

Promotion de la prévention clinique (PPC) :
un projet de promotion
des pratiques préventives démontrées efficaces
auprès des médecins de première ligne
de la Montérégie, Québec

PROJET/ACCORD N° : QC324

Rapport final présenté au
Fonds pour l'Adaptation des Services de Santé (FASS)
le 31 mars 2001

À l'attention de Stéphane Groulx, coordonnateur du projet
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3
Téléphone : (450) 928-6777 poste 4356
Télécopieur : (450) 679-6443
Courriel : s.groulx@rrsss16.gouv.qc.ca
Site web : [html://www.preventionclinique.ca](http://www.preventionclinique.ca)

Ce projet a été soutenu par une contribution financière du
Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada.
Les points de vue exprimés dans ce rapport ne représentent pas nécessairement
la politique officielle du gouvernement fédéral ou provincial.

Résumé

Le projet Promotion de la Prévention Clinique visait à améliorer la pratique de la prévention en utilisant des méthodes empruntées au marketing et à l'andragogie pour promouvoir directement auprès des médecins omnipraticiens en pratique privée (payés à l'acte), et indirectement auprès de leur clientèle, des pratiques de prévention clinique démontrées efficaces.

Pertinence

Chaque année, environ 70% de la population consulte un médecin, pour une moyenne de quatre visites. Les médecins de première ligne exercent une grande influence sur le comportement préventif de leur clientèle et s'avèrent indispensables pour certaines interventions. Ils détiennent un potentiel considérable d'améliorer la santé de la population en intégrant la prévention à leurs consultations individuelles. Pourtant, les obstacles à l'adoption de pratiques préventives efficaces sont tels que les médecins n'atteignent pas en général les objectifs fixés par les programmes de santé publique et que leur performance est inférieure à ce qu'eux-mêmes souhaiteraient.

Il existe déjà plusieurs ressources qui peuvent soutenir l'intégration de la prévention à la pratique. Des guides de pratique clinique fondés sur des données probantes, des systèmes de bureau et des outils agissant sur les déterminants des comportements préventifs ainsi que certaines méthodes de formation médicale continue se sont tous avérés efficaces dans certaines circonstances, la combinaison de multiples stratégies se révélant avantageuse. La difficulté est de s'assurer que ces ressources atteignent leur cible et qu'elles s'adaptent aux besoins changeants de leurs utilisateurs potentiels.

Objectifs et description des activités

À la lumière de ce qui précède, les promoteurs ont voulu expérimenter des approches inspirées du marketing (vente académique, communication persuasive) pour « vendre » des interventions préventives spécifiques aux médecins, et faire de ceux-ci à leur tour de meilleurs vendeurs de prévention auprès de la population. Un délégué médical en prévention (un non-médecin) visitait l'omnipraticien à son cabinet pour s'informer de ses pratiques et de ses besoins, l'inviter à un atelier de formation en communication persuasive et lui offrir un éventail de systèmes et outils de bureau visant à faciliter l'intégration des guides de pratique clinique préconisés.

Le premier volet de l'intervention (Nouveaux-Nés en Santé ou NNS) devait vendre 3 interventions préventives à la totalité des 77 médecins omnipraticiens qui suivent des grossesses en Montérégie, soient : la promotion de l'allaitement maternel, le counselling anti-tabagisme et le counselling universel/dépistage volontaire du VIH pendant la grossesse. Le deuxième volet visait à promouvoir auprès d'un échantillon de 185 médecins Omnipraticiens Non-Obstétriciens (ONO) 3 autres interventions : le counselling anti-tabagisme dans la population générale, la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque et le counselling en faveur de l'activité physique. Le counselling préventif occupait donc une place prédominante dans les interventions proposées aux médecins, même si le dépistage et la vaccination en faisaient également partie.

Méthodes d'évaluation

L'évaluation a porté sur les effets de l'intervention PPC sur le comportement des médecins, l'implantation des activités du projet et leurs coûts. Pour le volet NNS, les effets ont été évalués selon un devis pré-post intervention sans groupe témoin. Pour le volet ONO, on a utilisé l'approche de l'étude contrôlée : les cabinets des médecins de première ligne de la Montérégie ont été aléatoirement répartis en deux groupes, intervention (185 médecins pratiquant dans 36 cliniques) et témoin (130 médecins pratiquant dans 29 cliniques). Les médecins constituaient notre unité d'étude. Le groupe expérimental a reçu les services décrits ci-dessus et 36 médecins ont participé à la collecte de données (questionnaire médecin auto-administré et enquête téléphonique auprès de 5 de ses patients). Le groupe témoin a également été visité, et 31 médecins nous ont autorisés à effectuer la collecte de données de comparaison.

Une évaluation qualitative de la satisfaction et de l'acceptabilité du projet a été menée en interviewant les médecins participants et les délégués médicaux. La pénétration des activités du projet et les barrières à leur implantation ont également été analysées.

Les coûts occasionnés par la production des activités du projet ont été estimés à l'aide du journal de bord des délégués. Cette évaluation a permis d'estimer le coût moyen des interventions PPC pour chaque thème et par médecin.

Résultats et discussion

Malgré les ressources limitées allouées pour l'évaluation du projet, celle-ci a réussi à dégager une tendance robuste à l'amélioration de la pratique du counselling par les médecins visités, en pré-post intervention (NNS) et par rapport au groupe témoin (ONO). Dans l'enquête menée auprès des patients, considérés comme une source d'information fiable, cette tendance est significative tant pour la performance que pour la durée du counselling, en particulier pour les thèmes VIH/grossesse et tabagisme dans la population générale ($p < 0.05$). La seule des six interventions qui ne semble pas avoir eu d'effet est celle qui concerne la promotion de l'activité physique.

Le projet a dépassé ses objectifs pour ce qui est d'établir un canal de communication avec les omnipraticiens, en rencontrant 66 à 92% des médecins visés jusqu'à 5 reprises, pour des durées moyennes de 5 à 24 minutes. Le taux de participation de ces médecins aux ateliers a été de 21 à 33%, et la satisfaction à l'égard des activités du projet de 76 à 95 %. Les coûts pour reproduire de telles activités ont été estimés.

Conclusions

Une approche marketing multistratégique comportant des visites, des formations et des outils de soutien semble efficace pour rejoindre les médecins et initier chez eux des changements de comportement en faveur de pratiques préventives reconnues. La rentabilité de cette approche pour améliorer la santé de la population reste à établir.