



La prévention pratico-pratique

Irma Clapperton

1

Auto-évaluation

Dans ma pratique, j'effectue ou recommande les soins préventifs suivants, au besoin.

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Counselling antitabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cytologie cervicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaccination contre le tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dosage du cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Au cours de sa carrière, un médecin :

- effectue 150 000 consultations d'une durée de quinze minutes ;
- et passe 5000 heures à informer et à conseiller (2,4 ans à temps complet !).

Comment systématiser vos interventions préventives dans votre pratique quotidienne au cabinet ?

Pour en connaître davantage, lisez ce qui suit !

C'EST CONNU, les médecins de famille ont une grande influence sur la décision de leurs patients d'adopter des comportements bénéfiques pour leur santé. Malgré la difficulté liée au temps, les occasions de faire de la prévention sont nombreuses¹.

Le fait d'avoir un médecin de famille et la fréquence des visites sont associés positivement à une offre de services préventifs, le médecin étant reconnu comme un interlocuteur crédible par le patient².

Cependant, au cabinet du médecin, la prestation des services préventifs demeure difficile. Une étude canadienne menée auprès de médecins omnipraticiens de l'Ontario indique que les recommandations A du

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ne sont appliquées que dans 65 % des cas, une moyenne alarmante qui diminue à 31 % pour les recommandations de catégorie B. Les pratiques varient en fonction des interventions, de plus de 85 % pour l'obtention des antécédents du patient en matière de tabagisme à moins de 30 % pour l'examen clinique des seins³. Cohen et coll. signalent que quel que soit l'âge, 55 % des patients sont à jour pour les examens de dépistage, 25 % pour l'immunisation tandis que moins de 10 % reçoivent des conseils sur les habitudes de vie⁴. En général, les médecins sont plus conscients de leur rôle pour certains sujets (tabagisme, consommation d'alcool, activité physique), mais ils se sentent moins bien préparés pour d'autres⁵.

Pourtant, on le sait, l'intervention préventive est efficace et ne nécessite pas l'accès à une haute technologie. Bien que les patients et les médecins perçoivent positivement la prévention, le défi réside dans son application qui se bute à de multiples barrières évoquées dans le *tableau*.

Il y a cependant de plus en plus de preuves que les

La D^{re} Irma Clapperton, spécialiste en santé communautaire, pratique à la Direction de santé publique de Montréal à titre de responsable de la planification et de l'évaluation et collabore avec le Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal à titre de chargée d'enseignement clinique et de coordinatrice des stages du programme de maîtrise en santé publique.

Tableau

Obstacles aux pratiques cliniques préventives

Liés au patient

- ⊗ Manque de connaissances
- ⊗ Anxiété face aux tests et aux résultats
- ⊗ Coûts
- ⊗ Inconvénients

Liés au médecin

- ⊗ Manque de connaissances et d'habiletés pratiques
- ⊗ Manque de confiance dans la prévention
- ⊗ Manque de temps
- ⊗ Rémunération insuffisante

Liés à l'organisation médicale (clinique)

- ⊗ Manque de connaissances
- ⊗ Manque de motivation
- ⊗ Travail en équipe mal défini
- ⊗ Environnement qui privilégie la maladie et son traitement plutôt que le bien-être et la prévention
- ⊗ Modalités organisationnelles inappropriées pour la prestation et le suivi des mesures préventives

obstacles peuvent être surmontés par une combinaison d'approches systématiques et plus intégrées :

- ⊗ **Appliquer une approche de triage** pour évaluer le patient dans son savoir, son vouloir et son pouvoir de changement (ses attitudes, ses croyances, ses compétences et ses ressources personnelles) ;
- ⊗ **Saisir** toutes les occasions d'être proactif pour entreprendre des soins préventifs ;
- ⊗ **Organiser une approche systématisée** au sein de votre lieu d'exercice qui favorise la pratique clinique préventive (stratégies, outils pour le médecin et les patients, partage des responsabilités).

Ces trois approches font aujourd'hui partie des éléments constitutifs d'une stratégie de base utile et efficace visant à intégrer la prévention dans la pratique. Les résultats sont probants si l'application de cette stratégie est taillée sur mesure et adaptée aux réalités de chaque milieu.

Quels déterminants influencent les comportements du médecin et du patient face à la prévention ?

Depuis les vingt dernières années, plusieurs modèles ont été publiés afin de mieux comprendre les

nombreux facteurs facilitant l'adoption de pratiques cliniques préventives par les médecins et de mesures préventives par les patients ou y faisant obstacle.

Types de déterminants

Green⁶, qui fait office de précurseur, considère trois types de facteurs dans son modèle :

- ⊗ Les facteurs prédisposants relatifs aux croyances, aux connaissances, aux attitudes et aux valeurs sont liés à la volonté de changer de comportement ;
- ⊗ Les facteurs facilitants relatifs aux ressources disponibles et à la faisabilité indiquent les capacités du patient à changer de comportement ;
- ⊗ Les facteurs de renforcement relatifs à l'appui externe (famille, travail, amis) relèvent du soutien, de la récompense et de la satisfaction face au changement de comportement.

Plusieurs autres théories socio-comportementales donnent aussi des repères utiles⁷. Elles ont toutes pour dénominateur commun les éléments suivants :

- ⊗ la reconnaissance de la maladie ;
- ⊗ la perception du risque ;
- ⊗ la motivation à changer ;
- ⊗ l'acquisition de stratégies ;
- ⊗ les résultats attendus.

Éléments gagnants du changement de comportement

En général, pour changer, une personne doit :

- ⊗ avoir une forte intention de changer ou une prédisposition au nouveau comportement, comme le montre le modèle transthéorique de Prochaska, Norcross et Dilemte.⁸ (*encadré 1*) ;
- ⊗ faire face à un minimum de barrières informationnelles, logistiques et sociales ;
- ⊗ percevoir qu'elle a les habiletés requises pour acquérir le nouveau comportement ;
- ⊗ croire que le comportement recherché est le résultat d'une norme sociale et qu'aucune sanction n'y est rattachée ;
- ⊗ croire que ce comportement recherché correspond à l'image de soi ;
- ⊗ avoir une impression positive du comportement ;
- ⊗ rencontrer des déclencheurs (*cues*) de l'action qui permettent d'acquérir le comportement au moment opportun⁹.

Par ailleurs, la littérature sur les changements in-

Encadré 1**Modèle transthéorique de Prochaska⁸****Les étapes du changement de comportement**

La préreflexion : Le patient n'a aucune intention de changer dans un proche avenir. Souvent, il nie le problème ou ne le reconnaît pas.

La réflexion : Le patient reconnaît le problème et prévoit changer. Il n'a cependant pas de plan concret. Il pèse le pour et le contre. Sa décision n'est pas encore prise.

La préparation : Le patient prévoit agir au cours du prochain mois. Sa décision est prise, mais il ne sait pas comment s'y prendre.

L'action : La décision est prise. Le changement de comportement est amorcé depuis au moins six mois.

Le maintien : Le changement de comportement est maintenu depuis plus de six mois. Il s'agit d'une phase active de persistance dans un nouveau comportement et d'évitement des rechutes.

La rechute : Plusieurs cycles peuvent être nécessaires pour assurer la réussite. Si des leçons sont tirées de l'échec, le changement peut avoir lieu.

Encadré 2**Les 5 A du Groupe d'étude canadien sur les soins préventifs**⊗ **Assess (Évaluer)**

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

⊗ **Advise (Conseiller)**

- ⊕ Aider le patient à prioriser une cible
- ⊕ Favoriser une cible atteignable

⊗ **Agree (S'entendre)**

- ⊕ Établir le plan : problème, cibles, faisabilité
- ⊕ Déterminer les responsabilités de chacun
- ⊕ Proposer un contrat préférentiellement écrit

⊗ **Assist (Aider)**

- ⊕ Aider et soutenir (les petites réussites)
- ⊕ Évaluer l'évolution des changements et en discute

⊗ **Arrange (Soutenir)**

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

tionnels de comportement chez les patients fumeurs, obèses ou aux prises avec un problème de consommation d'alcool peuvent survenir avec ou sans assistance extérieure. Cependant, la plupart du temps, une approche combinant une aide externe et l'engagement des patients donne de meilleurs résultats. Ainsi, l'accompagnement par le médecin s'avère utile. Il faut alors bien comprendre les différentes phases du changement de comportement pour pouvoir accompagner adéquatement le patient dans son cheminement.

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GÉCSP) a proposé une approche de counselling en cinq étapes qui s'applique facilement au contexte clinique.

Les cinq étapes dirigent le travail du clinicien. Elles lui permettent d'orienter l'entrevue et de mettre l'accent sur les éléments importants. Chaque étape

doit être terminée avant de passer à la suivante¹⁰ (encadré 2).

L'article du Dr Stéphane Groulx, dans ce numéro, proposera un algorithme de counselling qui combine le modèle de Prochaska et celui des 5 A du GÉCSP.

Existe-t-il une occasion d'être proactif pendant les consultations et de faire des interventions préventives ?

Il est connu que le type de consultation a une influence sur la prestation des actes préventifs. Plusieurs études montrent que lorsque les patients consultent pour un bilan de santé, les médecins font davantage le dépistage de maladies asymptomatiques, offrent la vaccination et font du counselling sur les habitudes de vie. Cependant, d'autres auteurs illustrent des occasions manquées de faire de la prévention, notamment en ce qui a trait à la vaccination des

Il faut alors bien comprendre les différentes phases du changement de comportement pour pouvoir accompagner adéquatement le patient dans son cheminement.

Repère

Encadré 3

Ressources utiles en prévention

Site canadien

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) (Canadian Task Force on Preventive Health Care) anciennement Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique.

Site Internet : www.ctfphc.org

La version anglaise est, pour l'instant, plus complète que la version française. Les sections suivantes sont particulièrement utiles :

- 🕒 **Topics & Recommendations** : les rapports
- 🕒 **Quick tables** :
 - 🕒 **DOs** : recommandations de catégorie A et B
 - 🕒 **DON'Ts** : recommandations de catégorie D et E
 - 🕒 **Conflicting** : recommandations de catégorie C
 - 🕒 **Insufficient** : recommandations de catégorie I
- 🕒 **Resources & Tools** : liens utiles

Sites américains

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Preventive Services

Site Internet : www.ahrq.gov/clinic/prevenix.htm

On y retrouve deux ressources très utiles :

- 🕒 US Preventive Services Task Force (USPSTF)
- 🕒 Put Prevention Into Practice (PIIP)

Outil pour les ordinateurs de poche

Interactive Preventive Services Selector : recommandations américaines sur les pratiques préventives par âge et par sexe. Site Internet : <http://pda.ahrq.gov/index.html>

enfants et à une variété de tests de dépistage¹¹.

Comme le médecin voit habituellement les patients pour un problème aigu ou chronique, il doit profiter davantage de chaque consultation pour entreprendre des interventions préventives. Ces consultations représentent souvent le seul point de contact avec des professionnels de la santé pour certains types de patients qui présentent des risques élevés de maladies évitables. Stange et coll.¹² révèlent dans une étude portant sur 3547 consultations pour maladies que les services préventifs sont offerts dans 39 % des cas de maladies chroniques et dans 30 % des cas de

problèmes aigus. Les interventions préventives les plus fréquentes durant une consultation pour maladie ont été le counselling sur le tabac et l'activité physique, suivies de celles sur l'immunisation contre la grippe et sur la mammographie.

Les approches proactives, rarement utilisées, servent de compléments aux interventions habituelles, insuffisantes à elles seules pour améliorer la prestation des services préventifs⁴.

Il faut s'assurer d'établir un contexte d'entrevue favorable où la rencontre patient-médecin s'intègre bien dans les agendas respectifs. Le clinicien doit alors centrer son approche sur le patient. Dans leur modèle Calgary-Cambridge, Kurtz et coll. ont proposé une vision moderne de l'entrevue médicale qui doit comporter trois fonctions : recueillir les renseignements, établir une relation, éduquer et motiver le patient à suivre les recommandations¹³.

Éduquer le patient consiste à fournir une information exacte et adaptée. Cette tâche exige une collaboration médecin-patient et une participation active des deux parties. Elle doit tenir compte des besoins et des attentes du patient et surtout être axée sur les résultats que ce dernier souhaite obtenir. Ainsi, une entrevue bien structurée est une condition nécessaire pour saisir les occasions de prévention.

La consultation pour maladie peut être un moment d'éducation propice (*teachable moment*), car la sensibilité du patient est alors plus élevée. Ce dernier est plus réceptif, et l'intervention préventive est donc plus efficace. Il est crucial de comprendre comment le patient perçoit le problème et son origine.

Cohen et coll. proposent trois techniques pour renforcer le message préventif⁴. Pour améliorer les résultats, ils suggèrent de :

- 🕒 profiter de la fin de l'entrevue pour émettre une prescription préventive. Si Jean-Pierre consulte pour une douleur lombaire, le médecin peut alors lui proposer un prochain rendez-vous pour évaluer son risque cardiovasculaire ;
- 🕒 faire le lien entre le problème spécifique pour lequel le patient vient vous consulter et les conseils

Les approches proactives, rarement utilisées, servent de compléments aux interventions habituelles, insuffisantes à elles seules pour améliorer la prestation des services préventifs.

Repère

préventifs. Par exemple, si Francine consulte pour une bronchite, le médecin lui conseillera de cesser de fumer ;

☉ combiner les deux techniques. Jean-Pierre consulte pour une douleur abdominale. Lors de l'examen, le médecin lui conseillera de surveiller son poids. À la fin de l'entrevue, il lui remettra une prescription préventive sur des conseils diététiques et lui demandera de revenir dans un mois.

Il est de plus en plus reconnu que donner des conseils préventifs ne nécessite pas trop de temps. Pour le patient, moins de trois minutes suffisent pour faire la différence entre le *statu quo* et le premier pas vers l'amélioration de sa santé !

Quels sont les stratégies et les outils simples, utiles et efficaces pour l'organisation de la clinique ? (encadré 3)

Plusieurs organismes nous inondent de recommandations. Face au patient, nous ne sommes pas toujours bien outillés pour mettre en pratique les recommandations les plus récentes en regard des trois mesures de prévention suivantes : le dépistage, le counselling et la vaccination. Il suffit de penser aux recommandations A, B, C, D, E et I du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Comment s'y retrouver au quotidien ?

Pour intégrer la prévention dans la pratique, donc pour opter pour une **stratégie de prévention pratico-pratique**, il faut **systematiser** l'organisation de la clinique à partir de trois composantes :

- ☉ définir le portrait de la clientèle et repérer les patients à risque ;
- ☉ prioriser les interventions préventives comme médecin et comme groupe ;
- ☉ mettre en place des stratégies adaptées au contexte (besoins, clientèles et environnement).

Une stratégie de prévention pratico-pratique doit intégrer l'ensemble du personnel d'une clinique (secrétaires, médecins, infirmières) et préciser les rôles et

Encadré 4

Programme de prévention américain Put Prevention Into Practice (PPIP)

Programme d'intégration de mesures préventives dans la pratique élaboré par l'AHRQ (Agency for Health Care Research and Quality) en 1994. On y préconise une approche systématique. Les recommandations préventives viennent du US Preventive Services Task Force. Site Internet : www.ahrq.gov/clinic/ppipix.htm

Les assises de cette approche systématique sont les suivantes :

- ☉ déterminer si vous êtes disposé à changer votre façon de faire ;
- ☉ déterminer votre pratique clinique préventive actuelle ;
- ☉ établir un protocole de soins préventifs ;
- ☉ établir un processus pour fournir des soins préventifs ;
- ☉ évaluer votre système d'intégration des mesures préventives dans votre pratique.

Pour chacun des éléments cités, le programme fournit des feuilles de travail, des grilles et un véritable cahier d'accompagnement. À l'étape 3, il est mentionné qu'il vaut mieux commencer sur une plus petite échelle (*start small*) et mettre l'accent sur des interventions qui font l'objet d'un consensus à l'intérieur de votre groupe de pratique.

responsabilités de chacun. Il est important de désigner un responsable de l'instauration et du suivi.

Jusqu'à présent, au Québec, il n'y avait pas eu de modèle pour **systematiser** ces pratiques cliniques préventives, comme le programme américain *Put Prevention Into Practice* (PPIP)¹⁴ (encadré 4).

Est-ce que ça fonctionne ? Plusieurs études ont montré que la mise en place d'un processus formel pour actualiser une pratique clinique préventive augmente en effet la prestation de services préventifs.

Parmi les outils qu'on peut mettre rapidement de l'avant, on trouvera une feuille de suivi préventif (*flow sheet*) qui résume certaines recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GÉCSP), des recommandations américaines et d'autres sources canadiennes (*annexe*).

Par contre, il faut savoir adapter cette approche à

Pour intégrer la prévention dans la pratique, il faut systematiser l'organisation de la clinique à partir de trois composantes : 1) définir le portrait de la clientèle et repérer les patients à risque ; 2) prioriser les interventions préventives comme médecin et comme groupe ; 3) mettre en place des stratégies adaptées au contexte (besoins, clientèles et environnement).

Repère

Feuille de suivi préventif

Date						
Âge						
	GÉCSSP*	USPSTF [†]	Autres sources [‡]			
Examen physique						
Examen de la peau	C	I				
Mesure de la pression artérielle	B	A	PECH [‡]			
IMC	B (obèses)	B (tous)				
Tour de taille (syndrome métabolique)			NCEP (ATP III) [‡]			
Tests de dépistage						
Bilan lipidique	C H 30-69	A H 35, F 45	GTCHD [‡]			
Glycémie : population normale	D	I	ACD (≥ 40)			
Glycémie : population à risque (patients hypertendus et dyslipidémiques)	B		Groupes à risque [‡]			
Recherche de sang occulte dans les selles	A	A				
Sigmoïdoscopie	B	A				
Coloscopie	C					
Examen de la vue et de l'ouïe	B	B				
ITSS [§]	A et B	A et B				
Immunisation						
Vaccin d ₂ T ₅			PIQ [‡]			
Vaccin contre la grippe			PIQ			
Vaccin contre l'infection à pneumocoque			PIQ			
Vaccin contre la varicelle			PIQ			
Counselling						
Arrêt du tabac	A	A				
Activité physique : pratique régulière/counselling	B et C	I				
Alimentation/counselling intensif	B	B				
Consommation d'alcool	B	B				
AAS en prévention primaire		A				
Dépression	B	B				
HTA/traitement	A					
Hygiène dentaire (soie dentaire et brossage)	A et B	B				
Protection auditive	A					
Protection solaire	B	I				
ITSS/gonorrhée	B					
Traumatismes : chutes/ceinture de sécurité	A et B	B				
Violence familiale	I	I				
Santé des femmes						
Auto-examen des seins	D	I				
Examen clinique annuel	A	I				
Mammographie	A (50-69)	B (≥ 40)				
Prise d'acide folique	A					
Cytologie cervicale (test de Papanicolaou)	B	A				
Ostéodensitométrie : ≥ 65 ans, ou postménopause avec facteurs de risque	B	B				
Rubéole congénitale (Vaccin RRO)			PIQ			
Santé des hommes						
Toucher rectal	C	I				
Dosage de l'APS	D	I				

* Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GÉCSSP 1994) classe les données probantes par catégorie de recommandation : « A » données *suffisantes* pour recommander l'intervention ; « B » données *acceptables* ; « C » données *controversées* pour appuyer ou non la recommandation de l'intervention ; « D » données *acceptables* pour déconseiller l'intervention ; « E » données *suffisantes* pour déconseiller l'intervention ; « I » données *insuffisantes* pour émettre une recommandation.

† Le US Preventive Services Task Force (USPSTF)^{3,4} classe les données probantes par catégorie de recommandation : « A » fortement recommandé (preuves suffisantes) ; « B » recommandé (preuves acceptables) ; « C » ni recommandé ni déconseillé (preuves conflictuelles) ; « D » déconseillé (preuves acceptables) ; « I » ni recommandé ni déconseillé (preuves insuffisantes).

‡ Selon l'examen : Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH 2005) ; National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel – III (NCEP ATP-III 2002) ; Groupe de travail sur l'hypercholestérolémie et autres dyslipidémies (GTCHD 2003) ; Association canadienne du diabète (ACD 2003) ; *Protocole d'immunisation du Québec (PIQ 2005)*.

§ Syphilis (A – GÉCSSP), gonorrhée (A – GÉCSSP, B – USPSTF), infections à *Chlamydia* (B – GÉCSSP, A – USPSTF), hépatite B (A – USPSTF), VIH (A – GÉCSSP A – USPSTF).

notre contexte particulier de pratique. Il ne s'agit donc pas d'une approche de style « prêt-à-porter », mais plutôt « sur mesure ». Un facteur qui revient toujours dans la littérature est la capacité d'être **proactif** face aux différents besoins et aux diverses demandes dans notre pratique de tous les jours. Autrement, on se laisse submerger par la charge de travail habituelle et on oublie l'aspect préventif.

LE CONTEXTE ACTUEL de la médecine de première ligne au Québec, avec le manque d'effectifs médicaux criants et le fait que près de 25 % de Québécois n'ont pas de médecin de famille, rend l'adoption d'une pratique clinique préventive encore plus ardue.

Il faut ainsi prendre conscience de notre environnement actuel et tenter de dégager des stratégies efficaces. Nous avons vu que le contexte des consultations avec ou sans rendez-vous peut être le cadre d'interventions préventives. Nous assistons actuellement à une importante réorganisation du réseau de la santé et, plus près de nous, il y a les Groupes de médecine de famille (GMF). Il s'agit sans doute d'une belle occasion d'améliorer, avec la collaboration des infirmières, notre prestation de soins préventifs. 📞

Date de réception : 14 novembre 2004

Date d'acceptation : 6 janvier 2005

Mots-clés : pratiques cliniques préventives, changement de comportement, éducation du patient

Bibliographie

1. Lipkin M Jr, Putman SM, Aaron L. *Medical interview: clinical care, education, and research*. 1^{re} éd. Springer-Verlag; 1995.
2. Hahn DL. The delivery of clinical preventive services: acute care intervention. *J Fam Pract* 1999; 48 (10): 785-9.
3. Hutchison B, Woodward CA, Norman GR, Abelson J, Brown JA. Provision of preventive care to unannounced standardized patients. *Can Med Assoc J* 1998; 158 (2): 185-212.
4. Cohen D, DiCicco-Bloom B, Strickland PO, Headley A, Orzano J, Levine J, Scott J et coll. Opportunistic approaches for delivering preventive care in illness visits. *Prev Med* 2004; 38: 565-73.
5. Beaudoin C, Lussier MT, Gagnon RJ, Brouillet MI, Lalonde R. Discussion of lifestyle-related issues in family practice during visits with general medical examination as the main reason for encounter: an exploratory study of content and determinants. *Patient Educ Couns* 2001; 45: 275-84.
6. Green LW, Kreuter MW. *Health promotion planning. An educational and environmental approach*. 2^e éd. Mountain View: May Field; 1991.
7. Richer F. *La promotion des pratiques cliniques au sein des groupes de médecine de famille, une analyse de marketing social*. Direction de

Summary

Putting prevention into practice. Family doctors can have an important impact on the decision of patients to adopt healthy lifestyles. Preventive services are somewhat difficult to integrate in current clinical practice. Although physicians and patients understand the benefits of prevention, the challenge is to overcome the barriers that can hinder its implementation.

In order to overcome these barriers to prevention, current evidence recommends a combination of systematic and more integrated approaches such as:

- determining the patient's level of behaviour modification, by assessing his health beliefs, his will and power to change,
- having an opportunistic approach for the delivery of preventive services by using illness and check-up visits to integrate "teachable moments",
- providing an office-based systematic approach for preventive services that is patient and physician user-friendly.

Keywords: preventive services, behavior modification, patient education

santé publique de la Montérégie; 2004.

8. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992; 47: 1102-14.
9. Elder JP, Ayala GX, Stewart H. Theories and Intervention Approaches to Health-Behavior Change in Primary Care. *Am J Prev Med* 1999; 17 (4): 275-84.
10. Elford RW, MacMillan HL, Wathen CN avec le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Counseling for Risky Health Habits. A Conceptual Framework for Primary Care Practitioners*. Rapport 2001; 01 (7).
11. Kikano GE, Flocke SA, Robin S, Kurt CS. Are you practicing opportunistic prevention? *Fam Pract Manag* 2000; 7 (3): 56.
12. Stange KC, Flocke SA, Goodwin MA. Opportunistic preventive services delivery. Are time limitations and patient satisfaction barriers? *J Fam Pract* 1998; 46 (5): 419-24.
13. Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and learning communication skills in medicine*. Radcliffe Medical Press; 1998.
14. Agency for Healthcare Research and Quality. *A step by step guide to delivering clinical preventive services: a system approach*. Texas; 1994.

Rectificatif

Une malencontreuse erreur s'est glissée dans le texte intitulé « Le syndrome vibratoire : une maladie sournoise », de la D^{re} Alice Turcot (*Le Médecin du Québec*, volume 40, numéro 4, avril 2005, page 99). Dans l'avant-dernier paragraphe, nous aurions dû lire :

Le diagnostic doit être confirmé par des tests de provocation au froid dans un centre hospitalier pour compléter le dossier de demande d'indemnisation du patient à la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

De plus, veuillez prendre note que seule la photo 2 était une courtoisie de Ressorts d'autos-camions Rock.