Pratiques cliniques préventives et besoins pour leur intégration chez des médecins d'un centre hospitalier universitaire à Montréal

Julio C. Soto, MD, Ph.D.¹, Maria L. Chauvet, M.Sc.¹, Stéphane Groulx, MD, FCMF², Sylvie Provost, MD, M.Sc.³

RÉSUMÉ

Objectifs : Décrire le portrait de la prestation des pratiques cliniques préventives (PCP) des médecins d'un centre hospitalier universitaire et identifier les barrières à leur mise en œuvre.

Méthode : Enquête par questionnaire auto-administré auprès de 367 médecins généralistes et spécialistes œuvrant au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) en 2006.

Résultats : Les répondants disent effectuer ou recommander les PCP (souvent ou très souvent) dans environ 60 à 82 % des cas. Les femmes médecins rapportent une plus grande intégration du dépistage et de la vaccination ($p < 0,05$). Les généralistes disent appliquer ou recommander les PCP plus fréquemment que les spécialistes ($p < 0,05$), sauf pour le counselling anti-tabac. Le manque de temps (82 %) et les déficiences dans la continuité des soins (75 %) sont considérés par la majorité des répondants comme des barrières majeures à la réalisation des PCP. La plupart des participants (99 %) considèrent qu'agir en prévention fait partie de leur rôle et 98 % se disent motivés à intégrer les PCP dans leur pratique. Cependant, presque la moitié des médecins n'appliquent pas les recommandations préventives à leur propre vie et au moins les deux tiers doutent de l'efficacité du counselling.

Conclusion : Malgré les résultats encourageants observés, des actions doivent être entreprises pour améliorer l'intégration des PCP aux soins généraux et spécialisés et pour amener les médecins eux-mêmes à adopter de saines habitudes de vie.

Mots clés : prévention clinique; pratiques cliniques préventives; guide de pratiques cliniques préventives; barrières aux pratiques préventives

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Rev can santé publique 2010;101(1):65-71.

Une meilleure intégration des pratiques cliniques préventives (PCP)* dans la pratique médicale permettrait de réduire la morbidité et la mortalité liées à certaines maladies évitables¹. Pour soutenir cette intégration, des guides de PCP ont été développés par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) et par l'U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Cependant, plusieurs études indiquent que l'intégration souhaitée demeure encore difficile. Parmi les barrières, le manque de temps est souvent identifié comme étant un obstacle majeur, auquel s'ajoutent d'autres facteurs propres au clinicien, à l'environnement de pratique ou aux PCP elles-mêmes²⁻⁶.

Par rapport aux adultes américains qui reçoivent en moyenne 55 % des soins préventifs reliés aux principales maladies, causes de mortalité et de consultation⁷, les médecins généralistes de l'Ontario appliquent à leurs patients dans une proportion de 65 % les recommandations de catégorie A du GECSSP et seulement dans 31 % celles de catégorie B⁸. En Colombie-Britannique, les médecins de famille réalisent le dépistage du cancer du sein et du col utérin ainsi que le counselling anti-tabac dans 90 % des cas⁹. Au Québec, les habitudes de vie sont abordées par les généralistes dans seulement 10 à 37 % des visites médicales, en particulier chez des patients déjà atteints de maladies chroniques ou de facteurs de risque associés¹⁰. Pour les médecins spécialistes, peu de données sont disponibles.

* Les pratiques cliniques préventives (PCP) sont des interventions réalisées par un professionnel de la santé auprès d'un patient afin de promouvoir la santé et prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux. Ces interventions peuvent comprendre le dépistage, l'immunisation, le counselling et la pharmacoprophylaxie.

Cette étude visait à décrire, chez des médecins œuvrant au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), le portrait de l'intégration des PCP de catégorie A et B du GECSSP et de l'USPSTF. L'étude avait aussi pour objectif d'identifier les barrières rencontrées par les médecins pour leur mise en œuvre et de décrire leur pratique personnelle de saines habitudes de vie ainsi que leurs attitudes face à la prévention.

MÉTHODE

Population à l'étude

L'étude a été réalisée au cours des mois de juin-juillet 2006 auprès de tous les médecins exerçant dans les départements de biochimie, chirurgie, médecine, médecine générale, obstétrique-gynécologie,

Affiliations des auteurs

1. Département de médecine préventive et de santé publique du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Montréal, QC
2. Direction de santé publique de la Montérégie, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, QC
3. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Montréal, QC

Correspondance et demandes de réimpression : Dr Julio C. Soto, Département de médecine préventive et de santé publique, Centre hospitalier universitaire de Montréal, 1560, rue Sherbrooke Est, Hôpital Notre-Dame, Pavillon Champlain, porte L-2233, Montréal (Québec) H2L 4M1, Tél. : 514-890-8000, poste 25255, Téléc. : 514-412-7643, Courriel : julio.c.soto.chum@ssss.gouv.qc.ca

Remerciements : Les auteurs remercient les médecins ayant participé à l'enquête, les consultants et les collaborateurs qui ont participé au pré-test ou qui ont partagé leurs opinions lors de la conceptualisation de l'étude et l'élaboration du rapport final.

Cette étude a été réalisée grâce à l'appui institutionnel de la Direction générale du CHUM et l'appui logistique de la Direction de la gestion et de la qualité-performance et de la Direction des services professionnels du CHUM.

Conflit d'intérêts : Aucun déclaré.

Tableau 1. Caractéristiques personnelles et de la pratique des médecins, CHUM, 2006

	Généralistes		Spécialistes	
	N	(%)*	N	(%)*
Sexe (n=158)				
Femmes	24	(56 %)	45	(39 %)
Hommes	19	(44 %)	70	(61 %)
Âge (min./max.=26/75 ans) (n=156)				
<45 ans	10	(24 %)	38	(33 %)
45-54 ans	20	(48 %)	37	(32 %)
>55 ans	12	(29 %)	39	(34 %)
Consommation de fruits et légumes† (n=71)				
≥5 portions/jour	26	(60 %)	45	(39 %)
Régularité de l'exercice physique‡ (n=158)				
Aucun exercice	4	(9 %)	7	(6 %)
1-2 fois/semaine	9	(21 %)	40	(35 %)
3-4 fois/semaine	21	(49 %)	43	(37 %)
≥5 fois/semaine	9	(21 %)	25	(22 %)
Tabac (n=156)				
Non-fumeur	30	(70 %)	87	(77 %)
Ex-fumeur	11	(26 %)	24	(21 %)
Fumeur occasionnel (<10 cigarettes/jour)	1	(2 %)	0	(0 %)
Fumeur (10 cigarettes ou plus/jour)	1	(2 %)	2	(2 %)
Connaissance de leur tension artérielle (n=146)				
Oui	42	(98 %)	104	(90 %)
Connaissance de leur taux de cholestérol (n=109)				
Oui	32	(74 %)	77	(67 %)
Année d'obtention du diplôme MD (n=156) (min./max.=1952/2005)				
≤1981	24	(56 %)	59	(52 %)
>1981	19	(44 %)	54	(48 %)
Charge hospitalière au CHUM (n=157)				
≤35 heures/semaine	35	(83 %)	32	(28 %)
>35 heures/semaine	7	(17 %)	83	(72 %)
Charge clinique (n=154)				
≤60 patients/semaine	18	(43 %)	68	(61 %)
>60 patients/semaine	24	(57 %)	44	(39 %)
Pratique l'examen médical périodique (n=156)				
Oui	36	(84 %)	41	(36 %)
Non	7	(16 %)	72	(64 %)
Connaissance des guides de pratique clinique préventive (n=156)				
Oui, entièrement	8	(19 %)	2	(2 %)
Oui, partiellement	25	(58 %)	50	(44 %)
Non	10	(23 %)	61	(54 %)

* Les proportions ont été calculées en fonction du nombre d'effectifs ayant répondu à chaque question.

† Une portion a été définie comme « taille du poing du médecin ».

‡ L'exercice physique a été défini comme « activité d'intensité modérée d'au moins 30 minutes par jour, continue ou discontinue ».

microbiologie médicale et infectiologie du CHUM* (N=367). Les médecins rattachés à ces départements constituaient pour le Centre hospitalier des cibles prioritaires en promotion de la santé puisqu'ils ont davantage d'occasions de rencontrer des patients et de promouvoir plusieurs PCP retenues dans l'étude.

Devis et collecte de données

Il s'agit d'une étude descriptive de type transversale réalisée à l'aide d'un questionnaire autoadministré transmis par courrier. Le questionnaire a été pré-testé auprès d'un échantillon de 16 médecins et validé auprès de professionnels experts en PCP. Le choix et la mesure des variables ont été inspirés de ceux utilisés dans d'autres études^{5,11}.

Variable dépendante

La fréquence de prestation ou de recommandation des PCP (dépistage, vaccination et médication préventive et counselling) a été mesurée par des échelles type Likert à quatre niveaux (Rarement <25 %; Parfois 25-50 %; Souvent 51-75 %; Très souvent >76 %). Les énoncés présentaient des situations cliniques, ex. : « Counselling antitabac (personnes fumeuses) » (tableau 2). Si le répondant n'était pas confronté à une telle situation dans sa pratique, il pouvait indiquer « Ne s'applique pas ».

* Le CHUM est un établissement qui compte environ 1 000 médecins et 10 000 travailleurs et où la promotion de la santé constitue une de ses missions. Depuis 2007, il est un hôpital promoteur de la santé agréé par l'Organisation mondiale de la santé.

Variables indépendantes

D'après la revue de la littérature, les variables indépendantes suivantes seraient associées à la prestation des PCP : connaissance des guides de pratique clinique préventive, perceptions face aux barrières qui entravent l'application des PCP, opinions sur la prévention, caractéristiques socio-démographiques, personnelles (ex. : habitudes de vie), professionnelles et de la pratique des médecins (ex. : spécialisation).

L'importance accordée par les médecins aux barrières à l'intégration des PCP a été mesurée à l'aide d'une échelle à quatre niveaux (« extrêmement important »; « très important »; « peu important »; « pas important ») (figure 2).

Afin de décrire les opinions des médecins à l'égard de la prévention, ces derniers ont exprimé leur accord (« Oui »; « Plutôt oui »; « Non », « Plutôt non », « Pas d'opinion ») par rapport à certains énoncés retenus dans une autre étude^{11,†}.

Variables composites

Des variables dépendantes composites ont été développées pour chacun des groupes de PCP. Les variables composites retenues devaient avoir une valeur Alpha de Cronbach[§] ≥0,75 comme seuil

† Ces énoncés ne sont pas présentés dans le présent article. Vous pouvez demander une copie du questionnaire d'enquête auprès du chercheur principal.

‡ Les variables incluses dans chacune des variables composites retenues se trouvent dans le tableau 3 (références)

§ Indice statistique qui sert à évaluer la cohérence interne de mesure composée par un ensemble d'items (variable composite). Plus les items sont corrélés entre eux, plus cette statistique est proche de 1.

Tableau 2. PCP auto-rapportées par les médecins pour plus de 75 %* de leurs patients, selon le type et le sexe du médecin, CHUM, 2006

PCP effectuée ou recommandée plus souvent (>75 % des occasions)	Type de médecin			Sexe du médecin		
	Généralistes N (%)†	Spécialistes N (%)†	Valeur p‡	Féminin N (%)†	Masculin N (%)†	Valeur p‡
PCP de dépistage						
Prise de tension artérielle (adultes ≥21 ans)/ n=139	32 (78 %)	56 (57,1 %)	0.020	47 (73,4 %)	41 (54,7 %)	0.022
Test pour ITSS§ (patients avec comportement sexuel à risque)/ n=113	23 (62,2 %)	28 (36,8 %)	0.011	29 (56,9 %)	22 (35,5 %)	0.023
Test de Papanicolaou (femmes sexuellement actives)/ n=99	24 (72,7 %)	33 (50 %)	0.031	33 (73,3 %)	24 (44,4 %)	0.004
Examen clinique des seins et recommandation de mammographie (femmes 50 à 69 ans)/ n=120	26 (70,3 %)	41 (49,4 %)	0.033	36 (64,3 %)	31 (48,4 %)	0.081
Recherche de sang occulte dans les selles (personnes ≥50 ans)/ n=123	3 (8,1 %)	6 (7 %)	0.825	6 (10,5 %)	3 (4,5 %)	0.204
PCP de vaccination/médication préventive						
Vaccination contre l'influenza (personnes porteuses d'une maladie chronique)/ n=142	37 (92,5 %)	63 (61,8 %)	<0.001	51 (81 %)	49 (62 %)	0.014
Vaccination contre l'influenza (personnes âgées ≥60 ans)/ n=144	33 (82,5 %)	58 (55,8 %)	0.003	43 (69,4 %)	48 (58,5 %)	0.183
Vaccination contre le pneumocoque (personnes âgées ≥65 ans)/ n=139	24 (63,2 %)	37 (36,6 %)	0.005	34 (55,7 %)	27 (34,6 %)	0.013
Recommandation de prise d'acide folique (femmes en âge de procréer ou enceintes)/ n=73	18 (66,7 %)	28 (60,9 %)	0.620	33 (80,5 %)	13 (40,6 %)	<0.001
PCP de counselling						
Counselling sur l'allaitement maternel (femmes enceintes)/ n=41	11 (57,9 %)	12 (54,5 %)	0.829	20 (74,1 %)	3 (21,4 %)	0.001
Counselling antitabac (femmes enceintes)/ n=55	17 (73,9 %)	22 (68,8 %)	0.678	24 (80 %)	15 (60 %)	0.104
Counselling contre l'abus d'alcool (femmes enceintes)/ n=51	16 (72,7 %)	21 (72,4 %)	0.980	24 (80 %)	13 (61,9 %)	0.154
Counselling antitabac (personnes fumeuses)/ n=150	18 (43,9 %)	74 (67,9 %)	0.007	41 (62,1 %)	51 (60,7 %)	0.861
Counselling alimentation saine (tout patient)/ n=151	17 (41,5 %)	51 (46,4 %)	0.590	34 (50 %)	34 (41 %)	0.267
Counselling activité physique (tout patient)/ n=150	12 (30 %)	44 (40 %)	0.263	28 (41,2 %)	28 (34,1 %)	0.376
Counselling contre l'abus d'alcool (personnes qui prennent de l'alcool)/ n=145	12 (30,8 %)	22 (20,8 %)	0.207	18 (27,3 %)	16 (20,3 %)	0.320
Counselling prévention des ITSS (adultes avec comportement sexuel à risque)/ n=100	18 (48,6 %)	20 (31,7 %)	0.093	22 (46,8 %)	16 (30,2 %)	0.87
Évaluation des facteurs de risque de chute (personnes âgées)/ n=112	8 (25 %)	12 (15 %)	0.212	13 (23,2 %)	7 (12,5 %)	0.139

* Les échelles de type Likert comprenaient les niveaux suivants : Rarement <25 %; Parfois 25-50 %; Souvent 51-75 %; Très souvent >76 %.

† Les proportions ont été calculées en fonction du nombre d'effectifs ayant répondu à chaque question.

‡ Test χ^2 ; p significatif <0,05.

§ ITSS = infections transmissibles sexuellement et par le sang.

|| Maladie cardiaque ou respiratoire, immunodépression, diabète.

de fidélité et comprendre un nombre de répondants relativement élevé (>90).

Les réponses des énoncés inclus pour chaque variable composite ont été additionnées (ex. : Très souvent = 4, Souvent = 3, etc.) et les scores obtenus ont été dichotomisés en fonction de la médiane du groupe (« Bonne pratique préventive » contre « Faible pratique préventive »).

Pour les analyses multivariées, les variables indépendantes ont été regroupées en variables modifiables (ex.: habitudes personnelles du médecin) et non modifiables (sexe, âge, spécialité, année de graduation). Des variables composites ont été développées également pour les variables « Barrières à l'intégration des PCP » et « Opinions des médecins sur la prévention », tel que décrit ci-dessous, et elles ont été testées comme variables composites indépendantes.

Analyse statistique

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS (version 11.5). Les tests chi-carré, exact de Fisher ou de Student ($p < 0,05$) ont été utilisés pour les analyses bivariées. Ces analyses ont tenu compte du sexe et de la spécialité du médecin comme unité d'analyse, la littérature indiquant que ces variables influencent l'intégration des PCP.

Secondairement, une analyse multivariée a été réalisée pour explorer les déterminants de la pratique ou de la recommandation des variables composites de PCP (régression logistique; méthode forward stepwise; $p < 0,05^*$, pin = 0,05, pout = 0,10).

* Le modèle multivarié a inclus toutes les variables significatives ($p < 0,25$). Cependant, le modèle final inclut les résultats avec les variables qui ont été significatives au $p < 0,05^{12}$.

Considérations éthiques

Le protocole du projet de recherche a été approuvé par les comités d'éthique et scientifique du CHUM.

RÉSULTATS

Participation

Sur 367 médecins visés, 176 ont répondu au questionnaire (48 % taux réponse). En raison du faible taux de réponse observé chez les médecins chirurgiens, leurs questionnaires ont été exclus des analyses. Quatre autres questionnaires dont les répondants n'avaient pas spécifié leur spécialité ont été également exclus. Un taux final de réponse de 52 % (158/305) a été ainsi obtenu. Le tableau 1 résume les caractéristiques des répondants.

Facteurs associés à la prestation des PCP

Les médecins généralistes semblent mieux connaître les guides de pratique clinique préventive que leurs collègues spécialistes (77 % contre 46 %, $p < 0,05$). Dans l'ensemble, les répondants qui affirment connaître (entièrement ou partiellement) ces guides procèdent plus régulièrement au dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (53 % contre 33 %, $p < 0,05$) et du cancer du sein (64 % contre 46 %, $p < 0,05$) que leurs collègues qui ont rapporté ne pas les connaître. La fréquence de prestation des PCP est illustrée à la figure 1.

Le fait d'être un médecin généraliste serait associé à une meilleure intégration des PCP (tableau 2). À l'exception du counselling antitabac, les généralistes rapportent effectuer plus souvent les PCP ciblées que leurs collègues spécialistes. La fréquence de prestation des PCP est égale-

Tableau 3. Déterminants de la prestation ou de la recommandation des PCP de type dépistage, vaccination et counselling (variables composites) selon le meilleur modèle de régression logistique, CHUM, 2006

	Dépistage*		Vaccination†		Counselling‡	
	OR crude (IC 95%)	OR ajustés§ (IC 95%)	OR crude (IC 95%)	OR ajustés§ (IC 95%)	OR crude (IC 95%)	OR ajustés§ (IC 95%)
Variables non modifiables¶ :						
Sexe du médecin						
Masculin	1,0	1,0	1,0	1,0		
Féminin	3,2 (1,35-7,53)	3,3 (1,39-8,01)	2,4 (1,16-4,75)	2,4 (1,13-5,03)		
Type de médecin						
Spécialiste			1,0	1,0		
Généraliste			4,0 (1,70-9,28)	4,3 (1,77-10,64)		
Variables modifiables¶ :						
Activité physique (30 minutes par jour)						
<5 fois/semaine	1,0	1,0				
≥5 fois/semaine	2,5 (0,87-7,17)	5,2 (1,07-25,60)				
Réalise l'examen médical périodique (≥ médiane)						
Non	1,0	1,0				
Oui	4,8 (1,93-12,17)	6,0 (1,77-20,10)				
Opinion favorable aux PCP**						
Non	1,0	1,0			1,0	1,0
Oui	4,4 (1,83-10,80)	4,6 (1,55-13,30)			3,4 (1,55-7,20)	2,9 (1,26-6,61)

OR = Odds ratio.

IC 95% = Intervalle de confiance à 95 %.

* Dépistage = Test de Papanicolaou + Examen clinique et mammographie (Alpha de Cronbach = 0,8629).

† Vaccination = Vac. contre l'influenza (maladie chronique) + Vac. contre l'influenza (≥60 ans) + Vac. contre le pneumocoque (≥65 ans) (Alpha de Cronbach = 0,8135).

‡ Counselling = Alimentation saine (tout patient) + activité physique (tout patient) (Alpha de Cronbach = 0,7587).

§ Variables retenues dans l'équation (méthode forward stepwise, p<0,05).

¶ Variables non modifiables hors de l'équation : type de médecin, année de graduation, âge.

¶ Variables modifiables hors de l'équation : connaissances des guides de pratique, de leurs TA et cholestérol, consommation des fruits/légumes, antécédents de tabagisme, heures de pratique, nombre de patients/semaine, % de pratique au CHUM, barrières à la prévention/promotion.

** Opinion des médecins = Motivé pour incorporer des PCP dans la pratique quotidienne + Il est facile, en général, d'intégrer les PCP dans la pratique quotidienne + La prévention fait partie du rôle du médecin clinicien + Formé pour prodiguer des PCP + Le médecin possède des habiletés pour prodiguer des PCP (Alpha de Cronbach = 0,8252).

ment associée au sexe du médecin (spécialités confondues). Les femmes par rapport aux hommes affirment appliquer plus souvent les recommandations préventives à leur propre vie (50 % contre 34 %, p<0,05) et croire davantage en l'efficacité des interventions de counselling (27 % contre 11 %, p<0,05). Les praticiennes rapportent aussi effectuer plus fréquemment la plupart des PCP ciblées par l'étude.

Les analyses multivariées (tableau 3) montrent que les médecins femmes ont plus de probabilité d'avoir une « bonne pratique » de dépistage et de vaccination que les médecins hommes. Une fois la variable sexe contrôlée, un médecin généraliste a plus de probabilité d'avoir une « bonne pratique de vaccination » qu'un médecin spécialiste. Du côté des variables modifiables, les médecins qui pratiquent l'examen médical périodique ont plus tendance à avoir une « bonne pratique de dépistage » que ceux qui ne le font pas. Le fait d'avoir une opinion favorable aux PCP a été identifié comme la seule variable associée à la prestation des PCP de type counselling.

Barrières

Une majorité de médecins (82 %) ont identifié le manque de temps comme étant une barrière majeure à la prestation des PCP (figure 2). La rémunération des actes préventifs serait perçue différemment par les médecins selon leur sexe. Les praticiennes sont plus nombreuses à soutenir que la rémunération inexistante ou insuffisante des actes préventifs ne constitue pas un obstacle ou est une barrière peu importante comparativement à leurs collègues masculins (54 % contre 37 %, p<0,05).

DISCUSSION

Le taux de réponse obtenu dans cette étude est acceptable mais ne permet pas de tirer des conclusions représentatives des opinions de chaque sous-groupe de médecins interrogés.

L'enquête, auto-déclarée, ne mesure pas le comportement réel des médecins ni la qualité de leur prestation. Il est possible que les résultats observés surestiment la fréquence réelle de prestation des PCP (biais de désirabilité sociale)¹³⁻¹⁷. Des biais de non-réponse, d'interprétation (ex.: méconnaissance des recommandations examinées) et de rappel pourraient aussi être présents. Les médecins ont tendance à effectuer davantage de PCP auprès des patients motivés et dans le contexte d'un examen de routine (« well care »), que dans le cas des patients qui consultent pour un problème particulier¹⁸.

Plusieurs études indiquent que les femmes médecins et les médecins qui œuvrent en première ligne ont tendance à intégrer plus souvent les services préventifs à leur pratique comparative-ment à leurs confrères masculins et leurs collègues de spécialités^{14,18-24}. Par rapport au médecin spécialiste, le généraliste est mieux placé pour appliquer les PCP en raison de sa formation et du contexte de sa pratique ou à l'occasion de l'examen périodique⁹. Nous avons trouvé que les médecins généralistes du CHUM intègrent davantage la prévention dans leur pratique, à l'exception du counselling anti-tabac qui est davantage pratiqué par leurs collègues spécialistes. Ceci peut être associé au fait que ces derniers sont plus consultés par des patients porteurs de manifestations cliniques avancées ou de séquelles importantes associées au tabagisme (infarctus du myocarde, AVC, bronchite chronique), ce qui pourrait accroître leur motivation envers le counselling antitabac.

Les médecins généralistes du CHUM, par rapport à leurs collègues des Laurentides (Québec)⁵, disent effectuer ou recommander (souvent/très souvent) dans une plus forte proportion la prescription de l'acide folique (74 % contre 49 %), le dépistage des ITSS (95 % contre 71 %), la recherche de sang occulte dans les selles (30 % contre 17 %) et le counselling contre l'abus d'alcool (85 % contre 34 %).

Figure 1. Fréquence de prestation des PCP de counselling*, dépistage et vaccination auprès de l'ensemble de la population étudiée, CHUM, 2006

* Au moins une intervention brève ou minimale.

Par contre, les médecins généralistes des Laurentides et d'une autre étude canadienne⁹, rapportent réaliser (souvent/très souvent) plus que ceux du CHUM, le dépistage du cancer du col utérin (97 % et 97 %, respectivement contre 88 %), le counselling antitabac (96 % et 96 %, respectivement contre 81 %) et le dépistage du cancer du sein (98 % et 87 %, respectivement contre 74 %).

Cette étude n'a pas trouvé de différences dans la prestation des PCP selon l'âge et l'année d'obtention du diplôme des médecins, tel qu'il a été rapporté ailleurs¹⁸.

Bien que les guides de pratique clinique préventive soient nécessaires pour identifier les « bonnes pratiques », ils ne sont pas suffisants pour améliorer la prestation des PCP²⁵. Toutefois, un pourcentage non négligeable des répondants de cette étude (environ 40 %), a déclaré ne pas connaître les guides des PCP, une proportion plus élevée que celle rapportée aux États-Unis (29 %).

Par ailleurs, bien que la majorité des médecins du CHUM (96 %) aient affirmé intégrer la prévention à leur propre vie, cette étude soulève le fait que des progrès doivent être accomplis à l'égard des

Figure 2. Obstacles* à l'intégration des PCP dans la pratique médicale, CHUM, 2006

* La question posée était la suivante : Veuillez SVP indiquer l'importance des facteurs ci-dessous en tant qu'obstacles ou barrières à l'intégration des PCP dans votre pratique médicale au CHUM

habitudes de vie des cliniciens. Un peu plus de la moitié de répondants rapporte ne pas consommer la quantité de légumes et de fruits recommandée par jour et presque les trois-quarts affirment ne pas pratiquer un exercice physique régulier. D'autres études ont indiqué que des mauvaises habitudes de vie des médecins sont associées à une attitude négative à l'égard du counselling sur les saines habitudes de vie¹¹ et que les médecins qui incorporent les recommandations dans leur propre vie font davantage la promotion des saines habitudes de vie auprès de leurs patients¹⁹.

Les cliniciens du CHUM ayant une opinion favorable de la prévention semblent avoir une pratique de counselling plus fréquente. Ceci concorde avec d'autres études qui ont trouvé que les médecins ayant une opinion favorable à l'égard des PCP avaient plus de probabilité d'avoir une bonne pratique de dépistage et de counselling¹¹.

La grande motivation rapportée par les médecins du CHUM à intégrer la prévention dans leur pratique pourrait être renforcée en misant sur leur rôle de communicateur (Cadre de compétences CanMEDS²⁶). Cependant, le temps de consultation étant limité, une approche brève d'intervention en counselling²⁷ devrait être envisagée dans le cadre de la formation continue des médecins.

Par ailleurs, étant donné le grand nombre de recommandations de catégorie A et B à appliquer, par les médecins, nous partageons l'avis d'autres chercheurs qui proposent : prioriser l'intégration d'un nombre restreint des PCP (selon les besoins exprimés par les cliniciens, la clientèle desservie ou même par un intérêt institutionnel^{2,27}); partager des soins préventifs avec d'autres professionnels de la santé^{28,29}; utiliser de façon optimale les ressources déjà en

place¹⁰. Ces stratégies doivent être favorisées afin de relever le défi d'améliorer l'intégration de la prévention dans la pratique médicale.

CONCLUSION

Cette étude, malgré ses limites, a permis une première réflexion institutionnelle sur la pratique clinique préventive des médecins du CHUM. Bien que les médecins semblent intégrer la majorité des recommandations de catégorie A et B dans plus de 50 % des cas, des progrès peuvent être encore accomplis. Les médecins se disant favorables à l'intégration de la prévention et à la mission de promotion de la santé du CHUM, l'intégration des PCP dans les consultations médicales et auprès des clientèles susceptibles d'être davantage à risque doit être renforcée par multiples stratégies³⁰. D'autres recherches devront être réalisées pour analyser en profondeur les facteurs influençant la prestation des PCP sur un groupe de cliniciens ayant une pratique médicale plus homogène ou sur un groupe de PCP plus restreint.

RÉFÉRENCES

1. Silverstein MD, Ogola G, Mercer Q, Fong J, Devol E, Couch CE, Ballard DJ. Impact of clinical preventive services in the ambulatory setting. *Proc Bayl Univ Med Cent* 2008;21(3):227-35.
2. Yarnall KSH, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: Is there enough time for prevention? *Am J Public Health* 2003;93(4):635.
3. Lopez-de-Munain J, Torcal J, Lopez V, Garay J. Prevention in routine general practice: Activity patterns and potential promoting factors. *Prev Med* 2001;32:13-22.
4. Hudon E, Beaulieu MD, Roberge D. Integration of the recommendations of the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Obstacles perceived by a group of family physicians. *Fam Pract* 2004;21:1.

5. Provost S, Drouin M. Pratiques cliniques préventives de médecins omnipraticiens. Portrait de la situation dans les Laurentides. Québec : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Direction de santé publique des Laurentides, 2005; 83 p. ISBN : 2-89547-096-0.
6. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PAC, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282:1458-65.
7. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, Kerr EA. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003;348(26):2635-45.
8. Hutchison B, Woodward CA, Norman GR, Abelson J, Brown JA. Provision of preventive care to unannounced standardized patients. *CMAJ* 1998;158(2):185-93.
9. Smith HE, Herbert CP. Preventive practice among primary care physicians in British Columbia: Relation to recommendations of the Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *CMAJ* 1993;149(12):1795-800.
10. Sauvageau C, Groulx S, Pelletier A, Ouakki M, Dubé E. Les médecins discutent-ils des habitudes de vie avec leurs patients? *Can J Public Health* 2008;99(1):31-35.
11. Cornuz J, Ghali WA, Di Carantonio D, Pecoud A, Paccaud F. Physicians' attitudes towards prevention: Importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Fam Pract* 2000;17(6):535-40.
12. Hosner DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. New York, NY: John Wiley & Sons, 2000.
13. Asch DA, Jedrzejewski MK, Christakis NA. Response rates to mail surveys published in medical journals. *J Clin Epidemiol* 1997;50(10):1129-36.
14. Maheux B, Dufort F, Lambert J, Berthiaume B. Do female general practitioners have a distinctive type of medical practice? *CMAJ* 1988;139(8):737-40.
15. Montaña DE, Phillips WR. Cancer screening by primary care physicians: A comparison of rates obtained from physician self-report, patient survey, and chart audit. *Am J Public Health* 1995;85(6):795-800.
16. Stange KC, Zyzanski SJ, Jaen CR, Callahane J, Kelly RB, Gillander WR, et coll. Illuminating the "black box": A description of 4454 patient visits to 138 family physicians. *J Fam Pract* 1998;46:377-89.
17. Dresselhaus TR, Peabody JW, Lee M, Wang MM, Luck J. Measuring compliance with preventive care guidelines: Standardized patients, clinical vignettes, and the medical record. *J Gen Intern Med* 2000;15(11):782-88.
18. Ewing GB, Selassie AW, Lopez CH, McCutcheon EP, Ewing GB, Selassie AW, Lopez CH. Self-report of delivery of clinical preventive services by U.S. physicians. Comparing specialty, gender, age, setting of practice, and area of practice. *Am J Prev Med* 1999;17(1):62-72.
19. Frank E, Rothenberg R, Lewis C, Belodoff BF. Correlates of physicians' prevention-related practices: Findings from the Women Physicians' Health Study. *Arch Fam Med* 2000;9:359-67.
20. Henderson JT, Weisman CS. Physician gender effects on preventive screening and counseling: An analysis of male and female patients' health care experiences. *Med Care* 2001;39(12):1281-92.
21. Lurie N, Margolis KL, McGovern PG, Mink PJ, Slater JS. Why do patients of female physicians have higher rates of breast and cervical cancer screening? *J Gen Intern Med* 1997;12(1):34-43.
22. Bertakis KD, Franks P, Azari R. Effects of physician gender on patient satisfaction. *J Am Med Womens Assoc* 2003;58(2):69-75.
23. Flocke SA, Gilchrist V. Physician and patient gender concordance and the delivery of comprehensive clinical preventive services. *Med Care* 2005;43:486-92.
24. O'Loughlin J, Makni H, Tremblay M, Karp I. Gender differences among general practitioners in smoking cessation counseling practices. *Prev Med* 2007;45:208-14.
25. Ayres CG, Griffith HM. Consensus guidelines: Improving the delivery of clinical preventive services. *Health Care Manage Rev* 2008;33(4):300-7.
26. Frank JR (Réd.). Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins. Ottawa, ON : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2005.
27. Russell GM. Is prevention unbalancing general practice? *MJA* 2005;183(2):104-5.
28. Thind A, Feightner J, Stewart M, Thorpe C, Burt A. Who delivers preventive care as recommended? Analysis of physician and practice characteristics. *Can Fam Phys* 2008;54(11):1574-75.
29. Yarnall KS, Østbye T, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Family physicians as team leaders: "Time" to share the care. *Prev Chronic Dis* 2009;6(2):A59. Epub March 16, 2009.
30. Provost MH, Cardinal L, Moreault L, Pineau R. Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature : l'intégration de pratiques cliniques préventives. Québec : MSSS, 2007; 166 p.

Reçu : 14 mai 2009

Accepté : 6 octobre 2009

ABSTRACT

Objectives: Present a picture of physicians' preventive clinical practices (PCP) at a university medical centre, and identify the obstacles that hinder their implementation.

Method: Self-administered questionnaire survey addressed to 367 general practitioners and specialists working at the Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) in 2006.

Results: Respondents claim to be recommending PCP (often or very often) in approximately 60-82% of cases. Women physicians report a larger integration for screening and vaccination ($p < 0.05$). General physicians claim to apply or recommend PCP more frequently than specialists ($p < 0.05$), except for anti-tobacco counseling. Lack of time (82%) and deficiencies in continuity of treatment (75%) are considered by the majority of respondents as major obstacles to the realization of PCP. Most participants (99%) consider delivering preventive services to be part of their role and 98% claim to be motivated to integrate PCP into their practice. However, almost half of physicians do not apply preventive recommendations to their own life and at least two thirds of them doubt the efficacy of counseling.

Conclusion: Despite observed encouraging results, actions must be taken to improve the integration of PCP to general and specialized health care and to bring physicians around to adopting healthy lifestyle habits themselves.

Key words: Clinical prevention; preventive clinical practices; preventive clinical practice guidelines; preventive practice obstacles