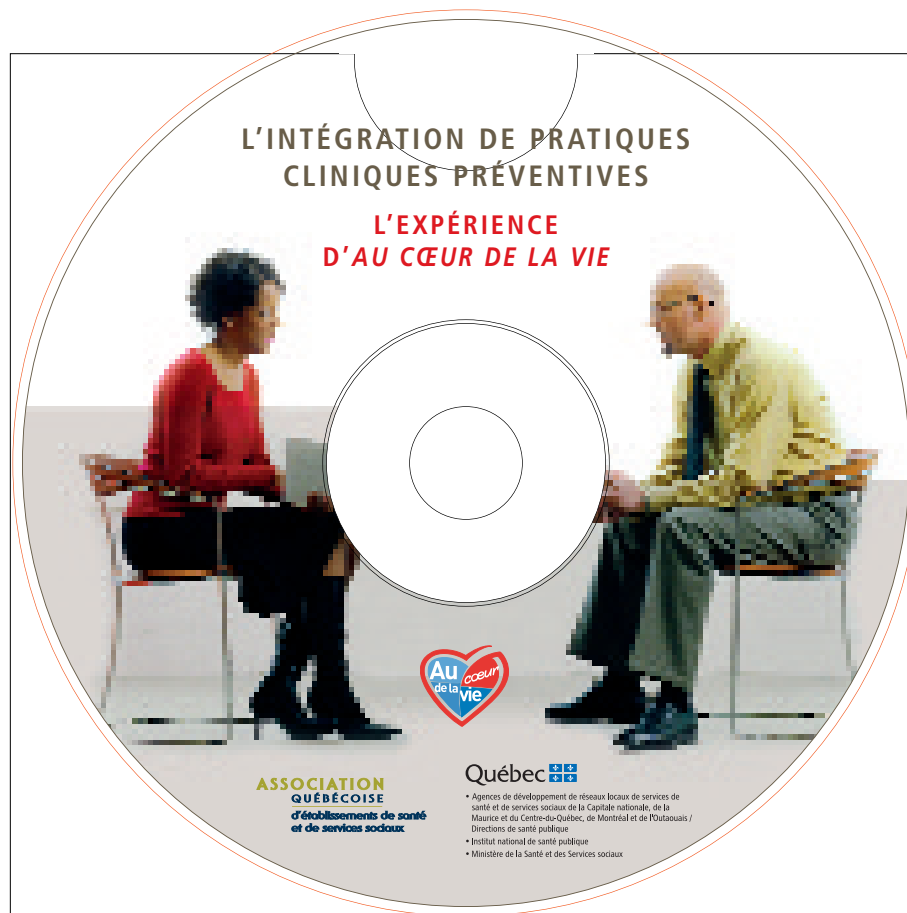
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2002). "Put Prevention Into Practice, A Step-by-Step Guide to Delivering Clinical Preventive Services: A Systems Approach". *AHRQ Pub.*, n° APPIP01-0001.

Goodwin, Meredith et coll. (2001). "A Clinical Trial of Tailored Office Systems for Preventive Service Delivery, the study to enhance prevention by understanding practice (Step-Up)". *American Journal of Preventive Medicine*, 21 (1).

Groulx, S. *L'intégration de pratiques cliniques préventives: Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives à l'intention des directions de santé publique du Québec*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, à paraître.

Bélanger, H. *L'intégration de pratiques cliniques préventives: Portfolio, prévention, dépistage et suivi de l'hypertension artérielle à l'intention des milieux cliniques*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, à paraître.

Cliquer ici pour obtenir l'ensemble des fichiers contenus sur le CD-ROM



L'INTÉGRATION DE PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

L'EXPÉRIENCE D'AU CŒUR DE LA VIE

ASSOCIATION
QUÉBÉCOISE
d'établissements de santé
et de services sociaux



Québec 

- Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, de la Maurice et du Centre-du-Québec, de Montréal et de l'Outaouais / Directions de santé publique
- Institut national de santé publique
- Ministère de la Santé et des Services sociaux