

Promotion du dépistage du cancer du sein  
par des infirmières des GMF :  
expérimentation d'une intervention à multiples volets

Direction régionale de santé publique  
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Décembre 2010

Auteurs :

Isabelle Mauger  
Geneviève Doray  
Louise Moreault  
Claude Gagnon  
Francine Borduas  
Jocelyne Chiquette

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse  
**www.dspq.qc.ca**, section Documentation, rubrique Publications.

Pour obtenir une copie papier de ce document, veuillez adresser votre demande à :

Centre de documentation  
Direction régionale de santé publique  
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale  
2400, avenue D'Estimauville  
Québec (Québec) G1E 7G9  
Téléphone : 418 666-7000, poste 217  
Télécopieur : 418 666-2776  
Courriel : s\_bélanger@ssss.gouv.qc.ca  
Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien  
les femmes que les hommes.

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010  
Dépôt légal, Bibliothèque et Archives Canada, 2010  
ISBN : 978-2-89496-432-3 (version imprimée)  
ISBN : 978-2-89496-433-0 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source  
soit mentionnée.

Référence suggérée :

MAUGER, I. et coll. *Promotion du dépistage du cancer du sein par des infirmières des GMF : expérimentation d'une intervention à multiples volets*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, Évaluation et système de soins et de services, 42 p. et annexes.

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

## Remerciements

La réalisation de cette expérimentation a été rendue possible grâce à un financement accordé par le comité de suivi du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) de la région de la Capitale-Nationale.

Les membres du Groupe Actions-médecins (GAM) en cancer du sein tiennent à remercier chaleureusement toutes les infirmières des groupes de médecine de famille (GMF) et des cliniques-réseaux de Québec (CRQ) qui ont participé à l'une ou l'autre des activités proposées dans le cadre de ce projet. Des remerciements particuliers vont à l'endroit des infirmières qui ont bien voulu se prêter aux entrevues.

Les membres sont aussi reconnaissants envers les médecins responsables des GMF et envers les gestionnaires des centres de services de santé et services sociaux (CSSS) responsables des infirmières participantes pour leur précieuse collaboration.

Des remerciements vont également à M<sup>me</sup> France P. Belleau, infirmière en chef du PQDCS au Centre de coordination des services régionaux (CCSR) de la région de la Capitale-Nationale, pour son excellente formation offerte aux infirmières.

Nous désirons enfin souligner le travail soigné et professionnel de M<sup>mes</sup> Marie-Josée Paquet et Hélène Girard pour la révision, la mise en page et l'édition de ce rapport.



## Résumé

Ce rapport présente l'expérimentation d'une intervention à multiples volets, menée de mars 2007 à novembre 2009<sup>1</sup>, auprès des infirmières des groupes de médecine de famille (GMF) de la région de la Capitale-Nationale. L'objectif de l'intervention était que les infirmières intègrent un message bref sur le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) dans leur pratique auprès des femmes.

Considérant le rôle potentiel des infirmières dans la promotion du PQDCS et leur intérêt à être mieux outillées, et ce, dans un contexte où le dépistage du cancer du sein est l'une des problématiques retenues dans l'offre de service préventif des GMF, le Groupe Actions-médecins (GAM) a mis en place différentes actions qui s'adressent aux infirmières des GMF de la région.

Au total, 60 infirmières provenant de 25 milieux cliniques ont bénéficié d'au moins un type d'activités offertes dans le cadre de l'expérimentation. Plus précisément, 39 infirmières ont participé à une formation didactique et 18, à une formation personnalisée. La plupart des infirmières ont aussi bénéficié de différents types de soutien : 36 ont eu un suivi téléphonique postformation; 20, des contacts téléphoniques de suivi; 35, une visite dans leur milieu de travail par la professionnelle de santé publique et 4, un soutien de type facilitation.

Les données recueillies tout au long de cette période d'expérimentation ont permis de dégager certains constats.

Les connaissances des infirmières sur le PQDCS sont bonnes, mais certains aspects restent à améliorer. L'intégration d'un message bref dans la pratique se fait graduellement, au fur et à mesure que le soutien est apporté par la professionnelle de santé publique. Pour les infirmières, ce soutien est utile et perçu comme un rappel. Il est adapté en fonction des besoins des milieux cliniques. Des outils ont été distribués tout au long de l'intervention. Ils peuvent être à la fois utiles pour faire l'éducation des patientes ou, encore, permettre aux infirmières de se souvenir de livrer un message bref sur le PQDCS.

L'expérimentation a également permis de mettre en évidence des facteurs facilitants et des facteurs contraignants à l'implantation d'une telle démarche. Ceux-ci peuvent être liés à des caractéristiques individuelles (formation, motivation, attentes des patientes), au contexte organisationnel (environnement de travail, systématisation, manque de temps, roulement de personnel, etc.) ou au soutien apporté (accompagnement de la professionnelle de santé publique, échanges entre les milieux, outils adaptés).

L'expérimentation a démontré qu'une intervention à multiples volets, visant à favoriser l'intégration d'un message de prévention sur le PQDCS dans la pratique des infirmières des GMF, peut être implantée, en autant que celle-ci soit structurée, flexible et continue. Il importe de l'adapter à l'environnement organisationnel, aux besoins et aux disponibilités du milieu.

---

1. Bien que pour les besoins de l'étude, une période précise ait été ciblée, il est à noter que cette intervention est toujours en cours.



## Table des matières

Introduction .....	13
1. Mise en contexte.....	15
2. Problématique.....	17
2.2. Stratégies favorisant l'intégration de la prévention dans la pratique .....	17
3. Description de l'intervention réalisée .....	19
3.1. Collecte de données .....	19
3.2. Activités réalisées et clientèle jointe.....	19
3.2.1. Formation didactique .....	20
3.2.2. Formation personnalisée .....	21
3.2.3. Stratégies de soutien .....	22
3.2.4. Distribution d'outils.....	25
3.3. Ressources investies .....	26
4. Principaux constats.....	27
4.1. Connaissances des infirmières sur le PQDCS.....	27
4.2. Transmission d'un message bref sur le PQDCS par les infirmières.....	29
4.3. Soutien par une professionnelle de santé publique .....	30
4.4. Utilité des outils distribués.....	32
5. Facteurs facilitants et facteurs contraignants.....	33
5.1. Facteurs individuels .....	33
5.2. Facteurs organisationnels .....	34
5.3. Facteurs liés au soutien apporté .....	36
Conclusion .....	39
Bibliographie.....	41
Annexes	
Annexe 1 - Élément du journal de bord - Démarche auprès des infirmières .....	45
Annexe 2 - Schéma d'entrevue avec Des infirmières.....	49
Annexe 3 - « Connaissez-vous bien le PQDCS? ».....	53
Mini jeu-questionnaire à l'intention des infirmières	
Annexe 4 - Principaux outils utilisés .....	57



## Liste des tableaux et de la figure

Tableau I -	Nombre d'infirmières ayant participé aux 12 formations didactiques, selon le type de pratique et le type de milieu clinique .....	21
Tableau II -	Nombre d'infirmières ayant participé aux 9 formations personnalisées, selon le type de pratique et le type de milieu clinique .....	22
Tableau III -	Nombre d'infirmières ayant reçu un des 36 contacts téléphoniques postformations, selon le type de pratique et le type de milieu clinique .....	23
Tableau IV -	Nombre d'infirmières ayant reçu un des 24 contacts téléphoniques de suivi, selon le type de pratique et le type de milieu clinique .....	23
Tableau V -	Nombre d'infirmières ayant reçu une des 20 visites dans le milieu, selon le type de pratique et le type de milieu clinique .....	24
Tableau VI -	Nombre de visites de soutien de type facilitation auprès des infirmières des deux GMF joints, depuis le début du soutien .....	25
Tableau VII -	Répartition des outils distribués dans le cadre du projet en fonction du groupe qui les a produits et selon le type d'outils .....	26
Tableau VIII -	Répartition des infirmières, selon leurs réponses au jeu-questionnaire sur le PQDCS, après l'intervention .....	288
Figure n° 1 -	Facteurs facilitants et facteurs contraignants à l'intégration d'un message bref sur le dépistage du cancer du sein .....	33



## Liste des sigles et des acronymes

CCSR :	Centre de coordination des services régionaux de la Capitale-Nationale
CMS :	Centre des maladies du sein Deschênes-Fabia
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
DRSP :	Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale
GAM <sup>2</sup> :	Groupe Actions-médecins
GMF <sup>3</sup> :	Groupe de médecine de famille
GMF-CRQ <sup>4</sup> :	Groupe de médecine de famille hôte d'une clinique-réseau de Québec
PCP <sup>5</sup> :	Pratiques cliniques préventives
PQDCS :	Programme québécois de dépistage du cancer du sein

- 
2. Le GAM est un groupe de travail de la Direction régionale de santé publique (DRSP) de la Capitale-Nationale dont les interventions sont menées auprès des professionnels de la santé afin de favoriser la participation des femmes au dépistage par mammographie. Ce groupe est composé de trois médecins, soit Francine Borduas, Louise Moreault et Jocelyne Chiquette, ainsi que de trois agents de planification, de programmation et de recherche, soit Claude Gagnon, Isabelle Mauger et Geneviève Doray.
  3. Les groupes de médecine de famille (GMF) sont des organisations relativement récentes. Les premiers groupes sur le territoire de la Capitale-Nationale ont été accrédités en 2002. Le processus d'accréditation est encore en cours, entraînant la mise sur pied de nouveaux GMF. Ces organisations se démarquent par la pratique en groupe de plusieurs médecins et par leur collaboration étroite avec des infirmières qui relèvent administrativement d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS). Les GMF offrent une gamme étendue de services à une clientèle qui s'y inscrit sur une base volontaire. L'un des objectifs de ce modèle d'organisation est d'assurer à la clientèle inscrite l'accessibilité, la prise en charge globale et la continuité des soins et des services. De plus, « l'utilisation des protocoles de soins et des ordonnances collectives favorise le travail interprofessionnel et constitue une modalité fonctionnelle prépondérante des GMF » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003).
  4. Depuis 2007, certains des GMF sont aussi progressivement devenus des cliniques hôtes d'une « clinique-réseau de Québec » (GMF-CRQ). En plus de la pratique en GMF, les CRQ ont comme vocation de s'occuper des clientèles vulnérables n'ayant pas de médecin de famille. Elles offrent des services de sans rendez-vous pour la population en général grâce à la contribution additionnelle d'autres médecins que ceux travaillant au GMF hôte. Ces cliniques-réseaux ont aussi des liens administratifs avec les CSSS. Ces derniers fournissent également les services d'infirmières pour le volet clinique-réseau. Ces infirmières « doivent notamment évaluer les patients avant qu'ils ne rencontrent un médecin », les orienter vers le service le plus approprié, « voire même les libérer sans qu'ils aient vu un médecin ». Elles assurent, en plus, « un service de liaison avec la deuxième ligne » et font de l'enseignement auprès des patients (MÉTHOT, D., 2010).
  5. Les pratiques cliniques préventives (PCP) font référence à un ensemble d'interventions réalisées par un clinicien (professionnel de la santé) auprès d'un patient, allant du *counselling* à la chimioprophylaxie, en passant par le dépistage et l'immunisation. Les PCP visent à promouvoir la santé et à prévenir les maladies, les blessures ainsi que les problèmes psychosociaux (Groupe canadien sur l'examen médical périodique, 1994).



## Introduction

Le cancer du sein est une des priorités en santé publique. Dans ce domaine, l'importance du rôle des cliniciens pour inciter les femmes à passer une mammographie de dépistage est bien connue et reconnue (Beaulieu et coll., 1994 et Schueler et coll., 2008). Par contre, certaines barrières peuvent nuire à l'intégration de la prévention dans la pratique, notamment le manque de temps, comme le démontrent les résultats d'une étude réalisée par le Groupe Actions-médecins (GAM<sup>6</sup>) de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale (DRSP) (Rossi et coll., 2004). D'autres barrières peuvent aussi nuire, telles que la non-possibilité pour les médecins de déléguer certaines tâches de prévention ou le peu de soutien donné aux cliniciens. Ainsi, l'intégration des pratiques cliniques préventives (PCP<sup>6</sup>) dans la pratique courante demeure un défi.

Avec l'arrivée des groupes de médecine de famille (GMF<sup>6</sup>) sur le territoire de la Capitale-Nationale, les membres du GAM ont interrogé les infirmières des GMF afin de connaître leur intérêt à participer à la promotion du dépistage du cancer du sein (Mauger et coll., 2007). Ayant obtenu une réponse favorable, les membres du GAM ont entamé une démarche d'intervention auprès des infirmières des GMF qui vise l'intégration d'un message bref sur le dépistage du cancer du sein dans leur pratique clinique.

Ce rapport présente donc, dans un premier temps, le contexte ayant mené à l'élaboration ainsi qu'à l'expérimentation de cette intervention. En deuxième lieu, il explique brièvement le rôle que peuvent jouer les infirmières dans le dépistage du cancer du sein et les stratégies favorisant l'intégration de la prévention dans la pratique clinique. La troisième section décrit l'intervention comme telle, soit l'ensemble des activités réalisées et la clientèle rejointe, les outils utilisés et les ressources investies. Finalement, les deux dernières sections présentent les principaux constats, ainsi que les facteurs facilitants et contraignants qu'a permis de mettre en évidence cette démarche.

---

6. Pour les définitions du GAM, des PCP et des GMF, voir les notes au bas de la liste des sigles et des acronymes, à la page 11.



# 1. Mise en contexte

En 2004, le GAM de la DRSP a réalisé une étude sur les pratiques cliniques préventives en lien avec le dépistage du cancer du sein auprès des médecins omnipraticiens rattachés à trois milieux de pratique : centre local de services communautaires (CLSC), GMF et cabinet privé (Rossi et coll., 2004). Les médecins interrogés ont notamment précisé qu'ils recommandent le dépistage du cancer du sein, mais qu'ils manquent de temps pour présenter le programme aux patientes. À la suite de ce constat et avec l'adoption du nouveau modèle d'organisation que sont les GMF, les membres du GAM se sont interrogés sur la participation possible des infirmières dans une pratique collaborative en santé.

C'est ainsi qu'en 2006, le GAM a entrepris de mener une seconde étude sur l'implication des infirmières des GMF dans le domaine du dépistage du cancer du sein. La pertinence de cette étude reposait, notamment, sur le principe que la prévention et la promotion de la santé sont comprises dans l'offre de service des GMF. À cet effet, le dépistage du cancer du sein est l'une des problématiques retenues dans l'offre de service préventif des GMF : « Les médecins et les infirmières des GMF devraient recommander fortement l'examen clinique des seins et la mammographie de dépistage à toutes les femmes inscrites visées par le programme provincial (50 à 69 ans) [...] » (MSSS, 2003).

Lors de l'étude menée en 2006, 13 infirmières provenant de 11 GMF de la région de la Capitale-Nationale ont été interrogées dans le but de mieux connaître les rôles et les fonctions des infirmières des GMF, leurs connaissances à l'égard du PQDCS et leur réceptivité à réaliser des activités de promotion et de prévention reliées à ce programme (Mauger et coll., 2007). Les résultats de l'étude ont précisé qu'en matière de prévention et de promotion, les interventions des infirmières visent surtout le diabète, l'hypertension artérielle et la cessation tabagique. Pour ces problématiques, des protocoles et des actions sont clairement définis. Quant au PQDCS, les infirmières le connaissent peu, mais désirent être mieux renseignées et outillées afin de promouvoir le programme auprès des femmes.



## 2. Problématique

### 2.1. Rôle des infirmières

La littérature démontre que dans leur contexte de travail, les infirmières ont l'occasion de discuter avec les patientes et de les encourager à être plus vigilantes quant à la santé de leurs seins. Elles jouent un rôle important dans l'application du concept de *Breast Awareness*<sup>7</sup> (Bailey, 2000; Graham, 2005 et McCready, 2003). Selon Duplantie (1996), les infirmières sont au cœur de la lutte contre le cancer du sein, notamment en matière de dépistage. Le National Health Service (2002) et le Royal College of Nursing (2004) précisent que le rôle des infirmières est d'encourager les femmes à se familiariser avec leurs seins, de les informer sur le programme de dépistage et de les orienter vers les services appropriés.

De plus, les infirmières ont un rôle à jouer dans la relance des patientes en leur rappelant les recommandations en matière de dépistage du cancer du sein, notamment l'importance de passer une mammographie régulièrement (Manley Conto et Myers, 2002). Il importe donc que les infirmières soient bien informées des lignes directrices du dépistage (Lawvere et coll., 2004).

### 2.2. Stratégies favorisant l'intégration de la prévention dans la pratique

On constate que les stratégies couramment utilisées pour inciter les professionnels de la santé à intégrer davantage les actes préventifs dans leur pratique visent essentiellement l'acquisition de connaissances. Les moyens utilisés sont notamment les formations, les bulletins d'information ou la distribution d'outils. Une récente revue de la littérature portant sur l'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques démontre que ces stratégies sont peu efficaces pour amener un changement de pratique lorsqu'elles sont utilisées seules. En fait, pour produire un changement de pratique significatif, il est essentiel d'agir sur l'individu et son environnement de pratique. De plus, la flexibilité de l'intervention et le soutien de la part du professionnel de la santé publique comptent parmi les facteurs clés (Provost et coll., 2007).

Dans la recension des écrits mentionnée ci-dessus, il apparaît que le système de bureau sur mesure (ou facilitation) est une stratégie qui a démontré son efficacité; celle-ci est donc à privilégier. Elle permet de soutenir les professionnels de la santé dans leur processus de changement de pratique par l'entremise d'une personne-ressource extérieure au milieu clinique (facilitateur). De façon soutenue, le facilitateur accompagne le professionnel de la santé en tenant compte de son environnement de travail et de son contexte de pratique. La facilitation est une stratégie qui « s'adapte donc aux barrières locales, aux besoins de la pratique et aux forces présentes dans le milieu. Le milieu définit ainsi un système approprié pour lui, contrairement à une approche *One-size-fits-all* dans laquelle la même intervention est appliquée pour tous les milieux » (Provost et coll., 2007). Pour augmenter les chances de succès de la stratégie, Provost et coll. (2007) ont relevé six conditions d'efficacité :

---

7. Le *Breast Awareness* ou, en français, « Être attentive à ses seins » est un concept (en cinq points) développé pour aider les femmes à devenir plus familières avec leurs seins et sensibles aux changements qui peuvent survenir.

- motivation des milieux;
- accompagnement des milieux;
- flexibilité de l'intervention;
- intensité de l'intervention;
- continuité de l'intervention;
- inclusion de changement organisationnel dans l'intervention.

Une étude réalisée dans la région de Montréal, en 2008, (Beudet et coll. 2008) appuie certains aspects de la revue de littérature de Provost et coll. (2007). Cette étude avait pour but de définir les actions favorisant la réalisation d'interventions en prévention et en promotion de la santé dans le cadre de la pratique infirmière. Après analyse des propos des infirmières et des gestionnaires des centres de santé et de services sociaux (CSSS), les auteurs recommandent de conclure les séances de formation offertes aux infirmières par certaines actions comme soutenir l'intégration des savoirs et assurer un suivi dans le changement de pratique.

Ainsi, à la lumière de la littérature et du rôle potentiel des infirmières dans la promotion du PQDCS ainsi que de leur intérêt à être mieux outillées pour en faire la promotion, le GAM a amorcé un projet qui vise les infirmières des GMF de la région de la Capitale-Nationale. Lors de la planification de ce projet, le GAM a tenu compte de l'importance d'adopter diverses stratégies favorisant l'intégration de la prévention dans la pratique. Différentes actions ont donc été mises en œuvre pour soutenir les infirmières afin qu'elles intègrent à leur pratique un message bref faisant la promotion du PQDCS auprès des femmes.

### 3. Description de l'intervention réalisée

Ce rapport vise à décrire l'ensemble des activités réalisées et la clientèle jointe, à dégager certains constats qui découlent de l'intervention à volets multiples et à mettre en évidence les facteurs qui facilitent ou nuisent à l'implantation d'une telle démarche.

#### 3.1. Collecte de données

Afin de décrire l'intervention, une collecte de données a été réalisée sur une période de 30 mois, soit du 16 mars 2007 au 16 novembre 2009. Des données recueillies de façon continue par la professionnelle de santé publique<sup>8</sup> durant toute l'expérimentation ont permis de documenter les différentes interactions avec les infirmières et les types de soutien offerts. Ces données ont été colligées dans un journal de bord. Ensuite, pour compléter ces données, des entrevues téléphoniques semi-dirigées ont été effectuées auprès d'un échantillon d'infirmières représentatif de la variété des soutiens offerts. Elles ont été conduites par deux autres professionnels de santé publique, membres du GAM, entre le 18 janvier et le 11 mars 2010. Pour ces entrevues, 14 infirmières ont été sollicitées et il n'y a eu que deux refus. Au total, 12 entrevues téléphoniques ont été menées auprès de 13 infirmières<sup>9</sup>. Parmi les participantes, 12 travaillaient dans des GMF et une, dans un GMF-CRQ<sup>10</sup>. Plus de la moitié d'entre elles avaient un baccalauréat et presque toutes, soit 85 %, avaient 10 années d'expérience ou plus en soins infirmiers. Par ailleurs, 12 infirmières sur 13 (92 %) avaient moins de 5 ans de pratique dans les GMF. En dernier lieu, à la fin de la période à l'étude, des données concernant les connaissances au regard du PQDCS ont été recueillies à l'aide d'un jeu-questionnaire auprès d'infirmières ayant participé à la formation offerte dans le cadre de cette intervention.

#### 3.2. Activités réalisées et clientèle jointe

L'intervention visant les infirmières en GMF comprend plus d'un volet. Au départ, il importait de mettre en place des mesures pour une mise à niveau des connaissances des infirmières, relativement au dépistage du cancer du sein et au fonctionnement du PQDCS. Parallèlement, des activités de soutien ont été développées.

Au total, 60 infirmières provenant de 25 milieux cliniques ont bénéficié d'au moins un type d'activités offertes. Le nombre de GMF et de GMF-CRQ a augmenté durant la période à l'étude. En mars 2007, la région de la Capitale-Nationale comptait 14 GMF dont 3 GMF-CRQ alors qu'à la fin de l'expérimentation, il y avait 26 GMF dont 6 étaient aussi des GMF-CRQ. De ce nombre, un seul GMF-CRQ n'a pas été joint, car il a été accrédité tout juste avant la fin de l'expérimentation.

---

8. Le terme « professionnelle de santé publique » est utilisé dans le présent document pour référer à l'agente de planification, de programmation et de recherche de la DRSP de la Capitale-Nationale.

9. Lors d'une des entrevues, deux infirmières étaient présentes, car une collègue s'est jointe à l'infirmière sollicitée.

10. Pour la définition du GMF-CRQ, voir la note au bas de la liste des sigles et des acronymes, à la page 11.

### 3.2.1. Formation didactique

Une formation didactique sur le dépistage du cancer du sein a été la première étape de l'intervention auprès des infirmières des GMF. Il s'agit d'une activité de groupe avec une présentation magistrale donnée par l'infirmière en chef du PQDCS au Centre de coordination des services régionaux (CCSR) de la Capitale-Nationale. Lors de cette formation, les sujets suivants ont été abordés :

- l'importance du problème du cancer du sein;
- les déterminants du cancer du sein;
- la description du PQDCS;
- le point sur l'autoexamen des seins (AES);
- la description détaillée des recommandations « Être attentive à ses seins »;
- les signes et les symptômes possibles de cancer du sein;
- le rôle de l'infirmière dans la promotion du PQDCS et du dépistage du cancer du sein;
- le déroulement des examens de dépistage et d'investigation.

Entre le 16 mars 2007 et le 16 novembre 2009, 12 séances de formation, d'une durée moyenne de 90 minutes, ont eu lieu. Le nombre de participantes par séance a varié de 4 à 25 personnes. De façon générale, avant le début de la formation, un jeu-questionnaire sur le PQDCS<sup>11</sup> a été soumis aux participantes afin de susciter leur intérêt et de leur permettre d'évaluer leurs connaissances ainsi que leurs besoins de formation. De la documentation et du matériel promotionnel<sup>12</sup> ont également été remis et expliqués. Durant la formation, les objectifs de l'intervention menée auprès des infirmières ont été présentés. Un rappel sur le rôle de l'infirmière dans la promotion du PQDCS et dans le dépistage du cancer du sein a aussi été fait. Enfin, des trucs et des conseils pour faciliter l'intégration d'un message bref dans la pratique ont été transmis aux participantes. À la fin de chaque formation, il y a eu une période de questions.

Au total, 39 infirmières ont assisté à l'une ou à l'autre des 12 sessions de formation didactique. Plus de la moitié d'entre elles avaient cinq années d'expérience ou plus en soins infirmiers. En outre, 85 % des participantes travaillaient en GMF depuis moins de cinq ans et une infirmière sur deux y travaillait depuis un an ou moins. Les infirmières provenaient de 20 milieux cliniques GMF, dont 3 qui sont des GMF-CRQ. De fait, 37 infirmières travaillant spécifiquement en GMF et 2 du côté CRQ ont assisté à la formation didactique. Le tableau I présente le nombre d'infirmières, selon leur type de pratique et le type de milieu clinique d'où elles provenaient.

---

11. Le jeu-questionnaire a pour titre « Connaissez-vous bien le PQDCS? »

12. Le matériel remis aux infirmières comprenait notamment le jeu-questionnaire sur le PQDCS, des crayons, des blocs-notes, des signets, des dépliants, l'aide-mémoire « Être attentive à ses seins », les cahiers de formation, les réponses au jeu-questionnaire et le formulaire d'évaluation de la formation.

**Tableau I**  
**Nombre d'infirmières ayant participé aux 12 formations didactiques,**  
**selon le type de pratique et le type de milieu clinique**

Type de pratique	Nombre d'infirmières	Type de milieu clinique
GMF	37	17 GMF 1 GMF-CRQ
CRQ	2	2 GMF-CRQ
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>20</b>

### 3.2.2. Formation personnalisée<sup>13</sup>

Pour les infirmières qui n'ont pu assister à la formation didactique, une formation personnalisée a été offerte dans leur milieu de travail par la professionnelle de santé publique. Cette formation, d'une durée en moyenne de 30 minutes, consistait :

- à décrire le fonctionnement du PQDCS à l'aide du document « Cheminement de la femme dans le cadre du programme »;
- à rappeler le rôle de l'infirmière dans la promotion du PQDCS et le dépistage du cancer du sein;
- à transmettre des trucs et des conseils pour faciliter l'intégration d'un message bref dans la pratique de soins infirmiers.

Comme pour la formation didactique, les participantes ont d'abord été invitées à compléter le jeu-questionnaire sur le PQDCS. Puis, les objectifs de la démarche entreprise auprès des infirmières ont été présentés. Le PQDCS a ensuite été décrit et de la documentation, similaire à celle donnée lors de la formation didactique, a été présentée et remise. La formation se terminait par une période de questions.

La formation personnalisée a permis un contact direct entre l'infirmière et la professionnelle de santé publique. Elle a également donné l'occasion de répondre à des questions précises. Lorsque plus d'une infirmière participait à l'activité, la formation personnalisée a aussi servi de lieu d'échanges. Les infirmières ont ainsi pu discuter, entre autres, de la façon de transmettre le message bref, des moments propices pour le faire, des phrases clés, etc.

Durant la période de l'expérimentation, 18 infirmières ont reçu une des 9 formations personnalisées dans leur milieu de travail. La grande majorité d'entre elles (92 %) avaient plus de 10 ans d'expérience en soins infirmiers. Un peu plus de la moitié (58 %) avait plus de cinq ans de pratique en GMF. Du total, 12 infirmières provenant de 5 GMF, et 6 travaillant pour 3 GMF-CRQ, ont ainsi été formées. Le tableau II présente le nombre d'infirmières ayant bénéficié de cette formation, selon leur type de pratique et leur type de milieu clinique.

13. L'adjectif *personnalisée* est utilisée dans ce document pour désigner une formation qui pouvait être donnée autant à une seule personne qu'à un petit groupe de deux à quatre infirmières dans leur milieu de pratique.

**Tableau II**  
**Nombre d'infirmières ayant participé aux 9 formations personnalisées,**  
**selon le type de pratique et le type de milieu clinique**

Type de pratique	Nombre d'infirmières	Type de milieu clinique
GMF	12	5 GMF
CRQ	6	3 GMF-CRQ
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>8</b>

### 3.2.3. Stratégies de soutien

Pour renforcer la formation et favoriser un changement de pratique, un soutien a été offert aux infirmières par la professionnelle de santé publique. Le soutien, lorsqu'il était accepté, était adapté selon leurs besoins, tout en tenant compte de la faisabilité du milieu. Il a pu prendre différentes formes : contacts téléphoniques postformations, contacts téléphoniques de suivi, visites dans le milieu ou soutien de type facilitation. Une même infirmière a pu bénéficier de plusieurs types de soutien. Celui de type facilitation, plus intense, a été fait auprès de quelques infirmières. L'objectif poursuivi était de les soutenir directement dans leurs activités de sensibilisation des femmes au PQDCS et, plus spécifiquement, de favoriser l'adoption d'un message bref à adresser à la clientèle féminine. De surcroît, chacune des stratégies a permis de garder un contact privilégié avec les infirmières et d'établir avec elles une relation de confiance.

#### ⇒ **Contacts téléphoniques postformations**

De façon systématique, quelques semaines après l'une ou l'autre des formations (didactique ou personnalisée), un suivi téléphonique a été effectué auprès des infirmières par la professionnelle de santé publique. Le contact téléphonique postformation a été fait auprès d'une infirmière par milieu lorsque plusieurs infirmières d'une clinique avaient suivi la formation en même temps. Ce contact téléphonique pouvait durer entre 10 et 20 minutes, selon les questions des infirmières.

Ce suivi donnait l'occasion de rappeler l'information reçue et de renforcer les messages clés. La professionnelle de santé publique était à même d'estimer la motivation des infirmières, d'encourager l'intégration d'un message bref dans leur pratique et de vérifier si elles souhaitaient recevoir du matériel promotionnel, de la documentation ou d'autres outils. Les stratégies de soutien pouvaient, par la suite, varier en intensité, selon les besoins exprimés. Par exemple, pour certaines infirmières, le suivi téléphonique pouvait être suffisant, notamment en raison d'autres dossiers prioritaires. Il était tout de même souhaité qu'un suivi soit assuré tout les quatre à six mois.

Il y a eu 36 contacts téléphoniques avec des infirmières un mois après la formation. Le tableau III montre que les infirmières contactées provenaient de 2 milieux cliniques différents : 17 GMF et 4 GMF-CRQ. Selon la fonction occupée, elles se répartissent comme suit : 34 infirmières en GMF et 2 infirmières en CRQ.

**Tableau III**  
**Nombre d'infirmières ayant reçu un des 36 contacts téléphoniques postformations,**  
**selon le type de pratique et le type de milieu clinique**

Type de pratique	Nombre d'infirmières	Type de milieu clinique
GMF	34	17 GMF 2 GMF-CRQ
CRQ	2	2 GMF-CRQ
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>21</b>

#### ⇒ **Contacts téléphoniques de suivi**

Bien qu'ayant sensiblement les mêmes objectifs que le contact téléphonique postformation, le contact téléphonique de suivi a été réalisé environ six mois après ce dernier et a pu être répété au cours de la démarche. Certains milieux n'ont pas eu – ou ont moins eu – de suivis téléphoniques, notamment parce qu'ils avaient reçu une visite de la professionnelle de santé publique. Ces contacts téléphoniques ont parfois donné lieu à des demandes ponctuelles du milieu : information supplémentaire, demandes de matériel promotionnel, etc. La professionnelle de santé publique profitait alors de l'occasion pour faire une relance sur l'intégration d'un message bref.

Le suivi téléphonique a souvent été l'occasion de rappeler l'importance de parler du dépistage du cancer du sein. L'appel pouvait durer de 5 à 20 minutes, selon les questions des infirmières. Un total de 24 contacts téléphoniques de suivi ont été réalisés auprès de 20 infirmières des GMF. Comme présenté au tableau IV, ces infirmières provenaient de 13 GMF et de 3 GMF-CRQ.

**Tableau IV**  
**Nombre d'infirmières ayant reçu un des 24 contacts téléphoniques de suivi,**  
**selon le type de pratique et le type de milieu clinique**

Type de pratique	Nombre d'infirmières	Type de milieu clinique
GMF	20	13 GMF 3 GMF-CRQ
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>16</b>

#### ⇒ **Visites dans le milieu**

Une autre option de soutien a été la visite dans le milieu par la professionnelle de santé publique peu de temps après la formation ou au cours des mois suivants celle-ci. Les objectifs étaient toujours de répondre aux questions des infirmières, de discuter de leurs besoins en matière d'intégration d'un message bref et de leur remettre des outils. En général d'une durée de

15 minutes, cette intervention ponctuelle a pu, dans certains cas, s'étendre jusqu'à 45 minutes. Cette rencontre a permis de satisfaire certaines infirmières et, pour quelques-unes d'entre elles, s'est avérée comme étant la seule forme de soutien reçue.

Il est à noter que la formation personnalisée, les visites effectuées lors du soutien de type facilitation, ou celles qui avaient pour seul but de remettre des documents promotionnels sans qu'il y ait eu contact avec les infirmières, n'ont pas été considérées comme des visites dans le milieu.

Un total de 20 visites ont été réalisées. Le tableau V indique qu'elles ont eu lieu dans 17 milieux cliniques différents. Elles ont permis de joindre 35 infirmières durant la période à l'étude. Au total, 30 infirmières des GMF provenaient de 12 GMF, alors que 5 infirmières travaillant en CRQ provenaient d'autant de GMF-CRQ différents.

**Tableau V**  
**Nombre d'infirmières ayant reçu une des 20 visites dans le milieu,**  
**selon le type de pratique et le type de milieu clinique**

Type de pratique	Nombre d'infirmières	Type de milieu
GMF	30	12 GMF
CRQ	5	5 GMF-CRQ
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>17</b>

#### ⇒ Soutien de type facilitation

La facilitation a été l'activité de soutien la plus intense. Elle consistait en des suivis téléphoniques et des visites dans le milieu où la professionnelle de santé publique travaillait directement avec les infirmières à l'élaboration d'activités propres à leur milieu. Les échanges avec les infirmières se sont faits selon leurs besoins et leurs disponibilités. Le nombre de contacts a donc été variable selon les milieux. La durée des visites de facilitation a été en moyenne de 45 minutes. Le but était de comprendre le fonctionnement du milieu (ex. : mode de fonctionnement, type de clientèle, protocoles déjà en place, etc.), de répondre aux besoins des infirmières et d'établir une intervention adaptée au milieu. Les outils ont été produits en collaboration avec les infirmières. La facilitation s'est avérée comme une des stratégies qui a permis le plus d'établir une bonne relation de confiance avec les infirmières. Des contacts téléphoniques ont été entretenus entre les visites pour assurer un suivi. L'activité de type facilitation a inclus différents éléments :

- analyser les besoins des infirmières au regard de la promotion du PQDCS et du dépistage du cancer du sein;
- échanger sur la pratique quotidienne des infirmières;
- déterminer des moments propices pour intégrer un message bref;
- réfléchir sur les types de messages brefs à intégrer;

- déterminer la clientèle cible pour la transmission d'un message bref (groupe d'âge en particulier, problématique de santé particulière, etc.);
- réfléchir sur des outils pouvant faciliter l'intégration d'un message bref et, au besoin, en développer de nouveaux ou adapter ceux existants;
- réaliser un portrait sommaire du milieu;
- rédiger un bref protocole (objectifs, clientèle cible, actions, définition de messages brefs);
- faire un suivi sur les documents et les outils remis;
- faire un suivi sur l'intégration d'un message bref dans la pratique.

Le soutien de type facilitation a été expérimenté auprès de quatre infirmières des GMF provenant de deux milieux cliniques (GMF) différents (voir le tableau VI).

**Tableau VI**  
**Nombre de visites de soutien de type facilitation**  
**auprès des infirmières des deux GMF joints, depuis le début du soutien**

Milieu	Date de début	Nombre d'infirmières	Nombre de visites
GMF A	Janvier 2008	2	9
GMF B	Mai 2009	2	3

### 3.2.4. Distribution d'outils

Tout au long de l'intervention à multiples volets, plusieurs outils ont été remis aux infirmières (voir le tableau VII). Ceux-ci peuvent être classés en deux groupes : les outils didactiques et les outils promotionnels. Les outils didactiques ont généralement été utilisés à titre de référence pour informer et former les infirmières. Ils pouvaient aussi être utilisés en *counseling* avec les femmes. Le Guide rédigé à l'intention des infirmières des GMF est l'un des principaux outils didactiques produits par le GAM pour cette intervention. Il regroupe des documents d'information ainsi que différents outils en lien avec le dépistage du cancer du sein et le PQDCS. Il a été distribué aux infirmières ayant participé à la formation didactique ou personnalisée. Par ailleurs, des outils déjà disponibles ont aussi été utilisés dans le cadre de l'intervention, comme les dépliants et signets du PQDCS, l'aide-mémoire « Être attentive à ses seins » et le mémomamo, outil conçu par la Société canadienne du cancer (SCC) pour expliquer aux femmes la grosseur moyenne des masses au sein détectées, selon le type d'examen.

D'autres outils ont aussi été produits spécifiquement dans le cadre de l'intervention. Certains ont été conçus à la demande des infirmières, d'autres ont été développés par le GAM à partir des besoins repérés dans les milieux. La décision de concevoir un nouvel outil était fonction de son utilité pressentie et des ressources disponibles.

Enfin, deux communiqués du GAM à l'intention des professionnels de la santé ont été transmis aux infirmières par courriel en 2009. L'un d'eux faisait le point sur l'imagerie par résonance magnétique (IRM) en matière de dépistage du cancer du sein. L'autre concernait la controverse au sujet de certains tests de pathologie chez des patientes opérées pour un cancer du sein.

**Tableau VII**  
**Répartition des outils distribués dans le cadre du projet**  
**en fonction du groupe qui les a produits et selon le type d'outils**

Groupe	Type d'outils	
	Didactique	Promotionnels
<b>DRSP : Groupe Actions-médecins (GAM)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guide à l'intention des infirmières</li> <li>- Jeu-questionnaire</li> <li>- Cheminement de la femme dans le cadre du PQDCS</li> <li>- Algorithme décisionnel*</li> <li>- Références : Centre de référence pour investigation désigné (CRID) ou Centre des maladies du sein(CMS) Deschênes-Fabia*</li> <li>- Communiqués                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ IRM</li> <li>▪ Tests de pathologie</li> </ul> </li> <li>- Fiches statistiques**</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autocollant*</li> <li>- Estampe avec encrier*</li> <li>- Affiche <i>Posez-moi la question*</i></li> </ul>
<b>DRSP : Projet de sensibilisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aide-mémoire « Être attentive à ses seins »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Calepin</li> <li>- Crayon</li> </ul>
<b>Centre de coordination des services régionaux (CCSR)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cahier de formation didactique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépliants et signets du PQDCS</li> <li>- Épinglette du PQDCS</li> <li>- Calendrier du PQDCS</li> </ul>
<b>CSSS Québec-Nord</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recueil de textes « Les mots de ma vie, maux de vie »</li> </ul>
<b>Société canadienne du cancer (SCC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mémo-mammo</li> </ul>	
<b>Collège des médecins du Québec</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiche sur l'examen médical périodique</li> </ul>	

\* Outils développés à la demande des infirmières

\*\* Fiches statistiques permettant de compiler le nombre de femmes sensibilisées par l'infirmière durant une période donnée.

### 3.3. Ressources investies

L'intervention a nécessité la participation de l'infirmière en chef du PQDCS au CCSR pour la région de la Capitale-Nationale. Celle-ci a accordé un total de 18 heures, sans compter la préparation pour les formations didactiques. Pour la réalisation et le suivi des activités, une professionnelle de santé publique a consacré l'équivalent de trois jours par semaine, durant les 10 premiers mois de la période à l'étude, et de quatre jours et demi par semaine, pour les 23 autres mois. La professionnelle de santé publique a été soutenue dans ses activités par les membres du GAM et, plus spécifiquement, par un médecin-conseil à la DRSP. Il faut aussi considérer qu'il pourrait y avoir des coûts associés aux déplacements de la professionnelle de santé publique et à la production d'outils.

## 4. Principaux constats

Les données recueillies tout au long de l'implantation de l'intervention à multiples volets dans le journal de bord de la professionnelle de santé publique, les informations tirées des entrevues réalisées auprès d'un échantillon d'infirmières ainsi que l'analyse des résultats du jeu-questionnaire nous permettent de dégager certains constats énumérés ci-dessous.

### 4.1. Connaissances des infirmières sur le PQDCS

Les formations didactiques ou personnalisées offertes aux infirmières des GMF semblent avoir été très appréciées. Satisfaites du contenu, certaines disent avoir appris beaucoup et avoir réalisé, lors de la formation, qu'elles ne connaissaient pas le programme autant qu'elles le croyaient. La formation a permis « de démystifier le programme de manière à en parler sans effrayer les femmes. » La formation est considérée comme une base essentielle à la compréhension du PQDCS. Le Guide à l'intention des infirmières, remis lors de cette formation, est une référence très utilisée.

À la fin de l'intervention, à l'automne 2009, 40 infirmières ayant été formées<sup>14</sup> ont été invitées à refaire le même jeu-questionnaire<sup>15</sup> qui avait été remis avant le début de l'une ou l'autre des formations. Seulement 29 d'entre elles ont retourné le questionnaire complété par la poste, donnant un taux de réponse de 72,5 % (29/40).

L'analyse révèle que les connaissances des infirmières au regard du PQDCS sont assez bonnes pour la majorité des dimensions évaluées (voir tableau VIII). Elles sont même excellentes pour trois aspects en particulier, soit la clientèle visée, la référence en cas d'anomalie au Centre de référence pour investigation désigné (CRID) et le fait que le programme soit évalué systématiquement. Par contre, d'autres éléments pourraient être améliorés. En effet, à peine plus de la moitié (55,2 %) des infirmières savent que la femme doit signer un formulaire de consentement pour avoir accès aux services du PQDCS. De plus, près de quatre infirmières sur dix croient que seule la lettre d'invitation est nécessaire pour participer au PQDCS, alors que l'ordonnance médicale peut aussi être valable. On observe aussi qu'uniquement 72 % des participantes savent que seuls les Centres de dépistage désigné (CDD) peuvent faire des mammographies de dépistage dans le cadre du PQDCS. Finalement, près de trois infirmières sur dix pensent que pour passer une mammographie de dépistage, une femme doit avoir un médecin de famille ou un gynécologue. Globalement, il est donc légitime de croire que les connaissances des infirmières se sont améliorées, si on compare les résultats obtenus à ceux de l'étude de 2006 (Mauger et coll., 2007).

---

14. Ceci fait référence aux formations didactique ou personnalisée.

15. Le jeu-questionnaire a pour titre « Connaissez-vous bien le PQDCS? ».

**Tableau VIII**  
**Répartition des infirmières,**  
**selon leurs réponses au jeu-questionnaire sur le PQDCS, après l'intervention**

Le grisé indique la bonne réponse à la question.

	Infirmières ayant choisi cette réponse	
	N = 29	%
1. Le PQDCS s'adresse aux femmes :		
a) âgées de 40 ans et plus	-	-
b) âgées de 50 à 69 ans	29	100
c) dès qu'elles ont leur première menstruation	-	-
2. Le PQDCS invite les femmes à :		
a) faire systématiquement l'autoexamen de leurs seins	1	3,4
b) passer une mammographie de dépistage tous les deux ans	27	93,2
c) manger du soya quotidiennement	-	-
d) toutes ces réponses	1	3,4
3. Seule la lettre d'invitation au PQDCS est nécessaire pour participer au programme.		
a) Vrai	11	37,9
b) Faux	18	62,1
4. Quels sont les avantages pour la femme de participer au PQDCS?		
a) Recevoir une lettre de rappel à passer une mammographie de dépistage	3	10,3
b) Recevoir les résultats de la mammographie de dépistage à la maison	-	-
c) Accéder à des services psychosociaux gratuitement	-	-
d) Toutes ces réponses	26	89,7
5. Afin d'accéder aux différents services offerts dans le cadre du programme, la femme doit signer un formulaire de consentement.		
a) Vrai	16	55,2
b) Faux	13	44,8
6. Pour passer une mammographie de dépistage, une femme doit avoir un médecin de famille ou un gynécologue qui en recevra le résultat.		
a) Vrai	8	27,6
b) Faux	21	72,4
7. Le rôle du Centre de coordination des services régionaux (CCSR), présent dans chacune des régions administratives, est :		
a) d'acheminer les lettres d'invitation et de rappel aux femmes	1	3,4
b) d'envoyer les lettres des résultats à la suite de la mammographie de dépistage	-	-
c) d'informer, de sensibiliser et de promouvoir le programme	-	-
d) toutes ces réponses	28	96,6
8. Seuls les centres de dépistage désignés (CDD) peuvent faire des mammographies de dépistage dans le cadre du PQDCS.		
a) Vrai	21	72,4
b) Faux	8	27,6
9. En cas d'anomalie à la mammographie, la femme qui participe au programme sera dirigée vers un centre de référence pour investigation désigné (CRID).		
a) Vrai	29	100
b) Faux	-	-
10. Le programme est évalué systématiquement afin d'assurer un fonctionnement optimal auprès de la population cible.		
a) Vrai	29	100
b) Faux	-	-

## 4.2. Transmission d'un message bref sur le PQDCS par les infirmières

Au cours de l'intervention, la professionnelle de santé publique a observé que l'intégration d'un message bref sur le dépistage du cancer du sein dans la pratique des infirmières se faisait graduellement. Au fur et à mesure du soutien apporté, certaines infirmières ont indiqué avoir davantage développé le réflexe d'en parler à leurs patientes. Certaines ont aussi fait du renforcement positif lorsque la femme participait déjà au programme.

Lors des entrevues, toutes les infirmières ont rapporté transmettre un message bref aux femmes mais pas de façon systématique et régulière. Plusieurs d'entre elles ont même déploré ne pas le faire aussi souvent qu'elles l'auraient souhaité. Les infirmières ont souvent évoqué le manque de temps ou le fait qu'elles n'y pensaient pas toujours. « Les horaires de travail variables » et « la clientèle changeante » faisaient aussi partie des éléments qui pouvaient expliquer qu'elles ne parlaient pas systématiquement du dépistage du cancer du sein. Par exemple, des infirmières ont rapporté qu'elles pouvaient passer des demi-journées complètes avec une clientèle composée principalement de personnes âgées atteintes de troubles cognitifs ou de poupons à vacciner. D'autres ont souligné que le fait d'être occupées à faire des ajustements de doses de médicament par téléphone ne leur permettait pas, à certains moments, de rencontrer des patients.

Ainsi, au cours des deux semaines ayant précédé l'entrevue, le nombre de femmes à qui les infirmières ont transmis un message bref était très variable. Si deux infirmières ont pu transmettre un message bref à plus de dix femmes en deux semaines, dix infirmières n'avaient pu le faire qu'auprès de cinq femmes ou moins alors qu'une infirmière n'avait fait la promotion du programme qu'à une seule femme dans le dernier mois.

Il ne semble pas y avoir de consensus sur le moment idéal pour transmettre un message bref. Il peut être fait lors d'une consultation avec ou sans rendez-vous, lors d'une visite de suivi pour une maladie chronique, comme le diabète, ou encore, au moment du triage. Cependant, lorsqu'une patiente consulte pour un problème gynécologique ou un problème relatif au sein, il est plus probable que les infirmières lui parlent du programme.

Pour la majorité des infirmières, la prise de tension artérielle<sup>16</sup> ou la prise de prélèvements sanguins représentent des moments propices pour sensibiliser les femmes au PQDCS. Dans le premier cas, certaines infirmières en sont venues à associer l'installation du brassard à la promotion du PQDCS. Puisque dans la plupart des cas, les infirmières s'informent auprès de la patiente si elle a déjà eu une chirurgie au sein, il devient alors tout naturel d'aborder le sujet. De la même façon, en faisant des ponctions sanguines, d'autres infirmières ont développé le réflexe de parler du PQDCS.

Une autre façon de procéder est d'inscrire une question en lien avec le dépistage du cancer du sein sur la feuille de collecte de données que les infirmières utilisent pour chaque patient. En conséquence, il devient possible de poser systématiquement cette question, peu importe la raison de consultation, et de mettre une note au dossier. Par exemple, la question inscrite sur la feuille

---

16. Y compris le test de dépistage ou de suivi de l'hypertension artérielle à l'aide d'un appareil *BpTrue* et l'installation d'un monitoring ambulatoire de la pression artérielle (MAPA).

peut être : « Passez-vous régulièrement des mammographies? » ou encore « Quelle est la date de votre dernière mammographie? ». L'infirmière peut ensuite inscrire les informations au dossier.

Cependant, dans certains milieux où la feuille de collecte de données n'inclut pas de questions en lien avec le dépistage du cancer du sein – ou qui n'utilisent pas ce type d'outils –, des infirmières peuvent annoter le dossier pour aviser le médecin que la femme a été sensibilisée à ce sujet. Par contre, d'autres affirment faire le message bref, mais sans le consigner par écrit. Finalement, dans deux milieux, les infirmières auraient souhaité utiliser une estampe pour souligner leur intervention ou pour inscrire la date de la dernière mammographie dans le dossier. Toutefois, dans un de celui-ci, elles n'ont pas toujours le dossier de la patiente pour le faire, alors que dans l'autre, ce processus n'a pas encore été approuvé par les médecins.

### 4.3. Soutien par une professionnelle de santé publique

La professionnelle de santé publique a observé que son rôle était apprécié et qu'il était considéré comme utile. C'est aussi ce qui ressort des entrevues alors que les infirmières rapportent : « Le fait que vous veniez nous voir, ça fait qu'on y pense de plus en plus et qu'on en parle aux femmes. »

En entrevue, interrogées sur le type de soutien dont elles avaient bénéficié, plusieurs infirmières ont aussitôt énuméré des outils : mémo-mamo, affiche, carton aide-mémoire, etc. Lorsque la question des activités de soutien a été abordée, elles se souvenaient, en règle générale, assez bien de la formation initiale (didactique ou personnalisée); elles en parlaient comme d'une activité fondamentale pour bien faire connaître le programme. En général, elles ont apprécié la documentation remise à ce moment et, plus spécifiquement, le guide qui leur sert de document de référence. Par ailleurs, les infirmières interrogées ont été presque unanimes à dire que les activités de soutien offertes par la professionnelle de santé publique étaient utiles et très appréciées. Les contacts téléphoniques et ses visites sont perçus comme des rappels : « Oui, la formation pour comprendre la mécanique du PQDCS, les appels de la professionnelle de santé publique, pour le rappel » ou encore « La formation, les visites dans le milieu, le *coaching* et le mémo-mamo, compte tenu du temps et des délais, tous sont utiles. Initialement, c'est la formation (sensibilisation), puis le fait d'avoir vu la professionnelle de santé publique avec la mise à jour de l'information. »

Parmi les infirmières interrogées, cinq ont exprimé avoir reçu suffisamment de soutien pour transmettre un message bref aux femmes. De celles-ci, deux avaient bénéficié des activités de type facilitation et deux autres avaient reçu plusieurs interventions sur trois ans (formation, plusieurs visites et contacts téléphoniques). La cinquième n'a eu que la formation didactique, mais a mentionné ne pas désirer de soutien supplémentaire, ne parler que très rarement du PQDCS avec les patientes et ne pas avoir l'intention de le faire davantage. Par ailleurs, toutes les autres infirmières interviewées ont mentionné qu'elles aimeraient qu'il y ait davantage de rappels. Ceux-ci pourraient être faits de différentes façons : visites, téléphones ou courriels. Cette dernière méthode serait particulièrement appréciée des plus jeunes, généralement plus familières avec l'électronique. Il pourrait s'agir d'une courte phrase ou d'une mise à jour sur les données probantes. Une infirmière a aussi avancé l'idée d'organiser « des visites sur l'heure du dîner avec les médecins ou les représentants pharmaceutiques ».

Quant au soutien de type facilitation, il est perçu comme un service personnalisé, complet et adapté aux besoins des infirmières et à leur milieu de travail. Les infirmières des deux GMF, qui en ont bénéficié, ont mentionné apprécier l'implication régulière de la DRSP : les suivis téléphoniques, les visites et le fait de prendre du temps pour travailler avec elles. Un milieu en particulier reconnaît l'apport du soutien fourni pour l'intégration d'un message bref.

Dans les milieux où les infirmières ont reçu un soutien de type facilitation, il a été possible d'adapter l'intervention à la réalité de la pratique. Par exemple, dans un de ces milieux, les infirmières ont mentionné à la professionnelle de santé publique qu'elles avaient l'impression que toutes les femmes à qui elles parlaient du PQDCS y participaient déjà, ce qui n'était guère motivant. À la suite de cette remarque, la professionnelle de santé publique a rappelé que le taux de participation le plus faible au programme se situait chez les femmes âgées de 65 à 69 ans. Elle leur a suggéré de porter une attention particulière à ce groupe d'âge. Cette suggestion a été adoptée et a fait naître, chez les infirmières, l'idée de parler du PQDCS à un autre groupe d'âge : celui des femmes de 48 et 49 ans. Elles pourraient, en effet, commencer à les préparer au fait qu'elles recevraient une lettre d'invitation à partir de 50 ans, et ce, jusqu'à l'âge de 69 ans inclusivement. Lors de la visite suivante, les infirmières ont mentionné à la professionnelle de santé publique que ces adaptations apportées à leur intervention fonctionnaient bien et étaient valorisantes. En effet, elles avaient l'impression d'apprendre quelque chose de nouveau aux femmes.

Dans un même ordre d'idées, avec le soutien de type facilitation, il a été possible de développer de nouveaux outils répondant aux besoins des infirmières et adaptés à leur pratique. Ainsi, dans un des milieux, à la demande des infirmières, un autocollant en forme de ruban rose a été produit. Il a été apposé sur le brassard de l'appareil de tension artérielle, servant ainsi de rappel pour parler du programme. Les infirmières de ce GMF ont parlé de leur expérience lors d'échanges avec des infirmières d'autres milieux et ont contribué à faire connaître ce moment propice pour parler du PQDCS qu'est la prise de tension artérielle. De plus, une infirmière ayant bénéficié du soutien de type facilitation a même fait du *coaching* sur le dépistage du cancer du sein auprès des infirmières de deux autres GMF.

Tout au long de l'expérimentation, la professionnelle de santé publique a encouragé les échanges entre les milieux et le partage de bonnes pratiques. Elle a d'ailleurs observé que les infirmières en GMF échangeaient entre elles et parlaient de la démarche de soutien et des outils proposés.

Les infirmières ont apprécié ces échanges d'information entre elles à l'intérieur d'un même milieu et les contacts qu'elles ont pu entretenir avec les infirmières d'autres milieux à propos de la formation, du soutien ou de moyens pour faciliter la transmission d'un message bref. De plus, elles ont considéré comme importantes les communications ciblées et régulières avec la professionnelle de santé publique qui ont été autant d'occasions de mettre à jour leurs connaissances et d'échanger sur les bonnes pratiques.

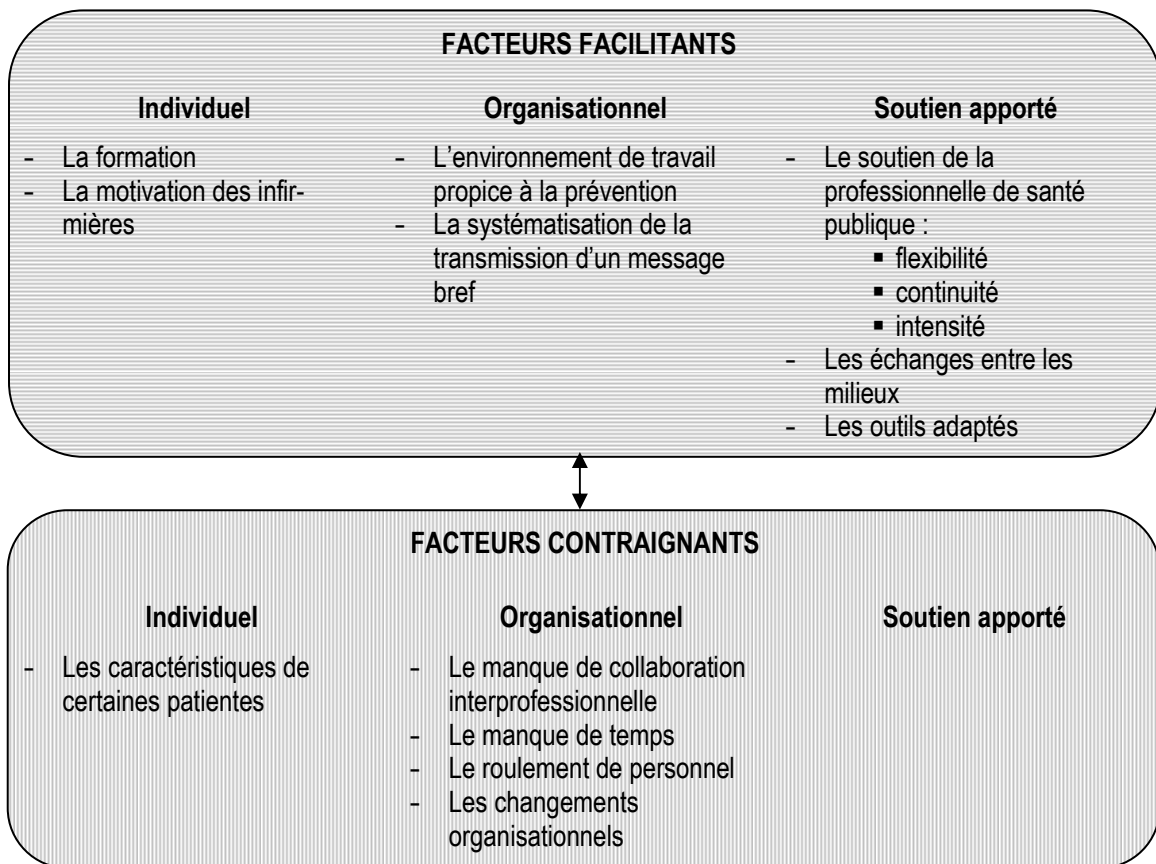
#### 4.4. Utilité des outils distribués

Les informations concernant l'utilité des outils proviennent uniquement des entrevues. Il ressort de celles-ci que les outils ont une importance particulière aux yeux des infirmières. Les deux outils mentionnés le plus souvent comme leur étant utiles sont le mémo-mamo, développé par la Société canadienne du cancer (11 infirmières sur 13), et l'aide-mémoire « Être attentive à ses seins » de la DRSP (9 infirmières sur 13). Ces outils ont des fonctions multiples. Ils peuvent contribuer au *counselling*, à l'éducation des patientes ou, encore, permettre aux infirmières de se souvenir de livrer leur message bref aux femmes. À d'autres moments, ils servent à éveiller la curiosité des patientes et à susciter leurs questions.

Un même outil peut être utilisé différemment d'un milieu à un autre. Par exemple, l'aide-mémoire « Être attentive à ses seins » sert essentiellement de rappel à certaines infirmières. D'autres le donnent directement aux femmes alors que des infirmières le laissent dans la salle d'attente. De même, le mémo-mamo peut être laissé sur le bureau de l'infirmière, affiché au babillard ou fixé au sphygmomanomètre. Il peut autant servir de rappel visuel et d'aide-mémoire pour les infirmières qu'à l'enseignement aux patientes.

## 5. Facteurs facilitants et facteurs contraignants

À la suite de l'expérimentation de l'intervention à multiples volets, des facteurs facilitants et contraignants à l'intégration d'un message bref sur le dépistage du cancer du sein peuvent être dégagés. Tous ces facteurs proviennent soit des observations de la professionnelle de santé publique, soit des entrevues ou encore, de l'interprétation qui a été faite de ces informations. Ils ont été regroupés selon qu'ils se situent sur le plan individuel, organisationnel ou en lien avec le soutien apporté (voir la figure n° 1).



**Figure n° 1 : Facteurs facilitants et facteurs contraignants à l'intégration d'un message bref sur le dépistage du cancer du sein**

### 5.1. Facteurs individuels

Dans la littérature, la formation est qualifiée comme étant une stratégie peu efficace pour augmenter la prestation de services préventifs lorsqu'elle est utilisée seule (Grol R., 2002 et Provost et coll., 2007). Dans la présente intervention, la formation s'est néanmoins avérée comme étant un des éléments facilitant le travail de sensibilisation réalisé par les infirmières.

Qu'elle soit didactique ou personnalisée, la formation leur a permis d'acquérir les connaissances qu'elles peuvent ensuite utiliser avec les femmes qu'elles rencontrent. Les participantes ont d'ailleurs reconnu l'importance de la formation et l'ont grandement appréciée. Bien que les connaissances des infirmières concernant le PQDCS soient généralement bonnes, il demeure que certains aspects sont moins bien maîtrisés et qu'une mise à jour des connaissances devrait être faite de façon continue.

La professionnelle de santé publique a observé que, de façon générale, la motivation des infirmières est un facteur déterminant dans l'intégration d'un message bref à adresser aux femmes. Ceci est en lien avec les enseignements tirés de la littérature (Provost et coll., 2007). De fait, les observations de la professionnelle de santé publique ont mis en évidence que, pour un même milieu, la différence de motivation entre deux personnes peut avoir un impact sur sa participation au projet ainsi que sur la réalisation d'activités de prévention. La personne motivée, qui se sent interpellée par la promotion du programme, saisit les occasions et trouve des stratégies à mettre en place pour faciliter la transmission d'un message encourageant les femmes à participer au PQDCS. De plus, la motivation d'une personne peut aussi influencer le milieu. Par exemple, dans un GMF, l'infirmière a organisé une formation sur le dépistage du cancer du sein auprès des réceptionnistes et elle leur a remis des outils promotionnels fournis par la professionnelle de santé publique. Elle a également demandé la collaboration des médecins dans les activités de prévention en leur remettant les mêmes outils qu'elle utilisait (aide-mémoire « Être attentive à ses seins », autocollant avec le ruban rose). De telles pratiques peuvent favoriser l'implication de tous les intervenants du milieu. Inversement, une infirmière non motivée, qui ne se sent pas concernée, n'a pas tendance à voir d'occasions ni à les saisir pour transmettre un message bref de prévention. Parfois, ce manque de motivation peut être associé à une réaction à d'autres barrières comme une surcharge de travail, un roulement de personnel ou un changement organisationnel (Ploeg et coll., 2007).

La littérature rapporte également des barrières qui relèvent des patientes (Cabana M. et coll., 1999 et Hudon E et coll., 2003). Dans le projet actuel, des caractéristiques de certaines femmes rencontrées par les infirmières ont semblé être un frein à la transmission d'un message bref sur le dépistage du cancer du sein. En effet, des femmes qui ont peur de la mammographie ou qui sont carrément moins réceptives à la prévention sont des éléments qui ont été signalés par les infirmières comme des barrières à l'intervention. D'ailleurs, en entrevue, elles ont mentionné qu'elles souhaiteraient être davantage outillées afin de pouvoir mieux interagir avec ces femmes.

## 5.2. Facteurs organisationnels

Le contexte organisationnel est une dimension qui peut comprendre des facteurs facilitants ou contraignants à l'intégration d'actes préventifs (McBride et coll., 2000; Ploeg et coll., 2007; Grol, 2002; Grol et Grimshaw, 2003 et Tamblyn et Battista, 1993).

Dans la présente intervention, les entrevues ont révélé qu'il y avait davantage de participantes qui croyaient que leur milieu de travail était propice aux activités de promotion de dépistage du cancer du sein que d'infirmières qui pensaient le contraire. Les raisons citées sont multiples et variées, selon les milieux. Certaines infirmières évoquent qu'il faut d'abord avoir le temps et, qu'effectivement, elles en disposent davantage avec les patientes vues sur rendez-vous. D'autres

ont parlé de la bonne collaboration des médecins qui leur laissent la latitude de faire de la promotion. D'autres encore estiment que la place de la promotion est appelée à s'accroître dans leur milieu, notamment lors des suivis de clientèle qui devraient leur accorder plus de temps pour faire de l'enseignement. Le fait d'être dans un milieu ouvert, où le travail en collaboration est valorisé, est un facteur qui facilite l'intégration de la prévention dans la pratique et qui est reconnu dans certains écrits (McBride et coll., 2000; De Koning et coll., 2005 et Ploeg et coll., 2007).

Parfois, la littérature fait aussi mention que l'association d'une pratique nouvelle à une action, à une politique ou à un protocole déjà existant est un élément favorisant son adoption (Ploeg et coll., 2007). Dans certains GMF, le fait de se donner des moyens pour systématiser la transmission d'un message bref a été un facteur facilitant. Ainsi, l'élaboration d'un mini-protocole, l'ajout d'une section sur la mammographie de dépistage à l'outil de collecte de données ou encore le fait d'associer la sensibilisation au PQDCS à une autre action clinique (ex. : prise de tension artérielle) ont permis de mettre en place des stratégies qui ont aidé à créer un contexte clinique favorable.

Par contre, dans d'autres milieux, des barrières à la promotion du dépistage du cancer du sein ont été évoquées. Dans certaines cliniques, on observe peu de collaboration entre les médecins et les infirmières. De fait, des infirmières ont rapporté que certains médecins leur envoient peu de patientes ou encore ne veulent pas qu'elles fassent de *counselling*. Ailleurs, certaines infirmières rencontrent peu de patientes du groupe cible du PQDCS. Elles voient davantage d'hommes que de femmes, surtout des poupons ou des personnes âgées de plus de 70 ans. Certaines infirmières ont aussi mentionné devoir se concentrer uniquement sur la raison de consultation qui, bien souvent, n'est pas en lien avec le cancer du sein : « On voit la clientèle suite à une référence. Parfois même le dépistage du cancer du sein n'est pas une priorité pour le milieu. »

Le manque de temps est une barrière à l'intégration des pratiques cliniques préventives mentionnée depuis longtemps dans la littérature (Haynes et Haines, 1998). La professionnelle de santé publique l'a d'ailleurs observé. Elle a, entre autres, noté que certaines infirmières sont très sollicitées par leur milieu de pratique. Par exemple, dans certains milieux, lors des rencontres avec la professionnelle de santé publique, les infirmières étaient régulièrement appelées pour des vaccins, des injections, des changements de pansement, etc. À l'opposé, dans d'autres cliniques, les infirmières pouvaient bloquer une plage horaire pour ne pas être dérangées, créant ainsi un environnement plus propice à la rencontre.

Comme rapporté dans la littérature, le roulement de personnel dans les milieux cliniques constitue aussi une barrière importante à l'implantation d'actes de prévention (Ploeg et coll., 2007). Dans le système actuel des GMF, on observe beaucoup de changements de personnel entraînant un problème de suivi et de continuité de l'intervention. Par exemple, lors d'un départ, l'intervention est à reprendre dans son ensemble et la professionnelle de santé publique doit établir un lien avec une nouvelle infirmière. En effet, lors de remplacements, les infirmières n'informent pas nécessairement les nouvelles arrivantes de leurs interventions dans le cadre du PQDCS. De plus, lors d'un départ non planifié dans un milieu où il n'y a que deux infirmières, celle qui demeure en poste se retrouve avec un surcroît de travail. Elle se voit alors dans l'obligation de prioriser ses interventions (diabète, hypertension artérielle, etc.) souvent aux dépens des activités de prévention. Durant la présente démarche, un roulement du personnel

infirmier assez important a été observé (congés de maternité, remplacements, transferts, etc.), d'où le besoin de répéter les formations et de reprendre les stratégies de soutien.

De plus, certains changements organisationnels sont aussi reconnus comme étant des barrières à l'intégration d'une innovation (Ploeg et coll., 2007). Lors du projet, de tels changements ont été observés dans les milieux de pratique. Des travaux d'aménagement, un déménagement, des changements de gestionnaires, la gestion d'une pandémie appréhendée de grippe sont autant d'exemples qui ont gêné le travail des infirmières. Elles sont alors devenues moins disponibles pour les activités de prévention; celles-ci ont donc été sacrifiées au profit d'autres tâches.

### 5.3. Facteurs liés au soutien apporté

Le soutien est reconnu dans la littérature comme un facteur clé facilitant l'intégration de la prévention. (Stange et coll., 2003; Gottlieb et coll., 2001; Lemelin et coll., 2001 et Provost et coll., 2007). Il a été une composante essentielle de cette intervention et s'est effectivement avéré comme étant un élément favorisant la transmission de messages brefs sur le PQDCS pour plusieurs infirmières. Il a été assuré par la professionnelle de santé publique qui en a été maître d'œuvre tout au long du projet.

Le soutien offert par la professionnelle de santé publique comporte plusieurs caractéristiques qui sont présentées dans la littérature comme étant des conditions d'efficacité (Grol, 2002 et Provost et coll., 2007). On constate que pour l'ensemble des milieux, son intervention a fait preuve de flexibilité et de continuité. En effet, la professionnelle de santé publique a offert différents types de soutien aux infirmières. Celles-ci pouvaient donc choisir une formule adaptée à leurs besoins et à la réalité de leur environnement de pratique. Tout au long du projet, la professionnelle de santé publique a tenté d'individualiser son intervention en tenant compte du caractère unique de chaque milieu. Au fur et à mesure de leur entrée dans le projet, elle a maintenu des contacts réguliers avec ceux-ci pour assurer la continuité de l'intervention. Les infirmières ont mentionné le rôle essentiel de ces retours fréquents pour faciliter l'intégration d'un message sur le PQDCS.

Dans certains milieux, l'intervention a, de plus, été menée avec intensité par la professionnelle de santé publique. Cette caractéristique constitue une autre condition d'efficacité pour l'intégration de la prévention dans la pratique (Provost et coll., 2007). Cela a été le cas surtout dans les GMF ayant bénéficié du soutien de type facilitation ainsi que dans d'autres milieux ayant reçu plusieurs visites et contacts téléphoniques. La professionnelle de santé publique a alors pu travailler de plus près avec les infirmières, tenir compte des forces et des barrières propres aux milieux et diversifier ses actions. Cette intensité a aussi permis d'intégrer graduellement un message bref sur le dépistage du cancer du sein dans la pratique des participantes.

En cours de projet, certaines infirmières ont apporté leur soutien à leurs collègues infirmières. En effet, elles ont échangé et partagé leurs bons coups relativement à l'expérience vécue dans leur pratique respective. Même si ces activités n'ont pas eu la même intensité et la même continuité que l'intervention de la professionnelle de santé publique, celle-ci a constaté que ce soutien a contribué à l'intégration d'un message sur le PQDCS. Un article relativement récent indique que les lieux d'échanges entre les infirmières, c'est-à-dire les endroits où elles discutent

d'enseignement et de stratégies, sont importants pour implanter une nouvelle recommandation avec succès (Ploeg et coll., 2007).

Selon la littérature, la distribution de matériel éducatif à des cliniciens est jugée peu efficace pour modifier la pratique, lorsque c'est la seule stratégie utilisée (Koutsavlis, 2001 et Provost et coll., 2007). Dans la présente intervention, les infirmières ont intégré certains outils qu'elles trouvaient utiles à leurs actes cliniques préventifs en cancer du sein. Bien que du matériel ait été conçu à leur demande, les infirmières ont préféré travailler avec deux outils déjà existants. Le fait que ces deux outils aient été transmis et expliqués par la professionnelle de santé publique, plutôt que distribués sans mise en contexte, a favorisé leur appropriation et leur utilisation en fonction des besoins exprimés par les infirmières.



## Conclusion

L'expérimentation de cette intervention novatrice à multiples volets a permis l'intégration graduelle d'un message bref dans la pratique de plusieurs infirmières travaillant en GMF ou en CRQ. Il s'en dégage certaines observations. Tout d'abord, les infirmières qui rapportaient peu connaître le PQDCS en 2006 ont maintenant de bonnes connaissances sur le sujet, bien qu'il y ait encore place à amélioration. La formation y a sans doute contribué largement. En deuxième lieu, il s'avère que le soutien apporté par une professionnelle de santé publique qui se consacre aux infirmières a été une composante déterminante de ce projet. Il en ressort qu'un accompagnement flexible, continu, intense et tenant compte du contexte organisationnel des milieux cliniques est essentiel. Enfin, certains facteurs, comme la motivation des infirmières et l'ouverture du milieu à la prévention, facilitent l'intégration d'un acte préventif dans la pratique alors que d'autres, tels que les changements au sein des organisations et le roulement de personnel, agissent comme barrières. Le fait d'apporter un soutien direct aux milieux cliniques permet de prendre connaissance de ces obstacles et d'y apporter des solutions.

En somme, dans le contexte d'un système de santé en constante transformation, l'expérimentation a démontré qu'il est souhaitable de poursuivre des projets visant l'amélioration des connaissances et des pratiques, tout en offrant aux cliniciens le soutien intense, continu et flexible d'un professionnel dédié.



## Bibliographie

- BAILEY, K. (2000). « The Nurse's Role in Promoting Breast Awareness », *Nursing Standard*, vol. 14, n° 30, p. 34-36.
- BEAUDET, N. et coll. (2008). « La pratique infirmière de promotion de la santé et prévention en CSSS, mission CLSC. De la volonté à la réalité... », série *Rapport synthèse*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 12 p.
- BEAULIEU, M. D. et coll. (1994). « Dépistage du cancer du sein : L'intervention du médecin de famille est-elle efficace? », *L'Union Médicale du Canada*, mars, p. 154-162.
- CABANA, M. D. et coll. (1999). « Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? », *JAMA*, vol. 282, n° 15, p.1458-65.
- DE KONING, J. S. (2005). « Quality of stroke prevention in general practice: relationship with practice organisation », *International Journal of Quality of care*, vol. 17, n° 1, p. 59-65.
- DUPLANTIE, A. (1996). « Les infirmières québécoises au cœur de la lutte contre le cancer du sein », *L'infirmière du Québec*, novembre-décembre, p. 38-40.
- GOTTLIEB, N. H., et coll. (2001). « The impact of Put Prevention Into Practice on Selected Clinical Preventive Services in Five Texas Sites », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 21, n° 1, p. 35-40.
- GRAHAM, H. (2005). « The Nurse's Role in Promoting Breast Awareness to Women », *Nursing Times Clinical*, vol. 101, n° 41, p. 23-24.
- GROL, R. (2002). « Changing Physicians' Competence and Performance: Finding the Balance between the Individual and the Organization », *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 22, p. 244-51.
- GROL, R. et J. GRIMSHAW (2003). « From Best Evidence to Best Practice : Effective Implementation of Change in Patients' Care », *The Lancet*, vol. 362, p. 1225-30.
- HAYNES, B. et A. HAINES (1998). « Getting Research Findings into Practice : Barriers and Bridges to Evidence Based Clinical Practice », *British Medical Journal*, vol. 317, n° 7153, p. 273-76.
- HUDON, E., M.-D. BEAULIEU et D. ROBERGE (2004). « Integration of the Recommendations of the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Obstacles Perceived by a Group of Family Physicians », *Family Practice*, vol. 21, p. 11-17.
- KOUTSAVLIS, A. T. (2001). *Dissémination des guides de pratiques chez les médecins*, Institut national de santé publique du Québec, 51 p.
- LAWVERE, S. et coll. (2004). « Approaches to Breast Cancer Screening Among Nurse Practitioners », *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, vol. 16, p. 38-43.
- LEMELIN, J., W. HOGG et N. BASKERVILLE (2001). « Evidence to Action : A Tailored Multifaceted Approach to Changing Family Physician Practice Patterns and Improving Preventive Care », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, n° 6, p. 757-63.

- MANLEY CONTO, S. I. et J. S. MYERS (2002). « Risk Factors and Health Promotion in Families of Patients With Breast Cancer », *Clinical Journal of Oncology Nursing*, vol. 6, n° 2, p. 1-5.
- MAUGER, I. et coll. (2007). *Le rôle des infirmières des groupes de famille en matière de dépistage du cancer du sein dans la région de la Capitale-Nationale*, Québec, Groupe de travail Actions-médecins, Agence de la santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 39 p.
- McBRIDE, P. et coll. (2000). « Improving Prevention Systems in Primary Care Practices : The Health Education and Research Trial (HEART) », *The Journal of Family Practice*, vol. 49, n° 2, p. 115-25.
- McCREADY, T. (2003). « Management of Patients with Breast Cancer », *Primary Health Care*, vol. 14, n° 6, p. 41-49.
- MÉTHOT, D. (2010). « Trois ans plus tard. Bilan impressionnant des cliniques-réseaux de Québec », *L'Actualité médicale*, juin, p. 10-11.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Devenir un GMF. Guide d'accompagnement. Le groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 70 p. et annexes.
- NATIONAL HEALTH SERVICE BREAST SCREENING PROGRAM NURSES COORDINATING GROUP (2002). *Quality Assurance Guidelines for Nurses in Breast Screening*, London, NHSBSP, 27 p.
- PLOEG, J. et coll. (2007). « Factors Influencing Best-Practice Guideline Implementation : Lessons Learned from Administrators, Nursing Staff, and Project Leaders », *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, vol. 4, n° 4, p. 210-19.
- PROVOST, M.-H. et coll. (2007). *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*, collection *L'intégration de pratiques cliniques préventives*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 168 p.
- ROSSI, C. et coll. (2004). *Pratiques préventives en cancer du sein : comparaison de trois milieux de pratique médicale*, Beauport, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, Direction régionale de santé publique, 80 p.
- ROYAL COLLEGE OF NURSING (2004). *Breast Palpation and Breast Awareness : The Role of the Nurse*, The Royal College of Nursing, 5 p.
- SCHUELER, K. M. et coll. (2008). « Factors Associated With Mammography Utilization : A Systematic Quantitative Review of the Literature », *Journal of Women's Health*, vol. 17, n° 9, p. 1477-98.
- STANGE, K. C. et coll. (2003). « Sustainability of a practice-individualized preventive service delivery intervention », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 25, n° 4, p. 296-300.
- TAMBLYN, R. et R. BATTISTA (1993). « Changing Clinical Practice : Which Interventions Work? », *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 13, p. 273-88.

## Annexes



## **Annexe 1**

**Éléments du journal de bord – Démarche auprès des infirmières**



## Éléments du journal de bord – Démarche auprès des infirmières

### Contenu des activités réalisées auprès des infirmières :

#### 1. Formation

- Nombre de personnes présentes
- Déroulement général de la formation
- Atmosphère de la formation
- Dynamique interpersonnelle
- Questions posées
- Matériel remis

#### 2. Contact téléphonique

- Inviter l'infirmière à participer à une formation
- Aviser l'infirmière de l'arrivée de nouveau matériel
- Effectuer un suivi postformation
- Effectuer un suivi pour favoriser l'intégration du message bref
- Déterminer la date de l'appel
- inscrire le nom de la personne
- Faire un résumé de la conversation
- Mettre à jour certaines informations du milieu
- Inscrire les impressions et faire une analyse de la personne ou de l'échange

#### 3. Visite dans le milieu

- Personnes présentes
- Matériel remis
- Durée de la rencontre
- Atmosphère de la rencontre
- Dynamique interpersonnelle
- Sujets abordés
- Questions posées
- Réactions des personnes
- Impressions et commentaires
- Notes personnelles pour le prochain suivi

#### 4. Accompagnement

- Personnes présentes
- Matériel remis
- Durée de la rencontre
- Atmosphère de la rencontre
- Dynamique interpersonnelle
- Sujets abordés
- Questions posées
- Travail pour trouver des moments et des façons de formuler un message bref
- Réactions des personnes
- Impressions et commentaires
- Notes personnelles pour le prochain suivi



## **Annexe 2**

### **Schéma d'entrevue avec des infirmières**



## Schéma d'entrevue avec des infirmières

### Identification

- Q1. Formation en soins infirmiers : bac, maîtrise?
- Q2. Nombre de mois ou d'années de pratique en soins infirmiers
- Q3. Durée de pratique en GMF (CRQ)
- Q4. À quel groupe d'âge appartenez-vous?
  - 20 à 29 ans
  - 30 à 39 ans
  - 40 à 49 ans
  - 50 à 59 ans
  - 60 ans et plus

### Questions en lien avec le dépistage du cancer du sein

- Q5. Transmettez-vous un message bref aux femmes du groupe cible (50 à 69 ans) pour les inciter (ou pour les encourager) à participer au PQDCS?
  - Q5.1 - Si oui, dans une demi-journée, à combien de femmes en moyenne avez-vous transmis un message bref? Depuis les deux dernières semaines?
  - Q5.2 - Dans quel contexte?
  - Q5.3 - Si non, pourquoi?
- Q6. Considérez-vous que votre milieu de travail est propice aux interventions de promotion de dépistage du cancer du sein?
  - Q6.1 - Quels sont les éléments de votre organisation qui favorisent les occasions de transmettre un message bref aux femmes?
  - Q6.2 - Quels sont les éléments de votre organisation qui nuisent à la transmission d'un message bref?
- Q7. Quel genre de soutien (formation, contacts téléphoniques, visites, accompagnement) avez-vous reçu pour transmettre un message bref aux femmes?
- Q8. Est-ce que ce soutien (formation, contacts téléphoniques, visites, accompagnement) vous a été utile pour transmettre un message bref aux femmes?
- Q9. Si vous avez eu plusieurs formes de soutien, quel soutien (formation, contacts téléphoniques, visites, accompagnement) vous a été le plus utile pour transmettre un message bref aux femmes?
- Q10. Y aurait-il d'autres interventions ou actions qui pourraient vous aider à transmettre un message bref aux femmes?
- Q11. Les outils (le guide, le cheminement, le calendrier, etc.) qui vous ont été remis ont-ils été utiles pour la promotion du dépistage du cancer du sein? Si oui, lesquels?



## **Annexe 3**

**« Connaissez-vous bien le PQDCS? »  
Mini jeu-questionnaire à l'intention des infirmières**





# Connaissez-vous bien le PQDCS?

## Mini jeu-questionnaire à l'intention des infirmières

1. Le PQDCS s'adresse aux femmes :

- a) âgées de 40 ans et plus
- b) âgées entre 50 et 69 ans
- c) dès qu'elles ont leur première menstruation

Profession :

2. Le PQDCS invite les femmes à :

- a) faire systématiquement l'autoexamen de leurs seins
- b) passer une mammographie de dépistage aux deux ans
- c) manger du soya quotidiennement
- d) toutes ces réponses

3. Seule la lettre d'invitation au PQDCS est nécessaire pour participer au Programme.

- a) Vrai
- b) Faux

4. Quels sont les avantages pour la femme de participer au PQDCS ?

- a) Recevoir une lettre de rappel à passer une mammographie de dépistage
- b) Recevoir les résultats de la mammographie de dépistage à la maison
- c) Accéder à des services psychosociaux gratuitement
- d) Toutes ces réponses

5. Afin d'accéder aux différents services offerts dans le cadre du Programme, la femme doit signer un formulaire de consentement.

- a) Vrai
- b) Faux

6. Pour passer une mammographie de dépistage, une femme doit avoir un médecin de famille ou un gynécologue qui en recevra le résultat.

- a) Vrai
- b) Faux

7. Le rôle du Centre de coordination des services régionaux (CCSR), présent dans chacune des régions administratives, est :

- a) d'acheminer les lettres d'invitation, de relance et de rappel aux femmes
- b) d'envoyer les lettres de résultat à la suite de la mammographie de dépistage
- c) d'informer, de sensibiliser et de promouvoir le Programme
- d) toutes ces réponses

8. Seuls les CDD (Centres de dépistage désignés) peuvent faire des mammographies de dépistage dans le cadre du PQDCS.

- a) Vrai
- b) Faux

9. En cas d'anomalie à la mammographie, la femme qui participe au Programme peut avoir accès aux services du CRID (Centre de référence pour investigation désigné).

- a) Vrai
- b) Faux

10. Le Programme est évalué systématiquement afin d'assurer un fonctionnement optimal auprès de la population cible.





## **Annexe 4**

### **Principaux outils utilisés**



Documents de référence ▼

**Groupe Actions-médecins**

PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Isabelle Mauger, agente de recherche  
Louise Moreault, M.D.  
Claude Cagnon, agente de recherche  
Françoise Bolduc, M.D.  
Jocelyne Clapette, M.D.  
Avec la collaboration de  
Francis P. Bellon, M.D., M.Sc.

*Guide à l'intention des infirmières*

Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

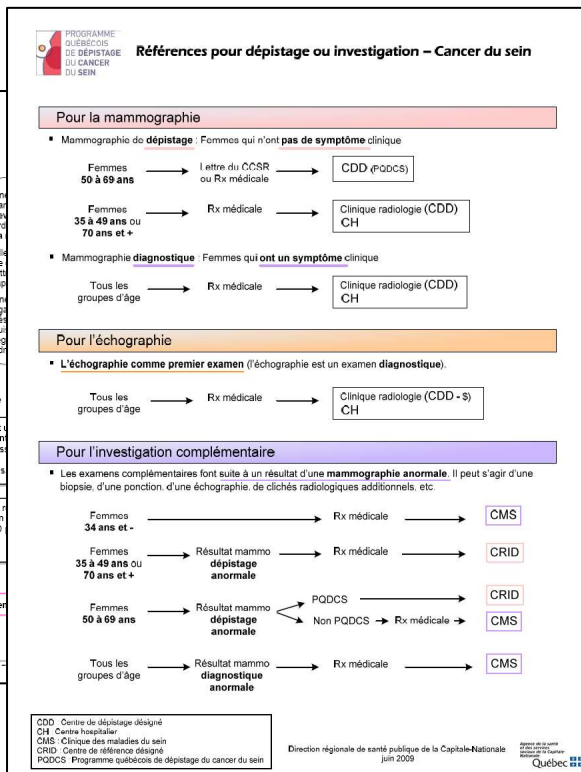
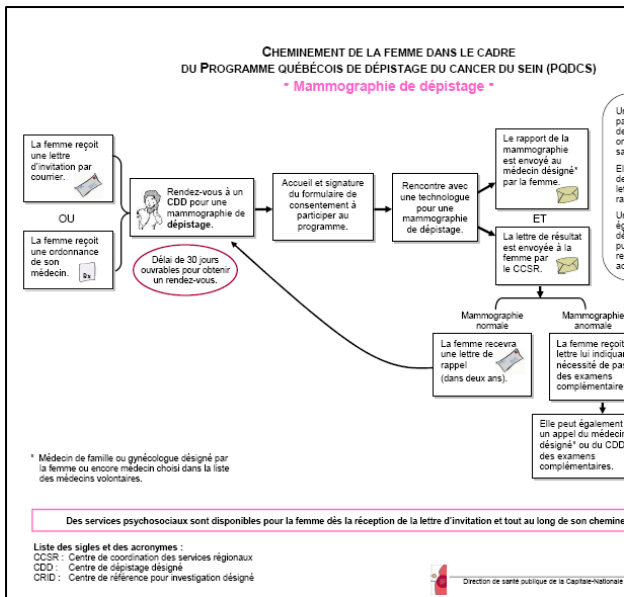
Appareil de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale Québec

**LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN**

Formation aux infirmières de la Capitale-Nationale

CENTRE DE COORDINATION DES SERVICES RÉGIONAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE

PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN



## Aide-mémoire ▼

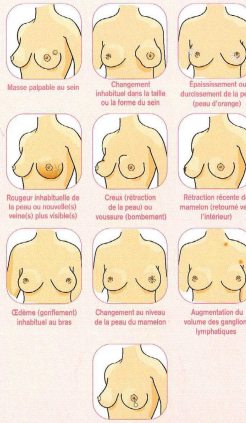



**Être attentive à ses seins**



- 1 Je sais ce qui est normal pour moi.
- 2 Je me regarde et je me touche.
- 3 Je suis attentive à tout changement.
- 4 Je consulte sans délai, si je note un changement.
- 5 À partir de 50 ans, je passe une mammographie de dépistage aux deux ans.

**Si j'observe un de ces changements, je consulte mon médecin sans tarder.**



- Masse palpable au sein
- Changement inhabituel dans la taille ou la forme du sein
- Épaississement ou écartement de la peau (peau d'orange)
- Rougeur inhabituelle de la peau ou rougeurs/venes (plus visibles)
- Creux (rétraction) de la peau ou voussure (bombement)
- Rétraction récente du mamelon (retour vers l'intérieur)
- Gêne (enflure) inhabituelle au bras
- Changement au niveau de la peau du mamelon
- Augmentation du volume des ganglions lymphatiques
- Écoulement du mamelon unilatéral et spontané

**Prenez soin de vous !**

Toute reproduction est strictement interdite sans l'autorisation de la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale - 418 525-1100

## Communiqués ▼

**La résonance magnétique mammaire remplace-t-elle la mammographie ?**

**Imagerie par résonance magnétique (IRM)**

- L'IRM ne constitue pas un examen de dépistage de routine pour le dépistage des femmes à haut risque de décès.

**La PODCS :**

- recommande une mammographie de dépistage à 50 à 69 ans indistinctement.

**Recommandations**

**L'American Cancer Society :** recommande le dépistage à l'aide de la mammographie.

- postveuses d'une mutasi
- parente du 1<sup>er</sup> degré
- présentant un risque à 3 modèles comme BRCA
- ayant des syndromes pré parents du 1<sup>er</sup> degré

**Le Centre des maladies du sein :**

- être à des critères similaires dans le dépistage du cancer
- considère que si l'y a individu un avantage à privilégier

**Car :**

- Durée (45 minutes) et
- Nécessité d'injection d'ou d'allergie
- Examen beaucoup plus risqué d'engorger d'a
- De plus, considérant le de faire une biopsie au générer de l'anxiété che

**Si nécessaire...**

Le médecin Deschênes verification  
Communiqué aux médias - Résonance mag

---

**Cancer du sein**  
Alimentation, thérapies alternatives et autres  
**Gardez l'œil critique!**

**Produits de santé**  
Dans le monde des plantes, l'usage traditionnel, qui remonte parfois à des temps fort lointains, a permis d'accumuler une base de connaissances à ce sujet. Celles-ci ont été examinées par des experts reconnus, associés à des sources officielles, qui se sont prononcés sur leur utilisation à des fins médicales.

Des sources d'informations reconnues, crédibles et sans but lucratif, sont donc maintenant disponibles. C'est ainsi que la revue Phytoz'Info a publié un Guide des produits de santé naturels – Bien les connaître pour mieux les utiliser. Ce document présente des renseignements issus du site Internet, supporté par la Fondation Lucie et André Chagnon. Plus d'informations sur : [www.phytozinfo.net](http://www.phytozinfo.net)

Précisons que l'absence de données scientifiques ne signifie pas automatiquement que l'utilisation de telles ou telles plantes comporte de réels dangers, mais cela commande la prudence.

**En résumé**

- Une foule d'informations circule. Pour mieux vous y retrouver, privilégiez les sources crédibles, reconnues et sans intérêt commercial.

**Cancer du sein**  
Alimentation, thérapies alternatives et autres  
**Gardez l'œil critique!**

Beaucoup d'informations circulent sur le cancer du sein. De ce fait, il importe de demeurer vigilants et de garder l'œil critique. Poser les bonnes questions aide à se faire une opinion (voir encadré).

**Questions clés**

**L'information provient-elle...**

- d'une source crédible et sans intérêt commercial?
- d'un organisme ou d'une société reconnus?

**Les personnes qui transmettent l'information sont-elles...**

- crédibles, reconnues pour leurs compétences?
- reconnues par les autres personnes de la même profession?

**Édifie que l'information...**

- prévient uniquement de données de laboratoire? La preuve a-t-elle été faite que ces découvertes sont applicables chez l'humain?
- découle d'une pratique traditionnelle reconnue par des experts?
- s'appuie sur des connaissances approuvées par des communautés scientifiques multiples? S'agit-il d'un mode de pensée unique? Plusieurs groupes en sont-ils venus aux mêmes conclusions?
- est soutenu par des références? Par des données de laboratoire? Révèle-t-elle de l'opinion d'un individu ou d'un groupe d'individus?

**Biologie totale**

La biologie totale repose sur le précepte que toute maladie a une source ou une explication psychologique. Cette théorie, développée par Hamer et Sabbat, n'est toutefois pas partagée par l'ensemble de leurs collègues, certains vont même jusqu'à la contredire. Il y a certes des éléments de vérité dans la théorie présentée, mais avant d'y adhérer entièrement, la prudence est de mise.

Direction de santé publique de la Capitale-Nationale  
Informations aux médias - Thérapies alternatives - octobre 2008

## Affiche ▼

**Vous êtes une femme âgée de 50 à 69 ans ?**




**posez-moi la question!**




## Estampe ▼

