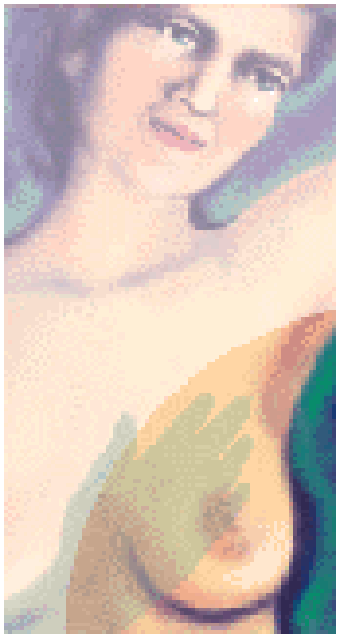


Programme québécois
DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

LAVAL

Perception des médecins de Laval face à leur rôle en prévention du cancer du sein et au PQDCS

Rapport rédigé par

Minh-Nguyet Nguyen, Ph. D.
Conseillère en recherche
et
Diane Larocque, M. Sc., MAP
Coordonnatrice régionale du PQDCS

Décembre 2007

Agence de la santé et des services sociaux de Laval
Québec

Centre de santé et de services sociaux de Laval

Collaboration : Alejandra Irace-Cima, M.D., M.Sc., FRCPC, DSP de Laval
Suzanne Charbonneau, M.D., M.Sc., DSP de Laval
Daniel Paquette, M.D., MBA, M.Sc., FRCPC, DSP de Laval

Document produit par la Direction de santé publique de Laval
en collaboration avec le Centre de coordination des services régionaux du PQDCS
du Centre de santé et de services sociaux de Laval

Transcription des verbatim
Jocelyne Giguère et Josée Patenaude

Mise en page
Jocelyne Giguère, secrétaire

Edition et diffusion
Disponible au Centre de documentation de
l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval
450 978-2000

Dépôt légal – 4e trimestre
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007
Bibliothèque et Archives du Canada, 2007
ISBN : 978-2-923198-93-4 (version imprimée)
978-2-923198-94-1 (pdf)

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

© Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2007

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier sincèrement les médecins qui ont généreusement pris de leur temps pour nous accorder des entrevues. Leurs commentaires, suggestions et recommandations nous permettront d'améliorer certains aspects du fonctionnement du programme et d'intervenir plus efficacement auprès de notre population cible.

De plus, nous tenons à exprimer notre gratitude envers les médecins et intervenants qui ont facilité la participation d'autres médecins de leur clinique. Leur aide précieuse a permis d'avoir une plus grande richesse dans nos données.

SOMMAIRE

La mise en place du *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS) a entraîné des changements dans la pratique des médecins. Leurs rôles et leurs contributions au bon fonctionnement du programme demeurent fondamentaux si nous désirons augmenter le taux de participation des femmes à la mammographie de dépistage et diminuer la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans. En effet, la littérature scientifique indique que la référence du médecin constitue un facteur influant la décision d'une femme à passer une mammographie de dépistage. Le présent rapport porte sur la « Perception des médecins de Laval face à leur rôle en prévention du cancer du sein et au PQDCS ».

Des entrevues ont été réalisées auprès de 21 médecins sur les 38 médecins préalablement échantillonnés principalement en fonction de leur sexe, leur spécialité, le lieu et le nombre d'années de pratique ainsi que le nombre de rapports de mammographie de dépistage reçus en 2004-2005. Plus de la moitié des répondants sont des hommes, médecins de famille et œuvrant depuis plus de 20 ans en clinique privée.

Les médecins évaluent la mammographie comme une méthode efficace pour le dépistage du cancer du sein et la réaction de leurs patientes est positive face à cet examen. La recommandation de la mammographie aux deux ans, prévue au cadre de référence du PQDCS, est bien suivie. Certains facteurs de risque justifient toutefois une modification de la fréquence de la mammographie et suscitent des questionnements.

Les médecins font tous l'examen clinique des seins (ECS) à leurs patientes mais certains doutent de la sensibilité de cet examen. Par ailleurs, les médecins signalent que la diffusion d'informations contradictoires sur l'auto-examen des seins (AES) provenant d'organismes de notoriété publique rend difficile leur pratique et s'avère très confondant pour leurs patientes. Près de la moitié des répondants soulignent d'ailleurs se sentir inconfortables de ne plus enseigner l'AES à leurs patientes. Des lignes directrices claires sont souhaitées.

L'envoi de lettres d'invitation aux femmes est approuvé unanimement par les répondants et ils soulignent que leurs patientes réagissent favorablement à celles-ci. Quant à la lettre de rappel, les modalités de son envoi soulèvent des questions chez certains répondants.

Les médecins sont surpris du faible taux de participation des femmes lavalloises au programme car ils disent tous y référer leurs patientes. Près de la moitié des répondants avouent ne pas connaître l'existence du formulaire d'autorisation de transmission de renseignements relative à la participation des femmes au PQDCS. Ils émettent des hypothèses quant au refus des femmes d'y participer et suggèrent différentes pistes de solution.

Lors d'une mammographie normale, la majorité des répondants ne fait aucun suivi auprès des patientes puisqu'elles reçoivent une lettre de résultat du programme. Quant aux résultats anormaux, la majorité des répondants appelle personnellement leurs patientes. Les médecins déplorent le contenu actuel du rapport de dépistage. Ils souhaiteraient aussi que les procédures des CDD concernant les examens complémentaires soient uniformes d'un CDD à un autre afin de faciliter le suivi de leurs patientes.

Les médecins suggèrent d'améliorer la présentation des feuillets d'information s'adressant à eux en fournissant des informations concises, sur une seule page recto-verso, avec un titre qui attire l'attention du lecteur. De plus, la majorité des médecins serait intéressée à recevoir, de façon confidentielle, le nombre de participantes au PQDCS parmi leur clientèle. Toutes les statistiques devraient leur être présentées comme un outil formateur et motivateur face à leur investissement en promotion du dépistage du cancer du sein.

Toutefois, aucun outil ou stratégie ne peut à lui seul garantir la référence des femmes au programme par le médecin traitant. Chaque outil ou stratégie visant les femmes devrait être développé en s'assurant de rejoindre la bonne clientèle. De plus, les stratégies pour améliorer ou faciliter l'intégration de la prévention à la pratique médicale devraient tenir compte du contexte dans lequel opèrent les médecins.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE ..... **v**

TABLE DES MATIÈRES ..... **vii**

LISTE DES TABLEAUX ..... **ix**

LISTE DES ABRÉVIATIONS ..... **xi**

1 PROBLÉMATIQUE **1**

2 ÉTAT DES CONNAISSANCES **3**

2.1 Caractéristiques personnelles et pratique médicale des médecins 3
2.2 Connaissances des médecins 3
2.3 Croyances et attitudes des médecins 4
2.4 Organisation des soins 4

3 BUT ET OBJECTIFS DU PROJET **7**

4 MÉTHODOLOGIE **9**

4.1 Devis de l'étude 9
4.2 Population cible et échantillonnage 9
4.3 Instrument de mesure 10
4.4 Collecte des données 10
4.5 Analyses 10

5 RÉSULTATS **11**

5.1 Caractéristiques des répondants 11
5.2 Perceptions du dépistage du cancer du sein par mammographie 12
5.2.1 Réactions des patientes face à la prescription de la mammographie de dépistage 13
5.2.2 Endroits habituels de référence pour les mammographies de dépistage 14
5.2.3 Estimations des répondants sur la participation de leurs clientes au PQDCS 14
5.2.4 Raisons du faible taux de participation des femmes au PQDCS 15
5.3 Perceptions de l'examen clinique des seins 15
5.4 Perceptions de l'auto-examen des seins 16
5.5 Perceptions des lettres envoyées aux femmes par le PQDCS 17
5.5.1 Perceptions des médecins 17
5.5.2 Réactions des patientes face aux lettres 17
5.5.3 Contenu des lettres 18

5.6 Perceptions du formulaire d'autorisation de transmission de renseignements relative à la participation au PQDCS 18
5.6.1 Connaissance et utilité du formulaire par les médecins 18
5.6.2 Réactions des patientes face au formulaire 19
5.6.3 Contenu du formulaire 19
5.7 Suivi des mammographies de dépistage 20
5.7.1 Suivi des répondants au rapport de la mammographie de dépistage 20
5.7.2 Contenu du rapport de la mammographie de dépistage 20
5.7.3 Procédures des CDD concernant les examens complémentaires 21
5.7.4 Endroits de référence habituels pour les examens complémentaires 22
5.7.5 Liste des médecins pour les patientes « orphelines » (patientes sans médecin de famille) .. 23
5.8 Perceptions des outils produits par le MSSS et le Collège des médecins du Québec 24
5.8.1 Perceptions du feuillet d'information publié par le MSSS 24
5.8.2 Perceptions du dépliant sur le PQDCS « Mieux vaut agir que réagir » 25
5.8.3 Perceptions de la feuille sommaire de l'examen périodique produite par le Collège des médecins du Québec 26
5.9 Perceptions d'un outil et de stratégies proposés régionalement pour faciliter la collaboration des médecins au PQDCS 26
5.9.1 Présentation de statistiques annuelles du PQDCS aux médecins 26
5.9.1 Identification de dossiers des patientes ciblées par le PQDCS 27
5.9.2 Aide de l'infirmière du PQDCS pour acheminer les patientes ciblées au PQDCS 28
5.9.3 Participation à un groupe de réflexion sur des mécanismes facilitant la référence des femmes au PQDCS 29
5.10 Outils et stratégies proposés par les médecins 30
5.10.1 Pour les médecins 30
5.10.2 Pour les cliniques médicales 31
5.10.3 Pour les femmes et la population en général 32
5.11 Synthèse des résultats 33
6 CONSTATS, DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS 37
7 CONCLUSION 45
8 BIBLIOGRAPHIE 47
ANNEXE 1 - SCHÉMA D'ENTREVUE 53
ANNEXE 2 - LETTRE DE SOLLICITATION DE LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LAVAL 55
ANNEXE 3 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES MÉDECINS 57
ANNEXE 4 - FORMULAIRE D'AUTORISATION DE TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS RELATIVE À LA PARTICIPATION AU *PROGRAMME QUÉBÉCOIS* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN 61

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 CARACTÉRISTIQUES DES OMNIPRATICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES LAVALLOIS AYANT REÇU AU MOINS UN RAPPORT DE MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE EN 2004-2005 (n_1=316), ET DE CEUX ÉCHANTILONNÉS (n_2=40) DANS CETTE ÉTUDE 9

TABLEAU 2 CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS (n=21) 11

TABLEAU 3 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS SELON LE MODÈLE PRECEDE-PROCEED..... 35

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AES	Auto-examen des seins
AMP	Activités médicales particulières
CCSR	Centre de coordination des services régionaux
CDD	Centre de dépistage désigné
CRID	Centre de référence pour investigation désigné
DRMG	Direction régionale de médecine générale
ECS	Examen clinique des seins
GMF	Groupe de médecin de famille
INCC	Institut national du cancer du Canada
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PQDCS	*Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
SI-PQDCS	Système d'information du *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

1 PROBLÉMATIQUE

Le cancer du sein vient au premier rang des cancers diagnostiqués chez les femmes au Canada et représente la seconde cause de décès par cancer, après le cancer du poumon (INCC, 2007). Les résultats de certaines études ont démontré que le dépistage pouvait réduire jusqu'à 40 % le taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans (Shapiro et coll., 1982).

Débuté en 1998, le *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS) invite par lettre personnalisée les femmes âgées entre 50 et 69 ans à passer une mammographie de dépistage tous les deux ans. Le PQDCS vise à obtenir et maintenir une participation de 70 % des femmes au programme. Cette participation est nécessaire pour atteindre l'objectif ultime du programme, soit une réduction de la mortalité par cancer du sein d'au moins 25 % (MSSS, 1996). Or, à Laval, le taux de participation au programme n'était que de 46, 2 % au 30 juin 2006 (INSPQ, 2006).

Les données sur les femmes participantes au PQDCS démontrent qu'un peu plus de 53 % d'entre elles ont adhéré au programme suite à une ordonnance de leur médecin (INSPQ, 2006) Le médecin traitant joue donc un rôle important auprès des femmes, tant au niveau de leur référence à la mammographie, que du soutien et du suivi de celles-ci en fonction du résultat obtenu. Ces rôles sont d'ailleurs définis au cadre de référence du programme (MSSS, 1996) ainsi que dans la trousse de formation des médecins de première ligne (MSSS, 1998).

La mise en place du programme a entraîné des changements à la pratique de ces médecins. Leurs rôles et leur contribution au bon fonctionnement du programme demeurent fondamentaux. C'est là que la présente étude sur la Perception des médecins de Laval face à leur rôle en prévention du cancer du sein et au *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS) trouve toute sa pertinence.

2 ÉTAT DES CONNAISSANCES

Les études sont nombreuses à suggérer que les médecins exercent une influence importante sur la participation des femmes au dépistage du cancer du sein. La recommandation des médecins peut entraîner une augmentation de quatre à douze fois l'usage de la mammographie chez leurs patientes (Bulliard et coll., 2005; Lemkau et Grady, 1998; Santé Canada, 2003). Cette augmentation est aussi observée chez des populations vulnérables comme les femmes provenant des minorités visibles et celles issues de niveaux socio-économiques plus bas (Beaulieu et coll., 1994; Manfredi et coll., 1998). En effet, la majorité des femmes se dit influencée par les conseils des médecins (Metsch et coll., 1998; Sharp et coll., 2005). Beaucoup d'entre elles souhaitent même que les médecins les aident à prendre la décision au sujet de l'utilisation de la mammographie (Chamot et coll., 2004).

Plusieurs facteurs sont identifiés dans la littérature comme des facilitateurs ou des barrières à la référence des femmes au dépistage du cancer du sein de la part des médecins. Ces facteurs sont particulièrement liés à certaines caractéristiques personnelles des médecins, à leur pratique médicale, à leurs connaissances, croyances et attitudes face au dépistage du cancer du sein, mais aussi à l'organisation des soins autour de cette problématique.

2.1 Caractéristiques personnelles et pratique médicale des médecins

Les résultats de plusieurs études permettent de croire que les femmes médecins et les médecins plus jeunes seraient plus nombreux à recommander la mammographie à leurs patientes et à leur faire l'examen clinique des seins (Bulliard et coll., 2005; Metsch et coll., 1998; Pham et coll., 2005; Symons et coll., 2002; Van Harrison et coll., 2003). De plus, les médecins seraient plus enclins à adopter de telles pratiques s'ils ont une clientèle composée majoritairement de femmes, s'ils détiennent des fonctions académiques, ou une spécialisation en obstétrique et en gynécologie, ou encore s'ils sont plusieurs médecins à traiter le même cas, ou à travailler dans une même clinique.

2.2 Connaissances des médecins

Selon certaines études, la connaissance des forces, des limites et des controverses liées aux tests de dépistage du cancer du sein favoriserait l'implication des médecins dans des pratiques préventives (Gorin et coll., 2000; Santé Canada, 2003; Sharp et coll., 2005). Selon d'autres études, les médecins adhèreraient à de telles pratiques lorsqu'ils connaissent les guides de pratique (Koutsavlis, 2001; Metsch et coll., 1998; Rossi et coll., 2004), et qu'ils sont convaincus de l'impact de leurs conseils sur les changements d'attitudes et de comportements de leurs patients (Bekker et coll., 1999; Lemkau et Grady, 1998).

Par contre, le manque de consensus dans la communauté médicale (Borduas et coll., 2002; Parochka et Paprockas, 2001), ainsi que l'existence de recommandations conflictuelles (Burak, 1989; Symons et coll., 2002) peuvent constituer des barrières importantes à la pratique préventive du cancer du sein de la part des médecins.

Selon deux études menées sur le PQDCS à Québec par Borduas et collaborateurs (2002), et Rossi et collaborateurs (2004), l'implication des médecins est largement influencée par la connaissance de ceux-ci des fonctions et structures de référence du programme (CDD, CRID). Leur implication est également facilitée lorsqu'ils perçoivent que les rôles des différents intervenants du programme sont clairement définis, et qu'ils sont assurés du suivi de leurs patientes, même en présence de tests anormaux.

2.3 Croyances et attitudes des médecins

Concernant les croyances et les attitudes des médecins, la littérature tend à indiquer qu'ils posent plus souvent des actes préventifs lorsqu'ils perçoivent la reconnaissance vis-à-vis de la prévention et de la continuité des soins de leurs collègues médecins et de la société en général (Borduas et coll., 2002; Hudon et coll., 2004; Rossi et coll., 2004). Ce même comportement est observé chez les médecins qui évaluent élevé le risque de cancer du sein (Bekker et coll., 1999), et qui croient en l'efficacité de la mammographie de dépistage (Burak, 1989; Koutsavlis, 2001).

De plus, lorsque les médecins perçoivent une attitude positive envers cette problématique de la part de leurs collègues de travail (Walsh et McPhee, 1992), et qu'ils sont renforcés par la satisfaction et par la motivation de leurs patientes, ils adhèrent plus facilement aux pratiques préventives (Grady et coll., 1996; St-Amour, 2000).

Les médecins sont aussi plus prédisposés à référer leurs patientes au dépistage du cancer du sein lorsqu'ils se sentent préparés pour les conseiller sur les risques de la maladie et des examens de dépistage (Lane et Messina, 1999), et qu'ils pensent détenir les habiletés nécessaires pour les motiver à y adhérer (Walsh et McPhee, 1992).

2.4 Organisation des soins

La littérature suggère que le manque de temps et le débordement des cliniques sont les facteurs les plus importants qui entravent les pratiques préventives chez les médecins (Gorin et coll., 2000; Parochka et Paprockas, 2001). Les résultats d'une étude menée à travers le Canada par Hudon et collaborateurs (2004) corroborent ceux des études antérieures et indiquent que même les médecins à salaire ne posent pas plus d'actes préventifs que leurs collègues des cliniques privées, en raison du débordement de travail. Par ailleurs, dans l'étude réalisée dans la région de Québec par Rossi et collaborateurs (2004), des médecins avouent manquer de temps pour présenter le PQDCS à leurs patientes.

Plus récemment, au Québec, avec le changement de la pratique médicale et l'instauration des activités médicales particulières (AMP), les médecins doivent travailler un certain nombre d'heures dans les cliniques d'urgence. Selon les résultats de la recherche menée par Borduas et collaborateurs (2002), un tel contexte de pratique se prête plus difficilement aux pratiques préventives, à la médecine familiale et au suivi des patients.

Certains éléments de l'organisation des soins peuvent contribuer à l'implantation des programmes de prévention. Ainsi, les médecins tendent à adhérer au dépistage du cancer du sein s'ils perçoivent que les règles ou les politiques du guide de pratique sont appropriées et faciles à actualiser, ou à adapter dans leur milieu de pratique (Burak, 1989; Koutsavlis, 2001).

La disponibilité des ressources, en personnel ou équipements, facilite également les actes préventifs des médecins. Ainsi, pour appuyer les activités de prévention, pour contacter les patientes, prendre un rendez-vous et faire des relances, la présence suffisante de personnel contribue de façon positive aux suivis des patientes dans l'ensemble du processus de dépistage du cancer du sein (Gorin et coll., 2000; Koutsavlis, 2001; Mandelblatt et Yabroff, 1999; Santé Canada, 2003). Selon Lepage (2005) tout contact avec la femme, que ce soit par lettre ou téléphone de la part de la réceptionniste du médecin traitant est aussi une stratégie dont l'efficacité est clairement démontrée.

Des outils adéquats facilitent également la référence des femmes aux mammographies de dépistage par les médecins. Plusieurs études suggèrent que les systèmes de rappel, soit par un programme informatisé, ou des notes insérées dans le dossier des patientes, favorisent des références plus systématiques des femmes aux mammographies de dépistage (Gaston et Moody, 1995; Grady et coll., 1997; Lemkau et Grady, 1998; Mandelblatt et Kanetsky, 1995). Les lettres d'invitation ou de rappel des femmes au dépistage du cancer du sein peuvent servir également de renforcement efficace si elles sont signées ou appuyées par leur médecin traitant (Gaston et Moody, 1995; Lepage, 2005; Sin et St-Leger, 1999). De plus, un système de suivi doit être mis en place pour permettre de mieux relancer les personnes

réfractaires déjà inscrites dans les programmes de dépistage du cancer du sein (McPhee et coll., 1993; Costanza et coll., 2000).

Les rapports de mammographie doivent être simplifiés et inclure les informations pertinentes pour assurer le suivi des patientes. Ainsi, ces rapports doivent comporter des numéros de téléphone permettant de référer les patientes lorsque des examens complémentaires s'avèrent nécessaires. Ils doivent aussi être accompagnés de rapports radiologiques et de recommandations de consultation et de suivi des patientes lorsqu'il y a des anomalies (Borduas et coll., 2002).

En conclusion, l'identification des facteurs liés aux connaissances des médecins, à leurs croyances et attitudes ainsi qu'à l'organisation des soins autour du dépistage du cancer du sein, permet de mettre en place des interventions efficaces pour favoriser l'adhésion de ces professionnels aux actes préventifs et augmenter le taux de participation des femmes aux mammographies (Mandelblatt et Yabroff, 1999; Metsch et coll., 1998). Ces interventions s'avèrent encore plus efficaces si elles sont multiples et visent également le personnel infirmier et clérical gravitant autour des médecins (Mandelblatt et Yabroff, 1999; Rossi et coll., 2004). Par ailleurs, les actes préventifs posés par les médecins obtiennent de meilleurs résultats lorsqu'ils sont appuyés par des stratégies promotionnelles visant les femmes, organisées sous la forme de campagnes médiatiques, de kiosques d'information et d'activités de sensibilisation (Lepage, 2005).

3 BUT ET OBJECTIFS DU PROJET

Le but et les objectifs de notre projet de recherche sont les suivants :

But

Augmenter le taux de participation des femmes lavalloises à la mammographie de dépistage.

Objectif général

Favoriser l'implication optimale des omnipraticiens et des gynécologues de Laval au PQDCS.

Objectifs spécifiques

- ✓ Connaître l'importance accordée au dépistage du cancer du sein par les répondants.
- ✓ Apprécier les perceptions du répondant de son propre rôle et de celui du PQDCS à l'égard de la prévention du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans.
- ✓ Définir les barrières et les facilitateurs à l'implication des médecins au PQDCS.
- ✓ Déterminer les stratégies et les outils facilitant l'implication des médecins au PQDCS.

Ultérieurement, les résultats de cette étude permettront aux responsables régionaux du programme de dépistage du cancer du sein d'élaborer des outils pour les médecins en s'appuyant sur les recommandations de ces derniers.

4 MÉTHODOLOGIE

4.1 Devis de l'étude

Afin d'atteindre les objectifs ciblés, nous avons procédé à :

- ✓ une analyse documentaire des publications et des présentations du PQDCS visant à raffiner notre compréhension sur ce programme;
- ✓ une revue de littérature portant sur le rôle du médecin en prévention du cancer du sein pour dégager des variables à mesurer et construire la grille d'entrevue; et
- ✓ l'administration d'entrevues individuelles semi-structurées auprès des participants.

4.2 Population cible et échantillonnage

L'échantillonnage a été effectué à partir de la population cible constituée par tous les omnipraticiens (300) et les gynécologues (16) de Laval ayant reçu au moins un rapport de mammographie de dépistage en 2004-2005. Dans un devis qualitatif, on reconnaît généralement que la saturation des données est atteinte autour d'une douzaine d'entrevues (Guest et coll. 2006*)*. En nous basant sur le taux de réponse d'environ 40 % obtenu dans une étude menée dans une région avoisinante (Borduas et coll., 2002), notre échantillon total s'élève à 40 médecins (tableau 1).

TABLEAU 1 CARACTÉRISTIQUES DES OMNIPRATICIENS ET DES GYNÉCOLOGUES LAVALLOIS AYANT REÇU AU MOINS UN RAPPORT DE MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE EN 2004-2005 (N1=316), ET DE CEUX ÉCHANTILONNÉS (N2=40) DANS CETTE ÉTUDE

Variables mesurées		Md receveur	Échantillon	
		n_1	n_2	%*
Sexe	Masculin	175	23	13,1
	Féminin	141	17	12,1
Spécialité	Omnipraticien	300	36	12,0
	Gynécologue	16	4	25,0
Lieu de pratique	Clinique médicale	197	24	12,2
	CLSC	49	7	14,3
	CH	44	4	9,1
	Cabinet privé	26	5	19,2
Années de pratique	1 à 14	87	8	9,2
	15 à 20	50	6	12,0
	21 à 30	111	15	13,5
	31 et +	68	11	16,2
Nbre de rapports de mammographie de dépistage reçus en 2004-2005	1 à 9	87	9	10,3
	10 à 24	68	8	11,8
	25 à 54	82	11	13,4
	55 et +	79	12	15,2

*% = n_2/n_1 x 100

Afin d'assurer la transférabilité des résultats, nous avons échantillonné en diversifiant les sites et les cas couverts par l'échantillon théorique (Golafshani, 2003; Laperrière, 1993). Un premier groupe de médecins a été choisi selon les particularités suivantes : avoir été responsable ou formateur pour le PQDCS, être président d'une association professionnelle, être sur la liste de médecins volontaires pour les femmes sans médecin de famille. Un deuxième groupe de médecins a été échantillonné selon les cinq critères

suivants : sexe, spécialité, lieu de pratique, nombre d'années de pratique et nombre de rapports de mammographie de dépistage reçus en 2004-2005 (tableau 1). Concernant ces deux derniers critères, nous avons établi des regroupements selon les quartiles. Les deux groupes de médecins échantillonnés ne présentent aucune différence statistiquement significative selon le test de Mann-Whitney ($p \geq .05$) sur les cinq critères mentionnés précédemment.

4.3 Instrument de mesure

Pour bâtir la grille d'entrevue, nous nous sommes basés sur quatre facteurs proposés dans le modèle Precede-Proceed de Green et Kreuter (1991, 2005), lesquels sont reliés au comportement d'une personne. Il s'agit des facteurs prédisposant, facilitant et de renforcement ainsi qu'environnementaux.

Appliquées aux paramètres du PQDCS (MSSS, 1996), les variables retenues dans notre étude sont les suivantes : (1) facteurs prédisposant : croyances et attitudes envers l'efficacité du dépistage du cancer du sein, connaissance des guides de pratique et des facteurs de risque; (2) facteurs facilitant : habiletés à motiver les patientes, présence d'outils et de stratégies efficaces (lettres d'invitation, de relance et de rappel aux deux ans, rapports normaux et anormaux envoyés aux femmes et à leur médecin); (3) facteurs de renforcement : réactions des patientes, réactions des collègues médecins; (4) facteurs environnementaux : suivis des rapports anormaux, services des centres désignés de Laval (annexe 1 : schéma d'entrevue).

4.4 Collecte des données

Une lettre a été envoyée aux médecins échantillonnés pour solliciter leur participation à notre projet à la fin d'août 2006 (annexe 2 : lettre de sollicitation). Entre septembre et décembre, de deux à six appels téléphoniques ont été faits pour chaque prise de rendez-vous.

Dans deux établissements[1], où nous avons obtenu deux réponses favorables sur les huit médecins échantillonnés, nous avons demandé aux participants à la fin de l'entrevue de nous aider à recruter leurs collègues échantillonnés pour notre projet. Grâce à leur collaboration, deux médecins supplémentaires ont accepté de nous accorder des entrevues.

Dans deux autres centres, malgré le refus catégorique des médecins à participer à tout projet de recherche, un contact personnel avec trois d'entre eux nous a permis d'obtenir leur participation.

Au total, 21 médecins ont été rencontrés pour une entrevue individuelle d'une durée variant entre 45 et 60 minutes. Elles ont été enregistrées après signature du formulaire de consentement du participant (annexe 3 : formulaire de consentement pour les médecins).

4.5 Analyses

La base de données sur les médecins a été traitée avec le programme SPSS/PC (2004). Nous avons obtenu des fréquences et réalisé des analyses non paramétriques afin de vérifier les différences entre les groupes de médecins et les variables mesurées.

Les entrevues enregistrées ont été transcrites pour assurer l'intégrité des données. Trois lectures préliminaires ont été faites pour acquérir une vue d'ensemble du matériel recueilli, en dégager le sens général et orienter les analyses subséquentes. Ces lectures ont permis de faire ressortir les principaux thèmes abordés et de les classifier en catégories et en sous-catégories selon des unités de sens (Mayer et Deslauriers, 2000; Miles et Huberman, 1994). Les analyses ont été assumées par les deux chercheures du projet afin d'assurer la validation inter-juges (Golafshani, 2003; Morin, 1993; Pourtois et Desmet, 1989).

[1] Le mot « Établissement » utilisé dans ce rapport peut représenter un établissement au sens de la Loi sur la santé et les services sociaux du Québec ainsi qu'une clinique ou un centre médical.

5 RÉSULTATS

Parmi les 40 médecins échantillonnés, deux n'étaient pas éligibles : un médecin a pris sa retraite, et un autre ne pratique plus comme médecin généraliste. Donc, avec un échantillon final de 38 médecins, nous avons eu 21 participants, soit un taux de réponse de 55,3 %. La sollicitation des participants, par des collègues travaillant dans le même établissement, a permis une augmentation de 13,2 % (5/38) sur le taux de réponse initial. Les résultats sont maintenant ici présentés.

5.1 Caractéristiques des répondants

Les données rapportées au tableau 2 indiquent que la majorité des répondants sont des hommes, médecins de famille, pratiquant depuis plus de 20 ans en clinique privée. Quant au nombre de rapports reçus en 2005, près de 40 % des participants en ont reçus 55 et plus. L'analyse avec le test de Mann-Whitney indique que les participants (n=21) ne sont pas significativement différents (p≥.05) des non participants (n=17) sur les variables mesurées, à l'exception du nombre d'années de pratique : les participants sont significativement plus nombreux à avoir plus de 20 ans de pratique que les non participants (80,9 % vs 41,2 %; p=.017).

TABLEAU 2 CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS (N=21)

Variables mesurées	n	%
Sexe		
Masculin	12	57,1
Féminin	9	42,9
Spécialité		
Omnipraticien	20	95,2
Gynécologue	1	4,8
Lieu de pratique		
Clinique médicale	13	61,9
CLSC	4	19,1
Hôpital	2	9,5
Cabinet privé	2	9,5
Années de pratique		
Moins de 14 ans	1	4,8
15 à 20 ans	3	14,3
21 à 30 ans	11	52,3
31 ans et plus	6	28,6
Nombre de rapports reçus en 2004-2005		
Moins de 9 rapports	3	14,3
10 à 24 rapports	5	23,8
25 à 54 rapports	5	23,8
55 rapports et plus	8	38,1

5.2 Perceptions du dépistage du cancer du sein par mammographie

Selon les données recueillies, les répondants sont unanimes à reconnaître que le dépistage est un moyen efficace pour réduire la mortalité par cancer du sein chez les femmes. Trois répondants soulignent toutefois l'existence d'études contradictoires qui suggèrent que la mortalité n'est pas affectée par le dépistage. Par contre, un répondant précise que la réduction de la mortalité est liée au taux de participation :

> *« Au niveau scientifique, ça été démontré que s'il y avait un dépistage adéquat qui touchait assez de monde, tu pourrais réussir à avoir des bénéfices valables là. Je ne me souviens pas du pourcentage, mais tu rejoins à peu près entre 60 et 70 % des gens là pour que tu puisses accomplir quelque chose de valable. »*

Près de la moitié des répondants (n=9) se disent à l'aise avec le groupe d'âge recommandé par le PQDCS parce que l'incidence de cette maladie est élevée dans ce groupe d'âge : « *c'est le groupe d'âge le plus rentable* ».

Dix autres répondants mentionnent qu'ils sont plus ou moins à l'aise avec le groupe d'âge recommandé. Parmi ceux-là, trois tendent de prescrire la mammographie aux femmes avant l'âge de 50 ans, quatre continuent de le faire après l'âge de 69 ans, et les trois derniers adoptent ces deux types de pratique. Les raisons avancées sont les suivantes :

concernant les prescriptions avant l'âge de 50 ans :

- ✓ les recommandations ne sont pas claires pour les 40 à 49 ans;
- ✓ les médecins américains commencent plus tôt;
- ✓ l'incidence du cancer du sein est élevée entre 40 et 50 ans;
- ✓ certaines femmes anxieuses ou préoccupées leur demandent de commencer la procédure plus tôt.

concernant les prescriptions après l'âge de 69 ans :

- ✓ la femme est en santé;
- ✓ le pronostic de vie est supérieur à dix ans;
- ✓ la recrudescence du cancer du sein après 70 ans.

Deux répondants avouent ne pas être à l'aise avec le groupe d'âge recommandé : le premier mentionne qu'il « *a pris pour acquis que c'est à partir de 40 ans* »; le deuxième souligne que l'incidence est élevée entre 45 et 50 ans et que l'espérance de vie des femmes est présentement supérieure à 80 ans.

Malgré ce qui précède, la plupart des répondants prescrivent la mammographie de dépistage avant l'âge de 50 ans en présence d'antécédents familiaux, surtout ceux du premier degré, ou lors de doutes à l'examen clinique des seins. Un répondant indique le faire de façon systématique aux patientes qui suivent une hormonothérapie.

Par ailleurs, deux répondants indiquent que leurs patientes âgées de moins de 50 ans ont de la difficulté à obtenir des mammographies de dépistage gratuites, même si elles ont des antécédents familiaux.

Bien que les répondants recommandent cet examen à leurs patientes âgées entre 50 et 69 ans à tous les deux ans, ils la prescrivent plus fréquemment pour les raisons suivantes (un répondant peut donner plusieurs réponses) :

- ✓ histoire familiale (n=10);
- ✓ symptômes, lésions anomalies (n=4);
- ✓ inquiétudes des femmes (n=4);
- ✓ doutes à l'examen clinique des seins (n=3);
- ✓ seins plus denses chez certaines femmes (n=3).

Concernant les femmes ayant des seins plus denses, un répondant souligne qu'il apprécierait recevoir des recommandations claires du PQDCS sur la fréquence de prescription de la mammographie :

> *« Peut-être qu'il y a des femmes qui mériteraient d'avoir des mammographies annuelles entre 50 et 55 ans parce qu'on sait que leurs seins sont plus denses, plus jeunes. S'il y a une néoplasie, le délai de 2 ans est trop, alors ça je ne sais pas, ce n'est pas moi qui va prendre cette décision là, mais j'aimerais certainement que les gens du programme se penchent sur cette question là. »*

Par ailleurs, de l'avis d'un répondant, le Collège des médecins du Québec et le MSSS devraient prendre position par rapport aux augmentations mammaires dont la popularité est croissante dans notre société. Selon lui, le dépistage du cancer du sein devient plus difficile à la suite de telles opérations aussi ces organismes devraient sensibiliser les femmes à cet égard.

5.2.1 Réactions des patientes face à la prescription de la mammographie de dépistage

La majorité des répondants indique que la réaction de leurs patientes est positive face à la prescription de la mammographie de dépistage. Trois d'entre eux mentionnent qu'on retrouve une telle réaction chez 95 % et plus de leurs patientes. Un répondant précise toutefois que la première mammographie est plus facile à prescrire, alors que les suivantes peuvent s'avérer plus délicates en raison des douleurs ressenties lors des examens précédents.

Les répondants expliquent les réactions positives de leurs patientes par le fait qu'elles sont informées (n=3), sensibilisées (n=2), conditionnées (n=1) et qu'il existe beaucoup de campagnes médiatiques et d'activités mises en place à ce sujet, comme les marches, le ruban rose, le ruban rose sur les 25 sous (n=2).

Par contre, leurs patientes peuvent aussi manifester les réactions négatives suivantes (un répondant peut donner plusieurs réponses) :

- ✓ douleurs, inconfort (n=12) [surtout si les seins sont volumineux, globuleux, glandulaires ou denses (n=3)];
- ✓ ne veut rien savoir de l'examen (n=8);
- ✓ peur des résultats (n=5) [le cancer étant encore l'équivalent de la mort (n=2)];
- ✓ peur des rayons X (n=3);
- ✓ augmente les chances d'avoir le cancer (n=3);
- ✓ difficultés à obtenir des rendez-vous (n=2);
- ✓ manque de temps (n=2);
- ✓ doute par rapport à l'utilité de l'examen (n=2);
- ✓ anxiété par rapport à l'examen (n=2);
- ✓ examen gênant, intimidant, dérangeant (n=2);
- ✓ mauvaises expériences antérieures (n=2);
- ✓ négligence (n=1).

Devant la réticence des patientes, les répondants indiquent qu'ils utilisent les approches persuasives suivantes :

- ✓ ils les sensibilisent à l'importance du dépistage car la détection d'une lésion précoce augmente les chances de guérison et de survie;
- ✓ ils leur indiquent que la mammographie est une méthode efficace, qu'elle détecte mieux que l'examen clinique des seins, et que les machines causent moins de douleurs de nos jours;
- ✓ ils les rassurent que l'examen est aux deux ans et qu'il ne dure pas longtemps : *« Alors quand je leur parle que c'est 5 minutes pour 700 jours, elles partent à rire »*;
- ✓ ils les encouragent en reconnaissant l'inconfort, la gêne, l'angoisse de l'attente, et certains répondants féminins parlent aussi de leur vécu personnel;
- ✓ ils suggèrent aux plus anxieuses de prendre un calmant une heure avant l'examen;
- ✓ ils font du renforcement en offrant la mammographie aux réfractaires à chaque visite médicale.

5.2.2 Endroits habituels de référence pour les mammographies de dépistage

Les répondants réfèrent leurs patientes aux CDD situés près de leurs bureaux de consultation. Le choix revient principalement aux patientes selon leur lieu de résidence. Les répondants sont plus nombreux à connaître deux des quatre CDD lavallois, c'est-à-dire, ceux étant désignés par le PQDCS depuis 1998. Par ailleurs, les éléments suivants ont émergé lors des entrevues :

- ✓ trois répondants mentionnent qu'ils connaissent l'existence de trois CDD seulement à Laval;
- ✓ deux répondants envoient régulièrement leurs patientes dans un CDD ailleurs qu'à Laval, car ce sont les mêmes radiologistes, et que les rendez-vous sont plus rapides;
- ✓ un répondant dont le bureau est situé au centre de Laval souligne qu'il possède les « pads » de prescription de deux CDD et non des autres;
- ✓ un répondant indique envoyer directement au CRID de Laval toutes les patientes qui craignent la douleur.

Les répondants disent recevoir en général de bons services des quatre CDD lavallois.

Par contre, différents problèmes ont été soulevés au niveau des CDD lavallois :

- ✓ cinq répondants indiquent que les rendez-vous sont très difficiles à obtenir à un CDD :

  « Ils ne sont pas rejoignables. J'ai énormément de plaintes. J'ai même parlé à un moment donné à l'administration là-bas : incapable d'avoir la ligne, avoir la ligne et se faire dire rappeler dans trois semaines. Les femmes sont actives, elles ont souvent un travail… elles n'ont pas le temps d'appeler 15 fois. »

- ✓ un autre répondant ajoute que la participation des femmes au PQDCS augmenterait si tout le processus de prise de rendez-vous était plus facile et plus rapide; il suggère donc de trouver des solutions pour le rendre plus efficace.
- ✓ quatre répondants mentionnent que leurs patientes ont eu des problèmes avec des technologues qui leurs ont fait une mauvaise réception, les ont brusquées ou leurs ont infligé des ecchymoses.
- ✓ deux répondants soulignent que leurs collègues et eux-mêmes reçoivent récemment beaucoup de résultats positifs suite aux mammographies.

5.2.3 Estimations des répondants sur la participation de leurs clientes au PQDCS

Tous les répondants se disent surpris et certains même déçus du faible taux de participation des femmes lavalloises au PQDCS. Tous sont convaincus que le taux de participation de leurs clientes au PQDCS dépasse celui de Laval (46,2 %); trois d'entre eux avancent des chiffres variant entre 60 et 90 % :

> *« 90 % des patientes sont déjà enregistrées. C'est pour ça… je suis surpris de vos statistiques. Je suis surpris parce que ce n'est pas mon expérience avec ma clientèle. J'ai beaucoup de patientes, puis je leur parle de ça, puis elles sont déjà enregistrées. »*

Cinq répondants affirment que les médecins de leur établissement réfèrent majoritairement leur patientes pour des mammographies de dépistage.

Deux répondants expliquent d'ailleurs la participation de leurs patientes au PQDCS par leurs caractéristiques sociodémographiques :

> *« Je n'ai pas beaucoup de patients qui sont sur le bien-être social. Ce sont tous des travailleurs autonomes, des professeurs. … Ce sont des gens qui sont sensibilisés à la santé fait que c'est pour ça que j'ai l'impression que ma clientèle c'est une bonne clientèle. »*

5.2.4 Raisons du faible taux de participation des femmes au PQDCS

Les répondants trouvent difficile d'expliquer le faible taux de participation des femmes au PQDCS à Laval. De l'avis d'un répondant : « *Laval est quand même une population habituellement assez ouverte à ce niveau-là* ». De plus, de l'avis d'un autre répondant, les groupes ethniques résidant à Laval, qui sont majoritairement grecs et anglophones, tendent à être plus favorables aux mammographies de dépistage que les francophones ou que certains groupes ethniques et religieux vivant à Montréal.

Les répondants tentent d'expliquer le faible taux de participation des femmes au PQDCS par les raisons suivantes :

- ✓ les femmes qui ne participent pas au PQDCS seraient essentiellement parmi celles qui n'ont pas de médecin de famille (n=5);
- ✓ certaines mammographies ne seraient pas inscrites au PQDCS (n=1);
- ✓ l'accès aux médecins est plus difficile et leur pratique est en évolution. *D'une part,* en raison des activités médicales particulières (AMP), certains médecins voient leurs patientes dans les cliniques d'urgence. Dans ce contexte, ils prennent en considération le problème médical le plus urgent, et ne peuvent se permettre de se préoccuper des examens de dépistage. *D'autre part,* en raison de ce type de pratique, certains médecins ferment leurs bureaux de consultation et réfèrent leurs patients aux spécialistes qui tendent à ne pas assumer la charge des examens de dépistage, dont la mammographie (n=2);
- ✓ « *l'incident du centre X* », où des milliers de films ont dû être relus, a causé du tort aux efforts déployés par les médecins pour promouvoir le dépistage du cancer du sein. Cet évènement pourrait contribuer au faible taux de participation des femmes au PQDCS (n=4).

Dans le but de mieux expliquer le faible taux de participation au PQDCS, il a été suggéré :

- ✓ il serait important de connaître les raisons qui amènent les femmes à être réticentes aux mammographies de dépistage (n=3);
- ✓ il serait pertinent de suivre les différentes procédures mises en place par le PQDCS et d'examiner les failles qui pourraient exister à chacune des étapes (n=1) :

  « Je ne sais pas si statistiquement vous pouvez voir dans la chaîne de référence (les raisons) : Est-ce que… les médecins n'en parlent pas à leurs patientes ? Est-ce qu'elles ne reçoivent pas la lettre ? Est-ce qu'elles reçoivent la lettre, et qu'elles ne prennent pas de rendez-vous ? Elles ne se rendent pas à la mammographie ? Elles ont mal et elles n'y retournent plus ? Pourquoi? »

Un répondant nous fait remarquer que cela prendrait possiblement 20 ans avant de pouvoir atteindre le taux de participation des femmes que nous visons dans le PQDCS. À ses yeux, le PQDCS à Laval est dans son ensemble, un programme structuré et très efficace.

5.3 Perceptions de l'examen clinique des seins

Selon les données recueillies, les répondants font tous l'examen clinique des seins (ECS) à leurs patientes : un peu plus de la moitié (n=13) déclarent le faire annuellement; environ le tiers (n=6) d'entre eux soulignent le faire entre un et deux ans car ils ont de moins en moins de disponibilité et se voient contraints de fixer présentement leurs rendez-vous médicaux aux deux ans. Les autres répondants (n=2) mentionnent le faire à chaque visite de leurs patientes.

Certains répondants soulignent qu'ils examinent cliniquement les seins de leurs patientes plus fréquemment que mentionné précédemment lorsqu'ils sont en présence des conditions suivantes (à noter qu'un répondant peut donner plusieurs réponses) :

- ✓ bosses, anomalies, malaises ou inquiétudes (n=6);
- ✓ facteurs de risques familiaux (n=1);
- ✓ prise d'anovulants (n=1);
- ✓ hormonothérapie (n=1).

Quant à l'âge du début de l'ECS, quatre répondants indiquent que c'est entre 30 et 35 ans, un répondant, vers 40 ans et un autre, vers 50 ans. Comme l'a souligné un répondant : « *Il n'y a pas de « guidelines » clairs, en tout cas, moi je ne les connais pas* ».

Un répondant avoue que cet examen est plus délicat à pratiquer de nos jours entre autres, à cause de la gêne de certains médecins ou du malaise des femmes.

Bien qu'ils reconnaissent la pertinence de l'ECS, trois répondants expriment aussi leurs doutes quant à la sensibilité de cet examen :

> *« Ce n'est pas si évident que ça de faire un bon examen du sein, puis de trouver quelque chose. »*

5.4 Perceptions de l'auto-examen des seins

Sans être spécifiquement un sujet abordé à l'entrevue, plus de la moitié des répondants (n=11) soulèvent la question de l'auto-examen des seins. Ils soulignent les informations contradictoires à ce sujet. En effet, certaines études ne recommandent plus cette pratique mais les médecins signalent que la Fondation du cancer du sein du Québec continue à en faire la promotion et suggère de la débuter dès l'âge de 15 à 16 ans, et l'Université de Montréal, dans une mise à jour récente sur le dépistage du cancer du sein, recommande également aux étudiants en médecine d'enseigner cet examen aux femmes. De telles contradictions rendent difficile la pratique clinique des médecins et s'avèrent très confondantes pour leurs clientes :

> *« Vous savez… à un moment donné, on disait que c'était très bon, à un autre, on disait qu'il ne fallait pas le faire. Je ne sais plus trop comment l'orienter. »*

Deux répondants ont cessé d'enseigner l'auto-examen des seins car :

- ✓ un n'a pas obtenu les résultats escomptés auprès de ses patientes, et qu'en plus, la littérature ne reconnaît pas l'efficacité de cette pratique;
- ✓ un autre tenait à se conformer aux données probantes.

Par contre, les neuf autres répondants sont en désaccord ou se sentent inconfortables de ne plus enseigner l'auto-examen des seins aux patientes. Ils continuent donc à le faire, en précisant que : *d'une part*, cette pratique aide les femmes à développer une mémoire tactile susceptible de leur faciliter la détection des lésions ou des bosses; et *d'autre part,* cette pratique encourage les femmes à prendre leur santé en main, les conscientise au dépistage du cancer du sein et favorise leur adhésion au PQDCS :

> *« Ça arrive combien de fois que les femmes viennent nous voir parce qu'elles ont trouvé une bosse… et moi, quand je fais affaire à une patiente, c'est cette patiente là, c'est ses seins… c'est sa santé. Je pense qu'il faut sensibiliser les gens, qu'elles s'auto-examinent, puis, qu'on les examine une fois par année. Je pense qu'on les rend plus conscientes que c'est important et la mammo, à ce moment-là, devient un outil naturel de continuité. »*

Parmi ces neufs répondants qui continuent d'enseigner l'auto-examen des seins :

- ✓ un répondant le conseille aux femmes dès l'âge de 35 ans;
- ✓ un autre précise que son enseignement est adapté au degré d'anxiété des patientes;
- ✓ trois souhaitent recevoir un outil, sous une forme écrite ou visuelle pour renforcer leur enseignement. L'un d'entre eux précise qu'il le distribuerait aux jeunes femmes qui débutent leur contraception ou aux patientes à risque élevé pour le cancer du sein.

5.5 Perceptions des lettres envoyées aux femmes par le PQDCS

5.5.1 Perceptions des médecins

Les répondants approuvent unanimement l'envoi des lettres d'invitation aux femmes : elles sensibilisent leurs patientes à la problématique du cancer du sein, leur permettant de faire seulement du renforcement et de la relance dans leur bureau. Quatre répondants soulignent l'utilité de ces lettres pour les femmes qui n'ont pas de médecin de famille :

> *« La lettre d'invitation c'est très, très bien parce que ça permet de solliciter des gens qui n'ont pas nécessairement de médecin de famille. Comme à Laval, il y a beaucoup de femmes malheureusement qui ne sont pas capables de se trouver de médecin de famille, puis qui vont au moins passer leur mammo, je pense que c'est très, très utile. »*

Quatre répondants mentionnent l'importance de la lettre de rappel aux deux ans car selon eux, les patientes n'y pensent plus, et les médecins peuvent ainsi se fier au PQDCS pour un suivi rigoureux.

Un répondant s'interroge sur la date d'envoi de cette lettre de rappel puisque ses patientes disent ne pas la recevoir à leur date d'anniversaire.

Un répondant suggère que si on veut que la mammographie de dépistage devienne un examen de routine aux deux ans, le PQDCS devrait tenir compte des délais engendrés par la prise de rendez-vous aux CDD, et réviser la fréquence à laquelle il envoie les lettres de rappel aux femmes.

5.5.2 Réactions des patientes face aux lettres

La majorité des répondants dit que leurs patientes réagissent favorablement aux lettres d'invitation et de rappel.

> *« Cela renforcit leur détermination à aller chercher leur mammographie. »*

Quatre répondants précisent toutefois que certaines de leurs patientes attendent leur rendez-vous médical pour en discuter avec eux, et pour :

- ✓ obtenir plus de détails sur la démarche à entreprendre;
- ✓ comprendre la différence entre la prescription du médecin et les lettres du PQDCS;
- ✓ recevoir l'assentiment ou les encouragements de leur médecin;
- ✓ s'assurer du suivi de leur médecin même si elles participent au PQDCS.

Un répondant souligne que ces lettres apportent de la confusion chez des patientes qui ont déjà passé leur mammographie suite à une prescription médicale :

> *« Elles reçoivent une première lettre, ensuite une deuxième lettre, (qui est) une lettre de rappel et là elles disent : bon, qu'est-ce que je fais là. J'ai déjà eu ma mammographie. Qu'est-ce que je dois faire ? Moi je leur dis de communiquer pour leur dire que vous êtes prise en charge par un médecin de famille. »*

La majorité des répondants trouve que leurs patientes apprécient la réception de la lettre de résultats, surtout si elle annonce la normalité des résultats. Un seul répondant avoue ignorer l'existence d'une telle lettre.

Concernant la lettre annonçant des résultats anormaux, trois répondants spécifient qu'un décalage de 10 à 15 jours entre l'envoi du rapport aux médecins et l'envoi de la lettre aux patientes s'avère nécessaire. En effet, les médecins peuvent être débordés, partir en vacances, ou assister à des congrès, et ne pas avoir eu le temps d'ouvrir leur courrier pour répondre adéquatement aux inquiétudes de leurs patientes :

> *« Si le médecin est absent lui, pendant 10 jours, et il revient de vacances ou d'un congrès ou quoi que ce soit là, il revient puis la dame est à l'autre bout de la ligne parce qu'elle a reçu son résultat, elle s'inquiète, puis le médecin ne sait pas de quoi elle parle…. Ce sont des situations délicates parce que les patientes deviennent très angoissées, …c'est sûr qu'elles voient le pire hein, c'est une lésion donc hop, j'ai le cancer. »*

5.5.3 Contenu des lettres

Bien que la majorité des répondants trouve le contenu des lettres adéquat, un répondant questionne la clarté des instructions. En effet, il souligne que la majorité de ses clientes ne prend pas de rendez-vous pour leur mammographie à la réception des lettres d'invitation ou de rappel aux deux ans, et il se voit obligé de leur donner des prescriptions médicales :

> *« Quand elles reçoivent la lettre, je trouve qu'elles ne réagissent pas toutes favorablement à faire la démarche…. Est-ce que c'est parce que c'est compliqué les instructions ? Est-ce qu'il y a une façon simple pour eux de prendre rendez-vous pour la mammo ? Je ne le sais pas. Il y a quelque chose à explorer là, parce que oui, ça arrive encore souvent qu'elles ne sont pas allées, puis que c'est moi qui fais la demande. »*

Bien que les autres répondants n'aient pas de commentaires sur la forme ou le contenu de la part de leurs patientes, certains d'entre eux apportent quand même les suggestions suivantes à la lecture de la lettre d'invitation :

- ✓ la simplifier (n=3);
- ✓ la raccourcir (n=1);
- ✓ la présenter comme une prescription et non comme une information publicitaire (n=1);
- ✓ spécifier que le programme est endossé par tous les médecins du Québec :

> *« Ça pourrait être soulevé tout de suite dans la lettre, dire que ce n'est pas une intrusion, et que les médecins du Québec sont d'accord avec ce programme.* »

Par ailleurs, deux répondants mentionnent qu'à la lecture de la lettre de rappel aux deux ans, leurs patientes tendent à leur poser les questions suivantes :

- ✓ si elles doivent obtenir une prescription de leur médecin pour prendre le rendez-vous;
- ✓ si elles vont continuer avec leur médecin pour le dépistage du cancer du sein ou si elles vont être prises en charge par le programme.

5.6 Perceptions du formulaire d'autorisation de transmission de renseignements relative à la participation au PQDCS

5.6.1 Connaissance et utilité du formulaire par les médecins

Environ la moitié des répondants (n=11) avouent ne pas connaître le formulaire (annexe 4 - formulaire d'autorisation de transmission de renseignements). Un répondant ne donne pas de réponse. Les autres répondants (n=9) disent le connaître.

Selon ceux qui connaissent le formulaire, il est utile pour les raisons suivantes (un répondant peut donner plusieurs réponses) :

- ✓ produire différentes statistiques sur la population cible [% de femmes dépistées, % de mammographies normales ou anormales, caractéristiques des femmes atteintes du cancer du sein] (n=4);
- ✓ évaluer le coût-efficacité du dépistage (n=3);
- ✓ permettre le suivi et le rappel des femmes aux deux ans (n=3);
- ✓ permettre la transmission des résultats aux médecins et aux patientes (n=2);
- ✓ informer les femmes sur les objectifs du programme et solliciter leur participation (n=1).

Deux répondants pensent que les femmes signent ce formulaire uniquement lors de leur première mammographie.

Deux répondants questionnent l'utilité de ce formulaire. Le premier répondant souligne que le fait qu'une femme de ce groupe d'âge se présente à une mammographie de dépistage équivaut à un consentement tacite concernant sa participation au PQDCS; l'autre répondant considère que cela traduit l'utilisation abusive de démarches légales au Québec.

> *« … à vrai dire si on regarde le…, ne serait que le projet SIRIL à Laval y'a eu 3 personnes qui ont demandé à être exclues du projet sur toute la population qui était impliquée, or cette saga des*

> *consentements qu'en à moi ça fait plaisir aux avocats, ça faire plaisir à maître chose et autre maître chose ça les fait travailler mais y'a une perte de temps et on va plus mettre dans le cerveau des patients qui y'a peut-être quelque chose de pas correct puisqu'on me fait signer un papier… ».*

5.6.2 Réactions des patientes face au formulaire

Selon la majorité des répondants, leurs patientes consentantes à signer le formulaire n'ont pas l'impression que le programme les prend en charge, à la place de leur médecin. Trois répondants ajoutent qu'une telle interprétation a possiblement été faite les premières années après la mise en place du programme, mais que ce doute s'est dissipé avec les années.

Certains répondants donnent les informations suivantes pour tenter d'expliquer pourquoi leurs patientes ne veulent pas signer le formulaire :

- ✓ elles ne veulent pas que leurs informations personnelles circulent (n=2);
- ✓ elles ont l'impression de « *servir de cobayes* » pour des études (n=1);
- ✓ elles ne désirent pas être suivies, et devoir passer une mammographie aux deux ans (n=1);
- ✓ elles ont peur de se faire avoir (n=1).

Face à la réticence de leurs patientes, nos répondants essaient de les persuader des avantages de signer le formulaire :

- ✓ assurer la participation des femmes appartenant au groupe d'âge ciblé (n=1);
- ✓ favoriser un meilleur suivi (n=1);
- ✓ assurer un suivi adéquat aux patientes en cas de maladie ou d'arrêt de travail de leur médecin (n=1);
- ✓ faciliter la réception des rapports pour la patiente et son médecin (n=1);
- ✓ faciliter le rappel aux deux ans (n=1).

Toutefois, lorsque les femmes refusent de signer le formulaire, quatre répondants disent ne pas connaître les conséquences d'un tel geste. La majorité croit que les réfractaires ne font plus partie du PQDCS, c'est-à-dire qu'elles ne reçoivent plus les lettres d'invitation, de relance, de rappel ou de résultats. Certains répondants pensent que les conséquences sont seulement partielles, soit :

- ✓ les patientes reçoivent quand même les résultats de leur mammographie et leur lettre de rappel aux deux ans (n=1);
- ✓ les patientes reçoivent seulement les résultats de leur mammographie (n=1);
- ✓ les patientes ne reçoivent pas les résultats de leur mammographie (n=1);
- ✓ les patientes ne reçoivent pas leur lettre de rappel aux deux ans (n=2);
- ✓ aucune statistique ne sera compilée (n=1).

Un répondant se demande si le PQDCS peut aviser les médecins lorsque leurs patientes refusent de participer au programme afin que ceux-ci puissent faire du renforcement et les sensibiliser à l'utilité d'une telle signature.

5.6.3 Contenu du formulaire

À la lecture de ce formulaire, deux répondants suggèrent de le simplifier. Le premier répondant le trouve « *long et un peu rébarbatif* », et le deuxième, dense et lourd à lire :

> *« … avec le niveau d'éducation de certaines de mes patientes, sans être méchante pour elles, je le trouve lourd à lire, il est dense… j'ai des patientes dans ma tête et je me dis que je ne suis pas sûre qu'elles ont le goût de lire tout ça.* »

Un répondant indique qu'il s'attend à ce que les techniciens des CDD donnent aux patientes des explications verbales sur les principales informations contenues dans ce formulaire avant de solliciter leur signature.

5.7 Suivi des mammographies de dépistage

5.7.1 Suivi des répondants au rapport de la mammographie de dépistage

Lors de la réception de rapports indiquant des résultats normaux, la majorité des répondants (n=16) ne fait aucun suivi auprès de leur patientes : la plupart soulignent que leurs patientes sont aussi avisées par une lettre provenant du PQDCS. Un répondant précise qu'il appelle ses patientes lui-même. Un autre mentionne qu'il délègue cette tâche à sa secrétaire. Deux répondants indiquent qu'ils ne reçoivent pas toujours les rapports des résultats : aussi demandent-ils à leurs patientes de les appeler 15 à 30 jours après avoir passé leur mammographie.

Un troisième répondant ne se souvient plus s'il reçoit les rapports du PQDCS. Lorsqu'il est mis au courant par ses patientes, habituellement il fait la demande au CDD où les mammographies ont été prises.

Quant à la réception des résultats anormaux, la majorité des participants appelle personnellement leurs patientes. Un seul répondant mentionne que la tâche peut être faite par lui ou par sa secrétaire. Trois autres précisent qu'ils font venir les patientes dans leur bureau de consultation pour faire l'examen clinique de la zone anormale.

Les répondants indiquent qu'ils appellent leurs patientes principalement pour leur donner de l'information, et les rassurer. Certains leur fournissent des détails additionnels sur la mammographie pour dédramatiser ces résultats anormaux :

> *« Écoutez, je ne vous annonce pas que vous avez quelque chose de si grave que ça, je vous annonce qu'il y a quelque chose qui mérite qu'on aille un peu plus loin dans l'investigation… »*
>
> *« Je leur dis : Écoutez une mammographie là, ce n'est absolument pas précis... Vous savez, c'est une photo floue, en deux dimensions d'une réalité en trois dimensions… »*

Pour permettre aux médecins traitants d'assurer un meilleur suivi auprès de leurs patientes, les remarques suivantes sont apportées :

- ✓ la nécessité de vérifier le destinataire lors de l'envoi des rapports pour éviter des erreurs dans le cas où deux médecins lavallois portent le même nom de famille;
- ✓ lorsque la patiente est suivie par deux médecins, soit un omnipraticien et un gynécologue, le rapport de la mammographie doit être envoyé aux deux médecins;
- ✓ la nécessité de réintégrer la patiente dans les procédures du PQDCS à la suite d'une mammographie anormale, mais accompagnée d'un contrôle normal;

5.7.2 Contenu du rapport de la mammographie de dépistage

Trois répondants soulignent que le rapport est écrit en petits caractères, comporte trop d'abréviations et n'est pas assez détaillé. Ils suggèrent des rapports schématisés ou accompagnés du rapport radiologique dicté des patientes :

> *« Je sais que c'est un rapport informatisé provincial… Mais, sont-ils capables de nous faire un schéma du sein pour nous dire : c'est là qu'il y a quelque chose qui ne va pas! Pour que ce soit plus facile… Quand je lis le rapport, des fois je me dis : l'ont-ils vu supéro externe, supéro interne, où est-ce qu'ils l'ont vu ? Ils nous parlent des diverses incidences, puis ils mettent des abréviations, puis ça, j'avoue qu'ils pourraient optimiser. »*
>
> *« Si tu n'as pas le rapport (radiologique dicté) de la mammographie en même temps, c'est ennuyeux. Et, ils n'arrivent pas toujours tous en même temps. Si tu as la fameuse lettre qui dit : Lésion unique, sein droit, suggestion référence. Ça ne me dit pas … Par contre, si j'ai le rapport (radiologique dicté) de la mammographie en même temps, c'est beaucoup plus facile pour moi. Là, je peux voir ce qu'il veut dire par la lésion unique. Alors, si je m'inquiète, ou si je ne m'inquiète pas… C'est correct qu'ils ne mettent pas tout (dans le rapport informatisé), mais quand tu reçois juste ça, il manque quelque chose. »*

Le tiers des répondants (n=7) trouve le libellé des rapports concernant les examens complémentaires ambigu. En effet, lorsque les radiologistes recommandent des agrandissements ou indiquent qu'une échographie sera faite si la patiente accepte, ils ne donnent pas de suivi sur leurs démarches :

> *« C'était marqué, mettons agrandissement à faire, bon, comme c'était eux qui ont fait les clichés, je me suis dit, ils vont faire les agrandissements. Puis, j'avais classé le résultat… Six mois après, je la revois (la patiente) en examen. Je lui dis : qu'est ce qui est arrivé avec l'agrandissement ? Elle dit : je n'ai pas eu de nouvelle. Oups, ça n'a pas été fait les agrandissements. Il aurait fallu que moi je prescrive les agrandissements, ça là, ce n'était vraiment pas clair. »*

Les répondants se voient donc dans l'obligation d'appeler leurs patientes pour vérifier. Celles-ci reçoivent donc deux appels, de la radiologie et du bureau de leur médecin. Ce dédoublement de travail est lourd pour des médecins dont les agendas sont déjà surchargés et surtout stressant pour les femmes qui vivent déjà beaucoup d'anxiété en raison de l'examen complémentaire :

> *« C'est écrit sur le rapport : on va rappeler la patiente; si on rejoint la patiente, on va faire l'examen complémentaire…. Je ne le sais pas moi, si elle a été rejointe ou pas. Je rappelle la patiente, alors elle reçoit deux appels. Là, là, ça la stresse là, quand elle reçoit deux appels : ah bon, ça doit être sérieux là, deux qui m'appellent, là, le stress monte. »*

5.7.3 Procédures des CDD concernant les examens complémentaires

Selon les répondants, les procédures ne sont pas uniformes d'un CDD à un autre. Deux CDD de Laval ne font pas de suivi directement auprès des femmes. Dans un autre, les procédures de prescription des examens complémentaires sont directes : les patientes sont rappelées, les rendez-vous leurs sont donnés pour des examens complémentaires et le tout sans consulter leur médecin traitant. Par contre, dans un troisième CDD, seules les échographies sont prescrites par les radiologistes, sans consulter les médecins traitants.

Malheureusement, ces différentes procédures ne sont pas connues de certains répondants, ce qui entraîne, comme mentionné ci-dessus, *d'une part,* un grand nombre de contacts téléphoniques de la part des médecins traitants pour s'assurer qu'un suivi adéquat soit fait auprès de leurs patientes, et *d'autre part,* beaucoup d'anxiété des patientes qui reçoivent des appels de deux sources, la radiologie et le bureau de leur médecin.

Un répondant souligne la nécessité d'harmoniser les lignes directrices entre les différents centres radiologiques, incluant ceux qui ne sont pas des CDD, afin de faciliter le suivi médical des patientes dans le dépistage du cancer du sein :

> *« Des fois, les gens reviennent de différentes radiologies, pas nécessairement des centres de dépistage, avec des recommandations du radiologiste qui sont différentes des recommandations officielles. Donc, comment on se débrouille dans tout ça ?... il y a même des centres où mes patientes vont, ils font des mammographies, des échographies, puis ils nous envoient le rapport, mais ça ne fait pas partie du programme de dépistage. Ça vient mélangeant parce qu'on dirait qui a autant de lignes directrices que de spécialistes des fois. »*

De l'avis de cinq répondants, les CDD devraient assumer l'ensemble du processus d'imagerie avant de faire le suivi auprès du médecin traitant :

> *« Quand je prescris une mammographie, tant que le radiologiste n'est pas satisfait de l'examen, qu'il aille jusqu'au bout… qu'il m'envoie à la fin (un rapport) : à la fin du processus d'imagerie, je peux vous dire que votre patiente peut dormir sur ses oreilles pour les 2 prochaines années, ou il faut contrôler dans 6 mois ou dans 1 an. Mais faire… tout le processus d'imagerie, ce qui me parait logique… Si éventuellement… on a une lésion suspecte, là je veux être averti. C'est probablement moi la meilleure personne pour expliquer à la patiente ce qui lui arrive, pour la comprendre, pour faire un processus de transmission d'information, pour ramasser ses craintes et ses peurs et ses angoisses. »*

Cette façon de procéder permettrait :

- ✓ d'utiliser de façon optimale les habiletés des médecins;
- ✓ de diminuer le nombre de démarches professionnelles et administratives, ainsi que la détresse chez les femmes qui cheminent à travers un processus qui peut prendre entre quatre et six semaines, à partir du moment où elles sont relancées par leur médecin, qu'elles doivent aller chercher la prescription nécessaire, et qu'elles obtiennent leur rendez-vous.

Selon un répondant, l'idéal serait d'avoir un radiologiste dans chaque CDD :

> *« S'il y a matière à amélioration, c'est fondamentalement là. S'il y a un trouble, tout de suite, il examine la patiente, tout de suite, ils font l'écho, ils font l'agrandissement, ils font la compression, ils font tout. »*

Par contre, un répondant nous met en garde de la prescription automatique des échographies par les CDD car ceux-ci font payer ces services aux femmes. Selon ce répondant, cette prescription doit demeurer sous la responsabilité du médecin traitant et les femmes doivent pouvoir choisir entre les services payants des cliniques privées et les services gratuits qui incluent, en plus, la prise en charge de la clinique du sein de l'hôpital de la Cité-de-la-Santé :

> *« Souvent, ils (les CDD) vont proposer une échographie d'emblée, en disant : voyez-vous en privé, une échographie, c'est beaucoup plus rapide… Ils ne leur parlent pas du CRID… Elles, dans leur tête, l'hôpital, c'est six mois d'attente… Ils mettent les patientes dans une situation où est-ce que l'attente, c'est difficile… donc elles sont prêtes à payer 70 $... Ils offrent des services, mais ça leurs rapporte des sous. Je trouve que les recommandations d'échographies devraient être laissées au médecin de famille. »*

Par ailleurs, deux répondants déplorent le fait que des examens complémentaires gratuits ne soient pas prévus lors de la mise en place d'un programme de grande envergure comme le PQDCS :

> *« Je trouve ça drôle que le système ne puisse pas aller comme plus long… alors que là, on joue sur le fait qu'elle a peur, pour obtenir un examen privé, qui est payé comptant. Ça, c'est un bémol que je n'aime pas. »*

5.7.4 Endroits de référence habituels pour les examens complémentaires

Les endroits de référence habituels pour des examens complémentaires sont les suivants :

- ✓ les CDD (n=9)
- ✓ le CRID ou clinique du sein de l'*hôpital de la Cité-de-la-Santé* (n=11)
- ✓ le CRID de l'*hôpital du Sacré-Cœur de Montréal* (n=1).

Certains répondants mentionnent également référer leurs patientes vers les centres désignés ou non des régions limitrophes et ce, en fonction du lieu de résidence de ces dernières.

Un répondant critique le fait que les radiologistes d'un CDD de Laval tendent à référer les femmes directement à un CRID de la région de Montréal pour des examens complémentaires, alors qu'à son avis, les lavalloises devraient être desservies par un CRID lavallois. Par ailleurs, deux répondants précisent que les procédures administratives sont plus simples au CRID de Montréal où la patiente obtient elle-même son rendez-vous par téléphone suite à l'ordonnance médicale. Pour la référence au CRID de Laval, le médecin doit envoyer un fax au centre qui se charge alors d'appeler la patiente; cette démarche devient longue et complexe lorsque cette dernière ne possède pas de répondeur.

En outre, un répondant s'interroge sur une directive de la clinique du sein qu'il a reçu récemment à l'effet qu'il doit envoyer toutes les demandes de radiographie au CRID. Or, au CRID de Laval, la radiographie s'accompagne d'une consultation auprès d'un chirurgien. Ce répondant indique que cette procédure pourrait engendrer des délais inutiles, et créer beaucoup d'angoisse chez des patientes qui ont déjà leur propre médecin pour assurer le suivi médical :

> *« J'ai envoyé en radiologie pour un écho… puis la radiologie m'a effectivement confirmé que tout ce qui avait trait au sein, c'était au CRID mais j'ai dit : c'est juste pour un écho pas de médecin…*

> *Quand je vois les délais actuels pour avoir un rendez-vous au CRID... c'est inquiétant quand tu as des délais, c'est de l'inquiétude. On essaie d'avoir des délais les plus courts possible pour les rassurer... Mais là, si on a des consultations un peu entre guillemets inutiles aux spécialistes… »*

Par contre, un autre répondant veut que toutes ses patientes soient examinées par un chirurgien lors des examens complémentaires. Il prescrit habituellement deux requêtes, une pour les examens à la clinique du sein et une autre pour la consultation auprès du chirurgien. Il s'interroge toutefois sur la nécessité de prescrire les deux requêtes simultanément :

> *« En raison des délais d'attente, soit pour l'écho, ou pour la consultation à la clinique du sein, bien, tu te dis, je vais faire la demande des deux côtés, puis, au moins, si l'échographie est passée en premier, quand elle verra le chirurgien, il aura juste à la lire, mais, c'est peut-être inutile. »*

Huit répondants formulent des commentaires positifs vis-à-vis des services rendus par le CRID de Laval :

- ✓ un accueil chaleureux (n=5);
- ✓ des délais de rendez-vous courts (n=4);
- ✓ un service efficace (n=4);
- ✓ un suivi rigoureux (n=5) :

Toutefois, huit répondants mentionnent les commentaires négatifs suivants :

- ✓ les délais de rendez-vous sont longs, surtout lorsque les lésions sont suspectes (n=7);
- ✓ deux répondants mentionnent utiliser leur relation personnelle avec des chirurgiens pour raccourcir les délais;
- ✓ les rapports ne sont pas toujours reçus (n=1).

La majorité des répondants dit suivre les recommandations du CRID en ce qui concerne les suivis aux six ou aux douze mois. Toutefois, trois répondants soulignent que ces suivis sont assumés par le CRID.

Un autre participant souligne qu'il trouve efficace le système de rappel envoyé aux médecins pour le suivi des cytologies anormales. Il recommande qu'une telle procédure soit mise en place afin que les médecins traitants puissent assurer plus efficacement le suivi à six ou à douze mois des mammographies anormales.

5.7.5 Liste des médecins pour les patientes « orphelines » (patientes sans médecin de famille)

Deux répondants disent apprécier l'existence d'une telle liste.

Trois autres indiquent qu'ils ont accepté d'en faire partie et deux d'entre eux s'en sont désistés pour les raisons suivantes :

- ✓ le premier juge qu'il passe beaucoup de temps en appels téléphoniques avant de réussir à rejoindre les femmes. Par ailleurs, il trouve particulièrement délicat de laisser des messages sur le répondeur, ou à un tiers, lorsqu'il s'agit de communautés ethniques, en raison des barrières de langue et de coutumes.
- ✓ le deuxième ne voit pas l'utilité de son intervention auprès des patientes « orphelines ». En effet, à son avis, s'il s'agit d'examens complémentaires suite à une mammographie de dépistage, les CDD font déjà des suivis auprès des femmes.

Par ailleurs, lorsque les résultats complémentaires nécessitent des investigations plus poussées, ce même répondant indique que son rôle se limite à diriger ces femmes au CRID qui assume le suivi par la suite. Comme il les voit de façon sporadique, il ne pense pas pouvoir les rassurer et leur offrir autant de support qu'à ses propres patientes :

> *« Je m'assure que docteur X, ou un autre chirurgien de l'hôpital, entre dans le dossier. Puis après ça, ces patientes-là… ils sont suivis en chirurgie, en oncologie, des fois en radiothérapie. Ils ont plein de rendez-vous, puis, on va les revoir des fois deux ans, trois ans après, quand tout le processus est fini. En fait, c'est une pure inconnue. À quoi ça sert qu'elle vienne voir un docteur qui va se contenter de lui dire : moi, je suis la poulie de transmission, il faut que tu ailles voir en chirurgie. »*

Ainsi, parmi les trois répondants qui disent avoir accepté d'être médecins pour les patientes « orphelines », un seul demeure encore inscrit sur la liste. Ce répondant demande toutefois que les CDD soient informés du fait que les médecins sur cette liste acceptent uniquement de faire le suivi des femmes à la suite de rapports anormaux et qu'ils ne sont pas tenus de les accueillir dans leur clientèle un fois ce suivi complété :

> *« Les patientes ('orphelines') pensaient qu'on les prenait en charge en tant que médecin de famille. Ça, j'en ai eu plein, puis encore récemment. »*

En raison du manque de disponibilité des médecins, un répondant est convaincu qu'au lieu de faire des efforts pour recruter de nouveaux médecins pour cette liste, il faudrait plutôt trouver des solutions de rechange, par exemple :

- ✓ établir un protocole spécial permettant aux CDD de compléter le processus d'imagerie des patientes « orphelines »;
- ✓ prévoir dans ce même protocole, la référence directe au CRID, lorsque le radiologiste du CDD juge nécessaire une consultation à d'un chirurgien à la fin du processus d'imagerie;
- ✓ se prévaloir des services d'une infirmière clinicienne qui supervisera et facilitera l'ensemble des démarches des patientes « orphelines» ;
- ✓ s'assurer des services d'un omnipraticien au sein de l'équipe du CRID qui assumera le suivi médical de ces patientes.

5.8 Perceptions des outils produits par le MSSS et le Collège des médecins du Québec

5.8.1 Perceptions du feuillet d'information publié par le MSSS

À la vue du feuillet d'informations publié en mars 2006, 12 des 21 médecins mentionnent le reconnaître. Toutefois, deux d'entre eux indiquent l'avoir feuilleté rapidement, et un autre, ne pas l'avoir lu.

Quant aux autres répondants, six avouent ne pas le connaître et les trois derniers mentionnent l'avoir peut-être eu entre les mains mais ne plus s'en souvenir.

Parmi les 12 répondants qui disent reconnaître ce feuillet d'information :

- ✓ deux le perçoivent utile en raison des statistiques présentées;
- ✓ deux le trouvent plus ou moins utile, à cause de la présentation « *aride* » des statistiques;
- ✓ six le jugent inutile, la majorité affirmant être informés sur le sujet, et les autres, étant débordés, l'ont lu rapidement ou n'ont rien retenu;
- ✓ deux n'ont pas d'opinion car ils l'ont feuilleté rapidement ou ne l'ont pas lu.

Les suggestions suivantes sont apportées pour améliorer la présentation des feuillets d'informations :

- ✓ sur une seule page (n=3)
- ✓ des informations concises, pouvant être consultées « *d'un seul coup d'œil* » (n=2)
- ✓ avec un titre qui attire l'attention (n=2) :

  « Laval se compare »
  « Laval est mieux qu'ailleurs »
  « Cancer du sein moindre à Laval »

Selon un répondant, le Ministère pourrait s'inspirer du document sur l'antibiothérapie afin de rendre les feuillets d'informations sur le dépistage du cancer du sein plus attrayants auprès des médecins :

> *« Je pourrais vous donner un parallèle avec quelque chose que le gouvernement fait, que nous, on trouve très intéressant de garder tout près de la main à consulter. C'est l'antibiothérapie classée selon les pathologies. C'est très court, un carton recto-verso. Les recommandations ! Bien je trouve qu'on devrait avoir peut-être pour le dépistage en général en soins de première ligne un truc qu'on peut garder près puis, une référence. Trop d'info, des fois, c'est un petit peu un piège. Écoutez, on dit qu'un omnipraticien lit à peu près 3 heures par semaine en moyenne. »*

Pour les prochains numéros, plusieurs thèmes sont proposés, certains étant de portée régionale et d'autres, de portée plus locale :

- ✓ les différents examens complémentaires (n=1)
- ✓ le taux de succès du dépistage versus celui de l'examen clinique (n=1)
- ✓ les données régionales, le taux de référence, de fidélité (n=1)
- ✓ la mammographie pour le groupe des 40 à 49 ans (n=1)
- ✓ le dépistage génétique dans les familles avec une lourde histoire familiale de cancer de sein (n=1)
- ✓ les différentes méthodes de dépistage, leurs coûts-bénéfices (n=1)
- ✓ les différentes stratégies de dépistage (n=1)
- ✓ les informations sur les patientes « orphelines » (n=1)
- ✓ les procédures du CRID de Laval (n=1)
- ✓ les délais au CRID de Laval (n=1).

5.8.2 Perceptions du dépliant sur le PQDCS « *Mieux vaut agir que réagir* »

Deux répondants disent avoir des dépliants dans leur établissement. Deux autres mentionnent qu'ils en ont eus, mais que leurs réserves sont finies; l'un d'entre eux précise qu'il a fait la demande pour des copies supplémentaires à la Direction de santé publique, mais qu'il n'a pas eu de réponse à sa démarche.

Plus de la moitié des médecins participants (n=11) indiquent que les dépliants leur sont inutiles pour leur pratique. En effet :

- ✓ leurs patientes sont sensibilisées à l'importance du dépistage par mammographie;
- ✓ les médecins sont déjà « *inondés de dépliants* »;
- ✓ ils doutent du pouvoir de persuasion des dépliants :

  « Est-ce qu'une patiente, qui a peur des douleurs reliées à l'appareil (de dépistage), va plus y aller si elle lit un des feuillets qui est là ? »

- ✓ les médecins savent utiliser des arguments convaincants auprès de leurs patientes :

  « Si tu dis qu'il y a une femme sur neuf qui, au cours de sa vie, va développer un cancer du sein, je pense qu'une fois que tu as dit ça, le reste découle. C'est relativement facile à comprendre que le dépistage peut être valable. C'est quand même un cancer qui est fréquent. »

- ✓ ils préfèrent discuter avec leurs patientes pour les « *responsabiliser et les rendre conscientes* » de l'importance de la prévention du cancer du sein.

Toutefois, plus du tiers des répondants (n=8) affirment que les dépliants sont nécessaires pour :

- ✓ remettre aux patientes qui posent beaucoup de questions, ou qui sont réticentes à passer leur mammographie, ou qui ont des résultats anormaux suite à leur examen (n=3)
- ✓ appuyer les lettres d'invitation et de rappel aux deux ans du PQDCS (n=1)
- ✓ être placés sur des présentoirs des salles d'attente (n=4) :

  « Je suis sûr que ces documents méritent d'être dans une salle d'attente d'urgence mettons, parce que tout le monde, à un moment donné, n'a rien à faire, puis va dire : oups, j'ai 40 ans, ou j'ai 50 ans, puis qu'il y a quelque chose sur le cancer du sein, je veux le feuilleter parce que ce n'est pas long, juste une petite brochure. »

Certains suggèrent que les thèmes suivants soient traités dans les dépliants du PQDCS, si ce n'est pas déjà fait :

- ✓ la douleur ressentie lors de la mammographie (n=4)
- ✓ les risques liés à l'écrasement des seins (n=1)
- ✓ l'exposition aux rayons X (n=1)
- ✓ les nouvelles techniques de dépistage du cancer du sein moins douloureuses (n=2)
- ✓ l'importance du suivi médical même après une mammographie normale (n=1)
- ✓ l'importance du rappel aux deux ans pour obtenir un bilan périodique riche en informations (n=1)
- ✓ la signification des examens complémentaires (n=2) :

> *«… leur expliquer que la mammographie est un examen de dépistage, que ça peut amener d'autres examens complémentaires, que ça ne veut pas dire automatiquement que c'est un cancer du sein : ça peut être un kyste, ça peut être de la dysplasie, ça peut être dix mille choses. »*

Un participant fait la remarque qu'il serait pertinent de produire des dépliants en anglais pour les femmes des différentes communautés ethniques de Laval.

Deux répondants ont trouvé le signet « *intéressant* » et « *facile à ranger et à passer* ».

5.8.3 Perceptions de la feuille sommaire de l'examen périodique produite par le Collège des médecins du Québec

Près des deux tiers des répondants (n=13) disent connaître cette feuille sommaire. Toutefois, aucun d'entre eux ne l'utilisait au moment où nous avons réalisé nos entrevues.

Un participant indique que lui et les médecins de son établissement la trouvent chargée et prévoient l'adapter à leur clientèle, pour un usage interne éventuel.

Les autres répondants ne l'utilisent pas pour les raisons suivantes :

- ✓ près du tiers (n=6) ont déjà une feuille similaire « maison » produite au sein de leur établissement;
- ✓ plus du tiers (n=8) disent, *d'une part*, qu'ils ont adopté au cours des années une façon de pratiquer qu'ils trouvent fonctionnelle et qu'il leur est difficile de modifier, et *d'autre part*, que tous les examens recommandés sur cette feuille sommaire ne correspondent pas nécessairement au profil de leur clientèle.

Bien qu'ils ne l'utilisent pas, trois répondants reconnaissent que c'est un outil « *simple* », « *intéressant* » et « *vendeur* ».

Toutefois, deux participants la jugent peu pratique, car la fréquence des examens recommandés n'y apparait pas. Aussi, dans l'établissement où l'un d'eux travaille, les professionnels visent à produire sur une feuille, recto-verso, la liste des examens recommandés accompagnés de leur fréquence :

> *« Les défauts de ces feuilles-là, c'est qu'il y a la liste des examens qu'il faut faire. Mais, il n'y a pas de fréquence. On avait un projet avec les infirmières. On voulait se mettre un petit résumé à l'endos, puis faire des photocopies recto-verso des principales recommandations, au niveau du cancer colon, cancer de sein, et tout ça, Pap-test, au niveau de la fréquence, c'est quoi les dernières recommandations qui sont dans le livre qui vient avec cette feuille-là. Quand on a un patient devant soi, on n'a pas le temps de trouver ce livre-là… puis trouver la fréquence… »*

De l'avis d'un répondant, nous ne devrions pas investir dans la promotion de cette feuille sommaire auprès des médecins, car l'impact serait faible sur le taux de référence des femmes au PQDCS.

Un autre tient à préciser que le dépistage doit se faire selon les besoins de santé de chaque patient. Il met en garde contre le coût engendré par des examens de dépistage prescrits de façon systématique.

5.9 Perceptions d'un outil et de stratégies proposés régionalement pour faciliter la collaboration des médecins au PQDCS

5.9.1 Présentation de statistiques annuelles du PQDCS aux médecins

La majorité des répondants (n=16) se dit intéressée à recevoir, de façon confidentielle, le décompte annuel des participantes PQDCS parmi leur clientèle, et cela, pour les raisons suivantes :

> *« Ce serait concret »*
> *« Réajuster le tir et insister auprès des patientes »*
> *« Me motiver »*
> *« Voir si les gens prennent au sérieux ce que tu dis »*
> *« Voir ce que je peux faire de différent »*
> *« Avoir moins l'impression de parler dans le vide »*

Deux participants sont plus ou moins intéressés à recevoir ces statistiques car plus de la moitié de leurs clientes ne sont pas dans le groupe d'âge visé par le PQDCS.

Finalement, trois répondants ne sont pas intéressés par ces statistiques car :

- ✓ *« Je ne sais pas dans quelle mesure ça m'aiderait à changer ma pratique si c'était des statistiques agglomérées »*; et
- ✓ il est difficile d'interpréter la signification d'un nombre : *« S'il y en a, je ne sais pas moi, 224 ou 124 qui sont allées, je vais avoir l'impression moi, qu'elles sont toutes allées. Si j'en ai 84, je vais encore dire : bien, elles sont toutes allées, parce que je le recommande à tout le monde. »*

Afin que les médecins prennent connaissance des statistiques annuelles sur la participation de leurs patientes au PQDCS, les recommandations suivantes ont été formulées :

- ✓ sur une seule page, recto-verso,
- ✓ une présentation simple et confidentielle,
- ✓ un ton non moralisateur,
- ✓ un outil formateur, incitatif.

En plus de recevoir le nombre de leurs patientes qui vont participer annuellement au PQDCS, certains répondants souhaitent recevoir les informations suivantes :

- ✓ le taux de positivité (n=2)
- ✓ de façon nominale et spécifique à chaque médecin traitant, *la liste des patientes* qui ne vont pas à leur mammographie (n=1)
- ✓ spécifique à chaque médecin traitant, le *pourcentage des patientes* qui ne vont pas à la mammographie (n=1)
- ✓ spécifique à chaque médecin traitant, le *pourcentage des patientes* qui ne se sont pas présentées à leur mammographie suite aux lettres de rappel aux deux ans (n=1)
- ✓ la *proportion de femmes* qui n'ont pas de médecin de famille et qui participent au PQDCS (n=1)
- ✓ les caractéristiques des participantes au PQDCS, selon qu'elles ont ou n'ont pas de médecin de famille (n=1).

Un répondant questionne la fiabilité des statistiques du PQDCS lorsque les patientes sont suivies par deux médecins, par exemple par un omnipraticien et un gynécologue :

> *« Je ne sais pas comment vous allez y arriver (à me fournir des statistiques sur mes patientes), dans le sens que j'ai des patientes, exemple, je les suis, mais en même temps, elles ont un gynécologue pour le côté gynéco. Donc, souvent, le gynéco s'occupe du sein et des organes génitaux. À ce moment -là, moi, je ne serais pas pro actif, si lui, il le fait. »*

5.9.1 Identification de dossiers des patientes ciblées par le PQDCS

Près du quart seulement des répondants (n=5) approuvent cette stratégie : ils proposent d'utiliser le sigle du cancer du sein et de le faire apposer sur les dossiers des patients par leurs secrétaires. Bien que d'accord avec la mise en place d'une telle stratégie, un répondant met en garde le PQDCS contre le problème de gestion de tous les dossiers identifiés.

Par contre, les deux tiers des participants (n=14) trouvent cette stratégie superflue pour les raisons suivantes :

- ✓ cinq mentionnent que le dépistage du cancer du sein fait partie intégrante de leur pratique médicale. Par ailleurs, deux d'entre eux précisent que leur clientèle est composée majoritairement de personnes âgées de 50 ans et plus. Avec une telle clientèle, la préoccupation du dépistage du cancer du sein demeure très présente dans leur pratique.
- ✓ quatre utilisent déjà une feuille sommaire dans le dossier de leurs patientes sur laquelle ils indiquent la date de prescription des mammographies.
- ✓ deux pensent que la plupart des médecins seraient réticents à adopter cette stratégie qu'ils pourraient percevoir comme une évaluation de leur pratique médicale :

« C'est comme une ingérence. Comme si tu disais : je vous donne l'opportunité de voir ce que je fais. Alors que chacun a son style de pratique, chacun a ses méthodes. Je comprends qu'on essaie de suivre les recommandations dans à peu près tous les domaines : l'hypertension, le diabète… mais de donner l'opportunité à quelqu'un de l'extérieur de voir notre pratique, décider s'il y a une faille ou pas de faille, ou qu'on est correct ou pas correct ça, ça achale. »

- ✓ un répondant identifie déjà les dossiers de ses patients par des couleurs différentes, dépendamment de leurs décennies de naissance.
- ✓ un participant ne croit pas dans la faisabilité de cette stratégie, car son établissement accueille une grosse clientèle, et les dossiers ne sont pas informatisés.
- ✓ un autre doute de l'efficacité de cette stratégie et souligne, par ailleurs, que les médecins de son établissement se sont déjà prononcés contre de tels ajouts aux dossiers des patients.

De l'avis de deux répondants, cette stratégie pourrait être utile pour des médecins ayant une clientèle de tous les groupes d'âges, ou pour ceux qui voient leurs propres patientes dans les cliniques d'urgences, dans le cadre de leurs activités médicales particulières (AMP).

5.9.2 Aide de l'infirmière du PQDCS pour acheminer les patientes ciblées au PQDCS

Plus de la moitié des répondants (n=11) approuvent cette stratégie qui, *d'une part,* servirait de filet de sécurité pour leurs patientes ciblées par le PQDCS, et *d'autre part,* leur permettrait de connaître le pourcentage de participantes parmi leur clientèle. De ceux qui supportent cette stratégie :

- ✓ deux font le parallèle avec le Projet Réseau dans lequel ils collaborent avec le CSSS de Laval et préenregistrent tous les patients âgés de 75 ans et plus, afin qu'ils reçoivent les services de cet organisme le plus rapidement possible en cas de besoins;
- ✓ un autre indique que cette stratégie traduit l'évolution de la pratique médicale et pourrait en être une gagnante comme celle concernant l'infirmière de liaison qui œuvre présentement dans les hôpitaux et les CLSC :

  « Là, vous touchez un point important. On parle d'évolution de la pratique… Maintenant, les CLSC, les hôpitaux ont des infirmières de liaison… Si on a besoin d'un rendez-vous urgent, l'infirmière de liaison… va prendre le rendez-vous parce que le médecin a identifié que c'est une problématique plus urgente. Donc, l'infirmière de liaison va court-circuiter, et, bizarrement, c'est très efficace, à ma grande surprise. Mais, là, on travaille avec, on les voit, c'est très efficace. »
- ✓ deux autres recommandent que l'infirmière achemine les patientes au PQDCS par des appels téléphoniques, car selon eux, cette procédure aurait plus d'impact sur la participation de femmes au PQDCS que la sollicitation par des envois postaux;
- ✓ deux autres répondants mentionnent qu'ils en discuteraient avec leurs collègues de travail et précisent que cette stratégie ne devrait pas amener de surcharge de travail à leurs secrétaires.

Une minorité des répondants (n=3) sont plus ou moins d'accord avec la mise en place de cette stratégie :

- ✓ deux d'entre eux soulignent la réticence possible des médecins pour une telle intrusion dans leur pratique médicale :

  « C'est toujours délicat d'amener un intervenant dans les dossiers. Je trouve ça délicat et ça pourrait être mal reçu… je ne suis pas sûr que ça passerait là. C'est peut-être mieux de ne pas faire quelque chose qui va faire reculer plutôt qu'avancer. »
- ✓ un répondant doute de l'impact d'une telle stratégie. Il recommande de réaliser, en premier lieu, un projet pilote dans un seul établissement à Laval, avant de généraliser l'intervention sur tout le territoire :

  « Est-ce que ça va être utile? Je ne sais pas si j'ai l'impression que 95% de mes femmes entre 50 ans et 70 ans participent au programme, est-ce que ça va être utile ? Je ne le sais pas! Mais ça

serait intéressant de faire un petit projet pilote, viser une clinique, voir c'est quoi le résultat, puis après, si c'est vrai, bien là à ce moment-là on peut l'étendre. »

Par ailleurs, près du tiers des répondants (n=6) désapprouvent complètement cette stratégie. Selon eux, elle aura peu d'impact sur le taux de référence des femmes au PQDCS :

« Ça ne changerait rien dans ma pratique. »

« En terme de consommation de temps, là, d'énergie, ça peut être problématique à ce niveau. »

« Le coût est élevé pour peu de résultats. »

5.9.3 Participation à un groupe de réflexion sur des mécanismes facilitant la référence des femmes au PQDCS

Tous les répondants trouvent cette stratégie intéressante :

- ✓ sept répondants acceptent d'y participer. Toutefois, six apportent les précisions suivantes:
  - o trois indiquent que cela dépend du nombre et de l'animation des rencontres :

    « Il faudrait que ce soit une fois de temps en temps, peut être une ou deux, pour réfléchir, être animé dans cette réflexion-là. »

    « Un bon contenu, parce que sinon on va tourner autour de notre même idée. Moi, j'ai une idée, je vous l'ai dit. Mais, il faut que ça puisse bouger… pour que ça soit intéressant, puis que ça donne quelque chose. »

  - o un répondant souligne la nécessité de compensation monétaire pour assister à ces rencontres :

    « Bien c'est-à-dire que si un médecin allait dans une réunion de deux ou trois heures je vous donne un exemple, il ne peut pas se permettre ça s'il a un horaire serré parce que c'est un manque à gagner, voyez-vous et s'il n'est pas à l'hôpital, il faut qu'il fasse du bureau, vous comprenez. Il ne peut pas prendre deux ou trois heures comme ça parce que les gens qui sont là sont payés à plein temps, pas lui. »

  - o un accepterait de participer si la discussion se fait autour d'un dîner;
  - o un autre fait la remarque que son point de vue peut-être biaisé en raison de sa pratique médicale concentrée uniquement dans des cliniques d'urgence.
- ✓ six répondants ne désirent pas y participer personnellement, mais promettent de solliciter la participation de leurs collègues de travail;
- ✓ quatre répondants seraient favorables à l'implication des infirmières de leur établissement;
- ✓ un répondant recommanderait l'implication d'une infirmière de son groupe de médecin de famille (GMF), à la condition que le gouvernement lui octroie une à deux ressources infirmières supplémentaires;
- ✓ un autre répondant mentionne qu'il enverrait sa secrétaire pour y participer;
- ✓ un autre répondant suggère de solliciter la participation des médecins par l'entremise des directeurs médicaux de chaque établissement :

  « Dans cette clinique, et dans les autres cliniques aussi, c'est un peu comme un mini hôpital. Ils ont des réunions de service, et une fois par 2-3 mois, ils ont des réunions administratives où tous les omnis discutent de problèmes divers : qui va faire la garde, qui va faire ceci, qui va faire ça. Il y a donc un directeur médical, dans chaque clinique, et ce serait à ce directeur médical-là qu'il faut s'adresser : lui pourrait transmettre les directives, informations, philosophies, tout ce que vous voudrez, au groupe. »

- ✓ un dernier répondant conseille au PQDCS de concrétiser l'organisation de cette stratégie, soit fixer la date et le lieu des rencontres, ainsi que l'agenda de discussion, et le mode de rémunération des

médecins. Par la suite, il se dit prêt à aider le PQDCS dans le recrutement des participants sur le territoire lavallois. Par contre, à la place d'animer des groupes de discussion, ce répondant suggère de former un groupe d'experts composé de représentants de chaque établissement lavallois; ces derniers serviraient de personnes ressources entre le PQDCS et leur établissement :

« Sur un groupe de vingt quelques docteurs ici, il pourrait y en avoir un, plus sensible à la chose. Ça pourrait vous faire un bon intermédiaire. Vous, ce que vous me dites, vous voulez l'utiliser pour des focus groupes. Bien je vous dirais que ça pourrait être une courroie de transmission de l'information. Il pourrait vous donner de l'information, il ou elle, mais il pourrait aussi ramener de l'information. La sensibilisation par les pairs, c'est beaucoup plus puissant, beaucoup plus puissant et ça passe mieux. »

5.10 Outils et stratégies proposés par les médecins

5.10.1 Pour les médecins

De l'avis de la grande majorité des répondants :

« L'incitatif le plus important, c'est la recommandation du médecin. »

Les messages persuasifs que les répondants utilisent les plus fréquemment auprès de leurs patientes portent sur l'importance du dépistage, la détection précoce, ainsi que l'impact sur les traitements et sur la mortalité :

« Je leur répète constamment qu'il n'y a aucune technique, que ce soit l'auto-examen, la mammographie, l'échographie qui est parfaite. Aucune, aucune, en elle-même, ne va assurer de quoi que ce soit. Mais que toutes choses étant égales, elles sont plus susceptibles de le déceler en le faisant qu'en ne le faisant pas. C'est ça que j'essaie de leur marteler constamment. »

Pour améliorer la référence des femmes au PQDCS par les médecins, un répondant suggère de mettre en place un programme informatique basé sur l'histoire médicale et familiale de chaque patient, et qui indiquera aux médecins les examens médicaux à prescrire lors des visites médicales :

«… une espèce d'algorithme qui me soit imprimé, ou qui apparaisse à l'écran pour Mme X : il serait important de penser à telles, telles, telles choses et de faire telles vérifications à tel intervalle… en fonction de données qu'on rentrerait et ou que le patient entrerait… et là, dépendant de ce que le patient nous raconte, bon ma mère a eu un cancer du sein à 50 ans, mon père a fait un infarctus à 40 ans, bien là, automatiquement, il y a un profil qui se dessine, on peut individualiser à ce moment-là, ça serait plus pratique. »

Un autre participant aimerait avoir un aide-mémoire sur les examens périodiques :

« … un petit fascicule, pour moi, pas nécessairement pour remettre à la cliente, mais en terme de tableau, avec la fréquence des tests, des algorithmes à jour. »

Et, pour améliorer le suivi des femmes au PQDCS, trois répondants suggèrent les outils suivants :

- ✓ un formulaire en deux parties :

  « On pourrait avoir un formulaire en deux parties : une partie qu'on remet à la patiente, puis, une partie qu'on envoie à la Santé publique. Alors, la Santé publique saurait qu'on a prescrit la mammo, et à la fin de chaque période, on pourrait recevoir (une lettre disant) : vous avez référé 43 patientes, vous en avez 39 qui ont passé leur mammo. Parfait, ce n'est pas si mal. Oups : vous en avez 12 qui ont passé leur mammo. Qu'est qui se passe ?… j'aimerais ça le savoir de façon nominative et… confidentielle : Vous référez Mme X. Mme X ne s'est jamais présentée. Alors, automatiquement, moi, ça me permettrait de cibler des patientes qui n'y vont pas, et d'insister auprès d'elles. »

- ✓ un questionnaire simple, comme celui utilisé dans le suivi de la colposcopie ou celui des ITS :

  « Quelques semaines plus tard, ils (les intervenants qui font le suivi de la colposcopie) nous envoient une demande : Qu'est-ce qui est arrivé avec cette patiente ? Est-ce que vous avez refait un PAP test parce qu'on n'a pas d'autres PAP tests qui sont rentrés ? L'avez-vous référée à un spécialiste ?... Pour la mammo, (on pourrait répondre aussi à un questionnaire similaire). »

  « La seule chose que j'apprécierais, qui manque actuellement, c'est qu'on n'est pas avisé quand une patiente ne se présente pas à sa mammo… (Comme) avec les ITS, actuellement, quand on déclare quelqu'un, on reçoit un avis de la santé publique nous disant : voulez vous qu'on assure le suivi ? »

Par ailleurs, les participants sont convaincus que la majorité des médecins est favorable à la mammographie, aussi ne voient-ils pas la nécessité d'une campagne de promotion du PQDCS auprès de cette population. Par contre, ils trouvent pertinents de recevoir des mises à jour périodiques, ou annuelles sous la forme de :

- ✓ rencontres avec la coordonnatrice du PQDCS, sur l'heure du midi, au sein de leur établissement;
- ✓ colloques à l'hôpital de la Cité-de-la-Santé :
  « Ils ont commencé à faire depuis trois ans, une journée sur le cancer, à la Cité de la Santé, au mois de janvier. J'y suis allé l'an passé, j'ai trouvé que c'était un très beau colloque. »
- ✓ conférence dans le cadre de la formation médicale continue;
- ✓ articles dans des revues médicales, comme l'Actualité médicale, le Médecin du Québec, etc…;
- ✓ informations sur un site web.

et ayant comme contenu :

- ✓ le bilan des sept dernières années du PQDCS, les progrès dans le traitement du cancer, les nouvelles techniques (comme la thermographie, la résonnance magnétique), et des données probantes sur l'amélioration de la survie chez les femmes ciblées (mortalité par cancer du sein, détection précoce, morbidité, survie à cinq ans);

- ✓ les procédures concernant des conditions médicales qui ne sont pas comprises dans la routine du dépistage du PQDCS telles la présence de kystes ou d'antécédents familiaux ;

- ✓ des informations sur le dépistage chez les femmes âgées de 40 à 50 ans :

  « Une chose qui serait intéressante : expliquer aux médecins pourquoi vous ne le faites pas entre 40 et 50, comme aux États-Unis… pour que les médecins comprennent pourquoi ce n'est pas fait. Parce que je suis sûr, si je vais voir mon confrère : bien, pourquoi ils ne le font pas? La réponse ne sera pas immédiate. Ça doit être une affaire de statistiques,… ou du moins parce que à partir de là, ce n'est pas rentable. »

5.10.2 Pour les cliniques médicales

Différentes avenues sont suggérées :

- ✓ Afin d'augmenter la participation des femmes au PQDCS, un répondant suggère que l'infirmière des GMF cible, dans les cliniques d'urgence, les femmes entre 50 et 69 ans n'ayant pas de médecin de famille, leur donne de l'information sur le dépistage du cancer du sein et leur suggère d'obtenir une prescription de la mammographie auprès des médecins de cette clinique d'urgence. Par la suite, le suivi des mammographies normales pourrait être assumé par l'infirmière du GMF.

- ✓ Deux répondants proposent l'utilisation de dossiers informatisés qui permettent de saisir les données de chaque patient et de générer toutes les requêtes nécessaires. Selon l'un d'entre eux, un tel système est utilisé depuis déjà deux ans dans deux GMF au nord de Laval. Ce répondant convient qu'un tel système permettrait de mieux répondre aux besoins médicaux des patients. Toutefois, il se demande si les médecins seraient en mesure de gérer auprès de leur clientèle, les prescriptions des examens médicaux qui seraient identifiés nécessaires par ce système.

5.10.3 Pour les femmes et la population en général

Pour améliorer la participation des femmes au PQDCS, trois répondants suggèrent :

- ✓ simplifier la lettre d'invitation ou de relance aux deux ans, en spécifiant la date et l'heure de rendez-vous des mammographies, ainsi que l'adresse du CDD le plus proche de leur lieu de résidence;
- ✓ lors de la première mammographie, remettre une trousse d'informations complète aux femmes;
- ✓ joindre à la lettre de rappel aux deux ans, un dépliant qui donne des arguments favorables au dépistage du cancer du sein par la mammographie.

En ce qui concerne la promotion, les répondants reconnaissent qu'il existe déjà beaucoup de stratégies pour sensibiliser les femmes au dépistage du cancer du sein. Ils nomment comme exemples : le mois du cancer, les marches, les rubans, les pièces de 25 sous, les levées de fonds dans les épiceries, et, plus localement, la journée organisée, depuis trois ans, durant le mois de janvier, à l'hôpital de la Cité-de-la-Santé. Par contre, ils se demandent si les messages véhiculés jusqu'à présent dans les campagnes publicitaires visent le bon public.

De l'avis des répondants, les messages promotionnels ne doivent pas cibler les femmes déjà suivies par des médecins de famille. En effet, le médecin est le facilitateur principal de la référence des femmes au PQDCS. Les lettres du PQDCS sont efficaces en autant qu'elles sont renforcées par le médecin traitant. Par ailleurs, de l'avis d'un répondant, la population manifeste en général de la méfiance envers les programmes mis en place par le gouvernement :

> *« C'est le contact... une personne avec qui tu as développé un lien de confiance minimum qui va faire que : oui ça vaut la peine que je fasse la démarche. Est-ce que je la fais parce que le gouvernement a décidé qu'il était pour me faire faire ? Généralement, les gens vont aller à l'encontre de ça, parce que le gouvernement n'a pas la meilleure image. »*

Dans ce sens, quatre répondants suggèrent de mettre en place des stratégies visant plus particulièrement les femmes qui n'ont pas de médecin traitant.

Un autre participant souligne qu'il serait également pertinent de cibler les personnes à faible niveau socio-économique.

Pour aider à la promotion du dépistage du cancer du sein auprès des femmes, les répondants suggèrent les endroits de diffusion, les moyens et les contenus promotionnels, ainsi que les fréquences des interventions :

- ✓ endroits de diffusion :
  - o média audio-visuels (radio et télévision) et écrits (journaux, dépliants)
  - o les universités, plus précisément les facultés de médecine et de nursing, pour sensibiliser les agents de multiplication potentiels
  - o les salles d'attente de l'hôpital et des cliniques médicales
  - o les organismes communautaires fréquentés par les femmes comme le Cercle des fermières
  - o les milieux de travail
  - o les centres d'achat, les pharmacies
  - o les autoroutes
  - o l'Internet
- ✓ moyens promotionnels :
  - o des annonces publicitaires à la radio, à la télévision, sur des pancartes et sur des affiches, mais à plus grande échelle, à l'instar de la publicité contre l'impuissance masculine :

    « Je ne trouve pas qu'on en parle beaucoup de dépistage, l'importance de le faire. Moi, ça ne m'a pas frappé dans les médias. Ce n'est pas vraiment une stratégie publicitaire à grande échelle. Je me suis toujours questionné. Je me dis peut-être que les gens sont gênés d'en parler dans les médias. Mais, je trouvais que le sujet de l'impuissance : Parlez-en à votre médecin. Depuis que cette campagne là est sortie, c'est sûr qu'il y a une compagnie pharmaceutique derrière ça, mais, c'est incroyable le nombre d'hommes qui en parle, puis, qui

sont très proactifs. Ça a vraiment changé l'attitude. Donc, je fais un parallèle, je me dis pourquoi pas pour le cancer du sein ou le dépistage, d'en faire la promotion. »

- des témoignages de femmes ayant eu le cancer du sein
- des porte-paroles, comme des artistes et des personnalités connues
- des conférences-échanges dans les CLSC, dans les associations pour femmes et dans les milieux de travail des femmes
- des kiosques d'informations dans les écoles, les universités, les centres d'achat…

✓ contenus promotionnels :
- l'importance du programme
  - la gratuité des examens
  - le suivi à tous les deux ans
  - les antécédents familiaux
  - la prise en charge de sa santé, de son corps, de ses seins
- les bénéfices du dépistage
  - les détections précoces
  - la fréquence moins élevée des mastectomies
  - les chances de guérison et de survie qui augmentent
- les croyances
  - la peur des rayons X
  - la douleur subie lors de l'examen qui est de courte durée
  - l'anxiété dans l'attente des résultats
  - la crainte de découvrir un cancer
  - la crainte de la mort
- les examens complémentaires
  - la présence des kystes
  - la dysplasie
  - la prise en charge par le CRID
  - le suivi du médecin traitant

✓ fréquences des interventions :
- les répondants recommandent des campagnes publicitaires récurrentes, à tous les six mois, et pour une durée d'au moins une semaine.
- toutefois, trois répondants ajoutent qu'il faut accepter que malgré tous les efforts déployés et les stratégies utilisées, il restera toujours un pourcentage de réfractaires.

5.11 Synthèse des résultats

Afin de faciliter la discussion et la formulation des recommandations, nous avons fait une synthèse des résultats obtenus dans l'étude et les avons classifiés selon les facteurs du modèle Precede-Proceed de Green et Kreuter (1991, 2005) que nous avons retenus pour construire notre schéma d'entrevue, soit les facteurs prédisposant, facilitant et de renforcement ainsi qu'environnementaux.

TABLEAU 3 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS SELON LE MODÈLE PRECEDE-PROCEED

THÈMES ABORDÉS AVEC OU PAR LES RÉPONDANTS (n=21)	**PRÉDISPOSANT** ▪ Croyances et attitudes envers l'efficacité du dépistage ▪ Connaissance des guides de pratiques et des facteurs de risque	**FACILITANT** ▪ Habiletés à motiver les patientes ▪ Présence d'outils et de stratégies efficaces (lettres, rapports, dépliants)	**RENFORCEMENT** ▪ Réaction des patientes ▪ Réactions des collègues médecins	**ENVIRONNEMENTAUX** ▪ Accessibilité aux structures de santé (délais, services) ▪ Suivi des rapports anormaux ▪ Parution de lignes directrices
Le dépistage et la mammographie de dépistage	Reconnaissance unanime du dépistage et de la mammographie comme méthode efficace pour réduire la mortalité par cancer du sein	Approches persuasives des médecins face aux femmes réticentes à la mammographie	▪ Réaction favorable des femmes à la mammographie de dépistage ▪ Réactions favorables des collègues médecins ▪ Surprise des médecins face au faible taux de participation des femmes au PQDCS	Information sur la gratuité de la mammographie et des examens complémentaires
Recommandations entourant le dépistage	Groupe d'âge ciblé par le PQDCS bien connu			Nécessité de lignes directrices plus précises sur : ▪ la mammographie chez les femmes de 40-49 ans ▪ l'intervalle de la mammographie en présence de situations particulières
Examen clinique des seins (ECS)	Pratique de l'ECS par les médecins mais doute sur la sensibilité de cet examen		Pertinence reconnue de l'ECS par les médecins	Pas de lignes directrices claires sur l'âge de début
Auto-examen des seins (AES)	Connaissance des données probantes sur l'AES mais inconfort chez près de la moitié des répondants à ne plus l'enseigner à leurs patientes			Informations contradictoires sur l'AES Nécessité de lignes directrices claires
Lettres d'invitation et de rappel		▪ Envoi de lettres aux femmes approuvé unanimement ▪ Importance des lettres de rappel car les médecins peuvent se fier au PQDCS pour un suivi rigoureux ▪ Clarté des lettres questionnée	▪ Réactions favorables des femmes face aux lettres d'invitation et de rappel ▪ Lettres de résultat appréciées des femmes	
Formulaire d'autorisation de transmission des données relative à la participation des femmes au PQDCS	Méconnaissance de ce formulaire et de son utilité ainsi que des conséquences d'un refus signé par les femmes	Suggestions émises de simplifier le formulaire	Réaction positive des femmes qui signent ce formulaire	
Centres désignés (CDD et CRID)	▪ Connaissance des corridors de services prévus par le PQDCS ▪ Satisfaction générale face aux services reçus des centres désignés malgré leur complexité		Réaction négative des patientes face aux difficultés d'obtenir un rendez-vous de dépistage dans certains CDD engendrant des démarches par certains médecins	▪ Harmonisation souhaitée entre les centres de dépistage concernant les procédures relatives aux examens complémentaires ▪ Révision de l'accessibilité au CRID par des procédures administratives plus simples
Rapport de la mammographie et suivi du résultat de la mammographie		▪ Contenu du rapport informatisé non apprécié ▪ Libellé concernant les examens complémentaires ambigu et non facilitant pour assurer le suivi		Pratiques différentes des médecins à la suite de la réception d'un résultat de mammographie et selon la nature du résultat
Liste de médecins volontaires	Rôle et responsabilités du médecin inscrit sur une liste de volontaires pour les patientes orphelines méconnues	▪ Liste de médecins volontaires peu efficace ▪ Perception des médecins comme des courroies de transmission avec le CRID		
Feuillets d'information du MSSS et dépliants du PQDCS	Connaissance mitigée des feuillets d'information publiés par le MSSS	Dépliants du PQDCS nécessaires pour les femmes mais inutiles pour leur pratique médicale	Majorité des répondants souhaitent du feed-back des participantes parmi leur clientèle	
Stratégies pour rejoindre les femmes et les sensibiliser au dépistage		Suggestions émises de rencontres, colloque, formation médicale continue, conférence, articles dans les revues médicales		Aide de l'infirmière du PQDCS ou des infirmières des GMF pour identifier les patientes ciblées au PQDCS parmi leur clientèle

6 CONSTATS, DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Caractéristiques des répondants

Les résultats de notre étude indiquent que les répondants détiennent des attitudes et rapportent des comportements favorables au dépistage du cancer du sein, à la mammographie et à l'examen clinique des seins. Or, contrairement aux résultats des études antérieures indiquant que les femmes médecins et les médecins plus jeunes sont plus enclins à adopter des pratiques préventives (Bulliard et coll., 2005; Metsch et coll., 1998; Pham et coll., 2005; Symons et coll., 2002; Van Harrison et coll., 2003), la majorité de nos répondants sont des hommes et des médecins ayant plus de 20 ans de pratique. Il est possible que ces différences soient dues au fait que la majorité d'entre eux exerce dans des cliniques médicales. En effet, les résultats des études antérieures suggèrent que ce genre de pratique tend à motiver les médecins à poser des actes préventifs, plus particulièrement lorsqu'ils perçoivent, comme le font nos répondants, du renforcement de la part de leurs collègues de travail et de la réceptivité chez leurs patientes (Burak, 1989; Grady et coll., 1996; St-Amour, 2000).

Perceptions du dépistage du cancer du sein par mammographie, de l'examen clinique des seins et de l'auto-examen des seins

La mammographie est évaluée comme une méthode efficace pour le dépistage du cancer du sein par les médecins et la réaction des patientes est positive face à cet examen. La recommandation de la mammographie aux deux ans telle que prévue au cadre de référence du PQDCS est bien suivie. Toutefois, ils indiquent que certains facteurs de risque justifient une modification de la fréquence de la mammographie. La présence de densité mammaire élevée chez les femmes suscite des questionnements.

Une ambiguïté subsiste quant au dépistage des femmes de 40 à 49 ans touchant tant les critères cliniques de référence à la mammographie que la gratuité de l'examen pour ces femmes. La publication récente d'études et de lignes directrices pour la mammographie de dépistage chez les femmes de 40 à 49 ans (Moss et coll., 2006, Qaseem et coll., 2007) devrait clarifier la situation.

Quant à la gratuité de la mammographie, une modification réglementaire sur les services assurés a été diffusée en octobre 2001 par le MSSS, y spécifiant que la mammographie de dépistage devient un service assuré pour les femmes de 35 à 49 ans en autant qu'elle soit passée dans un centre de dépistage désigné. Ceci vient ainsi renforcer l'importance pour les patientes d'être dirigées par leur médecin de famille vers les CDD.

L'examen clinique des seins est effectué par les répondants mais la pratique diffère selon les médecins notamment en ce qui concerne l'âge du début de l'ECS d'où la nécessité d'une recommandation claire.

L'auto-examen des seins est encore enseigné par certains médecins qui se disent inconfortables face aux informations contradictoires qui circulent sur cette pratique. En 2001, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Baxter et coll., 2001) a émis une recommandation de catégorie D pour l'AES car qu'il y avait des preuves raisonnables de l'absence d'avantages et qu'il y avait de bonnes preuves de préjudices dans l'enseignement de routine de l'AES aux femmes. Toutefois, plusieurs organismes continuent à faire la promotion de cette pratique. Des lignes directrices plus précises sont souhaitées par les médecins.

D'après la littérature, le manque de consensus dans la communauté médicale (Borduas et coll., 2002; Parochka et Paprockas, 2001) et l'existence de recommandations conflictuelles (Burak, 1989; Symons et coll., 2002) peuvent constituer des barrières importantes à la pratique préventive en cancer du sein. L'existence de guides de pratique ou de lignes directrices claires, en prévention du cancer du sein, faciliterait la pratique préventive des médecins (Symons et coll., 2002).

Recommandations :

- ✓ Diffuser des lignes directrices claires sur le dépistage par mammographie chez les femmes de 40 à 49 ans, sur la pratique de l'ECS et de l'AES ainsi que sur l'intervalle de la mammographie en présence de situations particulières ou de densité mammaire élevée.
- ✓ Expliquer la notion de services assurés en regard de la mammographie de dépistage pour une femme et ce, pour tous les groupes d'âge.

Taux de participation au PQDCS

Les répondants sont tous surpris, voire déçus, du faible taux de participation des Lavalloises au programme alors qu'ils croient que la participation de leurs clientes est nettement supérieure à 60 %. Selon eux, ils réfèrent toutes leurs patientes et croient que leurs confrères font de même. La référence des femmes pour la mammographie de dépistage se fait généralement vers les CDD. Toutefois, certains répondants ne dirigent pas leurs patientes vers les centres de dépistage pour leur mammographie mais plutôt vers le CRID ou des centres non désignés des régions limitrophes. Or, les données concernant le dépistage de ces femmes ne sont pas enregistrées au système d'information du PQDCS, nuisant ainsi à l'évaluation de l'atteinte des normes du programme. Ceci pourrait expliquer partiellement le faible taux de participation à Laval (46,2 %). De plus, la référence des femmes vers des centres non désignés nuit au processus d'assurance qualité car ils ne sont pas soumis aux normes et exigences portant sur le contrôle et le suivi de la qualité des examens de mammographie du PQDCS.

D'autres hypothèses sont apportées pour expliquer ce faible taux de participation, dont la non inscription des femmes au PQDCS et les barrières des femmes à la mammographie. Un projet d'étude visant à identifier les barrières à la mammographie chez les Lavalloises est d'ailleurs prévu pour l'hiver 2008. De plus, les médecins souhaiteraient recevoir de l'information concernant les femmes réfractaires à la mammographie ou qui annulent un rendez-vous. Toutefois, le centre de coordination des services régionaux (CCSR) ne dispose pas de cette information.

Finalement, la référence par les médecins serait facilitée s'ils possédaient une meilleure connaissance du fonctionnement des quatre CDD de Laval, s'ils possédaient des tablettes de prescription pour chacun des centres, et si le processus de prise de rendez-vous était amélioré. La connaissance des fonctions et des structures de référence du programme a d'ailleurs été soulevée comme un facteur important de l'implication des médecins à un programme de dépistage (Borduas et coll., 2002; Rossi et coll., 2004).

Recommandations :

- ✓ Diffuser la liste des centres désignés de la région et les modalités de fonctionnement de ces centres aux médecins.
- ✓ Discuter avec les CDD sur la façon d'améliorer la prise de rendez-vous et l'accessibilité pour une mammographie de dépistage.
- ✓ Informer les médecins sur les conséquences de diriger les femmes vers les centres de référence pour investigation désignés (CRID) ou vers des centres non désignés pour la mammographie de dépistage
- ✓ Vérifier la faisabilité d'une ordonnance permanente pour la mammographie de dépistage à Laval.
- ✓ Vérifier le processus d'inscription des femmes au PQDCS auprès de chaque centre de dépistage désigné.

Lettres envoyées aux femmes

L'envoi de lettres d'invitation aux femmes est approuvé unanimement par les répondants et ils soulignent que les femmes réagissent favorablement à ces lettres. Toutefois, certaines femmes désirent en discuter avec leur médecin avant de prendre rendez-vous pour une mammographie. L'aide du médecin dans la prise de décision est d'ailleurs soulevée par Chamot et coll. (2004).

Les médecins suggèrent de raccourcir et de simplifier les lettres tout en y spécifiant que le programme est endossé par les médecins du Québec. Le contenu des lettres a évolué dans le temps et selon les régions, mais il devra sans doute être adapté au formulaire de consentement et au dépliant sur le programme qui seront modifiés prochainement.

Une confusion existe sur la date de l'envoi de la lettre de rappel aux deux ans qui ne coïncide pas avec la date d'anniversaire de naissance des patientes ainsi que sur la fréquence de son envoi compte tenu des délais de rendez-vous dans les centres de dépistage. Constituant une obligation du programme, les lettres de rappel sont systématiquement envoyées aux femmes 23 mois suivant la date du dépistage précédent et ce, sans égard à la date de naissance de la femme.

Selon les médecins participants, la lettre de résultat est appréciée par les femmes surtout si ce dernier est normal. Dans le cas de résultat anormal, ils souhaiteraient qu'il y ait un plus grand décalage entre la réception du résultat par le médecin et l'envoi de la lettre aux femmes afin de minimiser les attentes et l'anxiété de ces dernières. Le délai prévu au cadre de référence est actuellement de dix jours ouvrables suivant la date de la mammographie de dépistage (MSSS, 1996, p. 27). Cette lettre de résultat envoyée à la femme agit à titre de filet de sécurité dans l'annonce du résultat à la femme puisque le programme dans son ensemble vise une réduction des délais à chaque étape du cheminement.

Recommandations :

- ✓ Réviser le contenu des lettres d'invitation et de rappel.
- ✓ Revoir le délai d'envoi pour la lettre de résultat anormal aux femmes.
- ✓ Clarifier auprès des médecins le processus d'envoi des lettres.

Formulaire d'autorisation de transmission de renseignements relative à la participation au PQDCS

Près de la moitié des répondants avouent ne pas connaître ce formulaire. Leurs connaissances sur son utilité, sa signature et les conséquences d'un refus signifié par la femme sont limitées. Ceux qui le connaissent, mentionnent qu'il est utile pour la tenue de statistiques, le suivi et le rappel des femmes. Son existence est par ailleurs questionnée puisque, pour certains, le fait de passer une mammographie de dépistage équivaut à un consentement tacite de la participation de la femme au programme. Certains répondants mentionnent que leurs patientes refusent de signer ce formulaire mais disent ne pas connaître les conséquences d'un tel geste ou croient que les conséquences sont partielles.

Conséquemment, il n'est pas clair pour certains médecins si leurs patientes font ou non partie du programme, et si elles reçoivent ou non une lettre pour passer leur mammographie aux deux ans. De plus, dans le contexte actuel de pénurie de médecins de famille, de débordement des cliniques et de pratique d'urgence soulevé par les répondants, il peut être difficile pour un médecin de donner un rendez-vous à une femme pour lui prescrire sa mammographie d'où l'importance de mieux comprendre le processus d'envoi de lettres aux femmes par ceux-ci et d'inciter les femmes à participer.

Recommandation :

- ✓ Informer les médecins de l'existence du formulaire d'autorisation de transmission de renseignements relative à la participation au PQDCS, de son utilité, de l'implication de la signature de la femme et des conséquences d'un refus indiqué au formulaire.

Suivi des mammographies de dépistage

Lors d'un résultat normal, la majorité des répondants ne fait aucun suivi auprès des patientes car ces dernières reçoivent une lettre de résultat du programme. Par ailleurs, ils appellent personnellement leurs patientes lorsque le résultat de la mammographie est anormal.

Le contenu du rapport de dépistage (petits caractères, abréviations, manque de détails) est déploré. Les médecins souhaitent un rapport écrit avec schéma des seins ainsi qu'un meilleur libellé concernant les démarches faites ou à entreprendre à la suite d'un résultat anormal, ce que Borduas et coll. (2003) ont aussi soulevé dans leur étude. De plus, des erreurs lors de l'envoi des rapports de dépistage sont notées (oubli d'envoyer le rapport, mauvais médecin, oubli du médecin référant) et il est suggéré que le personnel des centres de dépistage soit plus vigilant lors de l'envoi des rapports aux médecins.

Nos résultats indiquent que deux procédures mises en place par le PQDCS tendent à être moins fonctionnelles soit le suivi des examens complémentaires par les CDD et la liste des médecins pour les patientes « orphelines ».

Les procédures des CDD concernant les examens complémentaires sont méconnues et ne sont pas uniformes d'un CDD à un autre. Trois CDD de Laval effectuent un suivi direct auprès des femmes en prescrivant les examens complémentaires requis et en appelant les femmes pour leur offrir un rendez-vous mais, sans avertir les médecins traitants s'ils n'ont pas pu rejoindre les femmes pour leurs examens complémentaires. Le quatrième CDD ne fait pas les examens complémentaires radiologiques. Par ailleurs, sur ordonnance du médecin traitant, il accepte de faire les échographies. Selon les répondants, tous les CDD devraient assumer l'ensemble du processus d'imagerie avant de faire le suivi auprès d'eux ce qui leur permettrait d'assurer un suivi adéquat auprès de leurs patientes tout en minimisant les démarches. De plus, selon les médecins, tout examen complémentaire devrait être gratuit pour les femmes visées par le PQDCS, peu importe le centre où elle se présente. L'échographie est l'acte médical non assuré en cabinet privé pour lequel les médecins souhaiteraient la gratuité dans le cadre de ce programme.

Un peu plus de la moitié des répondants réfèrent leurs patientes au CRID de Laval où d'excellents services sont offerts. D'ailleurs, ils soulèvent que la référence des Lavalloises devrait se faire vers le CRID de Laval, peu importe l'endroit où elle obtient son dépistage. Toutefois, la consultation à un chirurgien est questionnée lorsque seule une échographie est demandée par le médecin traitant. De plus, certains répondants notent que les procédures d'un CRID de Montréal sont plus simples. En effet, le cadre de référence prévoit les responsabilités des centres désignés mais sans définir la structure organisationnelle. Les centres déterminent leur propre organisation et offre de service ce qui explique cette grande disparité.

Des études montrent que pour faciliter le suivi de toute mammographie, il faudrait préalablement que le médecin soit avisé si une femme ne se présente pas à son rendez-vous pour mammographie (McPhee et coll., 1993; Costanza et coll., 2000). Certains médecins souhaiteraient être avisés lorsqu'une femme ne se présente pas à son rendez-vous. Aucune démarche particulière en ce sens n'est prévue au programme au-delà de l'invitation et de la relance par lettre.

Un répondant de la liste des médecins pour les patientes « orphelines » souhaite que les CDD informent les femmes que ces médecins ne sont pas tenus de les prendre dans leur clientèle au-delà du suivi pour leur mammographie de dépistage. Un avis du Collège des médecins du Québec a déjà été envoyé aux médecins volontaires à cet effet lors de leur inscription sur cette liste. Il lui semble difficile d'offrir un service adéquat à ces femmes. Il se perçoit comme une « courroie de transmission » avec le CRID et il suggère un protocole spécial de suivi en lien avec la référence au CRID. Cette liste de médecins est par ailleurs importante puisque presque le quart des Lavalloises de 18 ans et plus (22,3 %) dit ne pas avoir de médecin de famille (Corbeil, 2006).

Les problématiques soulevées mettent en évidence une certaine confusion du rôle des différentes instances du PQDCS. Car qui assume le suivi des femmes? Est-ce le CDD qui rappelle la femme pour des examens complémentaires ou le CRID ou le médecin de famille ou le programme ? Ceci coïncide avec les résultats des études antérieures qui indiquent que les médecins tendent à ne pas adhérer aux règles ou politiques du guide de pratique lorsqu'ils les perçoivent inappropriées, difficiles à actualiser ou

mal adaptées à leur milieu de pratique (Burak, 1989; Koutsavlis, 2001). En mars 2006, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Dr Philippe Couillard, adressait une lettre à tous les médecins dans laquelle il est indiqué que ces derniers demeurent le médecin traitant de la patiente indépendamment de tout examen effectué par les centres. Malgré cette lettre aux médecins, la confusion semble persister compte tenu de la disparité de fonctionnement des centres telle que mentionnée précédemment.

Recommandations visant les CDD lavallois:

- ✓ S'assurer que les CDD envoient les rapports de dépistage aux médecins traitants et aux médecins référants.
- ✓ Sensibiliser les CDD privés à informer les femmes sur la gratuité de l'échographie en centre hospitalier.
- ✓ Sensibiliser les CDD aux difficultés des médecins devant les disparités de suivi des femmes suite à une mammographie anormale.
- ✓ Sensibiliser les CDD au rôle limité des médecins volontaires.

Recommandations visant le CRID de Laval :

- ✓ Réviser avec le CRID la procédure de référence des femmes et la diffuser auprès des médecins.
- ✓ Évaluer la pertinence de la consultation systématique par un chirurgien des femmes référées pour investigation.

Recommandations visant le CCSR:

- ✓ Clarifier et valoriser le rôle du médecin traitant au sein du PQDCS.
- ✓ Vérifier la faisabilité de la mise en place d'une procédure de suivi auprès du médecin pour l'informer de l'annulation de rendez-vous de sa cliente ou de son refus de participer au programme.
- ✓ Réviser le processus mis en place pour les patientes « orphelines ».

Recommandations visant le MSSS:

- ✓ Réviser la présentation, le contenu du rapport de dépistage ainsi que le libellé concernant la référence pour les examens complémentaires, et l'harmoniser au rapport radiologique dicté.

Outils proposés aux médecins par le MSSS

Les feuillets d'information du MSSS, s'adressant spécifiquement aux médecins, sont jugés plus ou moins utiles par la majorité des répondants. Cependant, ceux-ci suggèrent d'améliorer la présentation de ces feuillets en fournissant des informations concises, sur une seule page recto-verso, avec un titre qui attire l'attention du lecteur et un contenu à portée plus régionale ou locale. Différents sujets sont proposés pour de futurs feuillets d'information.

Les répondants trouvent que les dépliants du PQDCS leur sont peu utiles mais sont toutefois nécessaires pour les femmes en accompagnement de la lettre d'invitation. Le dépliant « Mieux vaut agir que réagir » constitue d'ailleurs une exigence de la Commission d'accès à l'information visant un consentement éclairé de la femme au PQDCS.

Recommandations :

- ✓ Améliorer la présentation de feuillets ou dépliants destinés aux médecins concernant le PQDCS : informations concises, une page recto-verso, avec titre accrocheur et un contenu à portée plus régionale ou locale.
- ✓ Maintenir l'envoi du dépliant « Mieux vaut agir que réagir » auprès des femmes avec toute lettre d'invitation et de rappel ou pour diffusion lors d'activités de sensibilisation auprès des femmes.

Outils et stratégies proposés régionalement et suggestions des répondants

La majorité des répondants serait intéressée à recevoir, de façon confidentielle, le nombre de participantes au PQDCS parmi leur clientèle. Toutefois, ils indiquent que toutes statistiques transmises devraient être présentées sur une page recto-verso, de façon confidentielle et comme un outil formateur et motivateur face à leur investissement en promotion du dépistage.

Des autres stratégies soumises aux répondants, il ressort que l'identification des dossiers des patientes est jugée superflue par les deux tiers des répondants puisque la préoccupation du dépistage est intégrée dans leur pratique médicale (feuille sommaire au dossier, identification des dossiers par groupe d'âge, etc.). Cette stratégie est perçue comme une évaluation de leur pratique dont ils doutent de la faisabilité et de l'efficacité.

Par ailleurs, l'aide de l'infirmière du PQDCS pour acheminer leurs patientes de 50 à 69 ans au PQDCS est perçue comme un filet de sécurité pour le programme et un changement positif de la pratique médicale pour certains répondants. Elle pourrait être mise à contribution en ciblant, dans les cliniques d'urgence, les femmes de 50 à 69 ans sans médecin de famille, pour les sensibiliser au dépistage du cancer du sein et leur obtenir une ordonnance médicale. Cependant, pour d'autres répondants, cela constitue une intrusion dans la pratique médicale et n'aura aucun impact sur leur pratique.

Quant à la participation des répondants à un groupe de réflexion, cette stratégie est accueillie favorablement. Toutefois, le nombre de rencontres, l'animation et la compensation doivent être précisés avant de se porter volontaire ou de déléguer un autre collègue ou professionnel pour y participer.

Les répondants émettent par la suite des suggestions concrètes pour améliorer la participation des femmes au PQDCS (ex. : lettre d'invitation avec date, heure et lieu de RV précisés) et la référence des femmes au programme par le médecin (ex. : programme informatique basé sur l'histoire médicale et familiale de la patiente, études prospectives et rétrospectives sur l'impact du dépistage). Ces stratégies proposées pourront faire l'objet de vérifications quant à leur faisabilité et éventuellement d'un projet-pilote.

De plus, ils suggèrent des mises à jour périodiques sous la forme de dîner-conférence, colloques, articles dans des revues médicales. Finalement, une stratégie visant les femmes sans médecin traitant devrait être développée par une diffusion de matériel promotionnel dans des endroits spécifiques pour atteindre cette clientèle.

Toutefois, aucun outil ou stratégie ne peut garantir la référence des femmes au programme par le médecin traitant. Chaque outil ou stratégie visant les femmes doit être développé en s'assurant de rejoindre la bonne clientèle. Par ailleurs, les stratégies pour améliorer ou faciliter la pratique médicale doivent tenir compte du contexte dans lequel ils opèrent.

Recommandations :

- ✓ Fournir aux médecins traitants le nombre de femmes participantes au programme parmi leur clientèle et ce, de façon confidentielle.
- ✓ Rencontrer les infirmières des GMF, leur présenter le PQDCS et développer un projet de collaboration dans l'identification et la référence des femmes vers le dépistage.
- ✓ Prévoir la tenue d'un groupe de réflexion sur les outils et stratégies à mettre en place pour sensibiliser les femmes à la mammographie.
- ✓ Promouvoir le dépistage du cancer du sein par divers moyens (annonces publicitaires, conférence, kiosques) dans divers endroits pour rejoindre, plus spécifiquement, la clientèle sans médecin de famille et celle de niveau socioéconomique faible.
- ✓ Organiser des conférences ou un colloque sur le cancer du sein.
- ✓ Rédiger des articles dans des revues médicales, comme l'Actualité médicale, le Médecin du Québec

Forces et limites de l'étude

L'approche qualitative nous permet de connaître en profondeur les perceptions des médecins de Laval de leur rôle face à la prévention du cancer du sein et face au PQDCS. Une telle approche comporte des biais pouvant menacer la validité des résultats de l'étude. Afin de minimiser ces biais le plus possible, nous nous sommes assurés de respecter les critères de rigueur qui s'imposent à chacune des étapes reliées à l'échantillonnage, à la collecte des données et aux analyses subséquentes. Ainsi, nous avons pris soin d'échantillonner en diversifiant les sites et les cas couverts par l'échantillon théorique dans le but de rendre possible la transférabilité de nos résultats. La redondance des données, la récurrence des thèmes abordés par nos répondants, ainsi que la convergence des discours nous permettent de constater la saturation des données après une quinzaine d'entrevues. Nous nous sommes également assurés de l'intégrité des données par l'enregistrement et la transcription des entrevues. Finalement, nos analyses ont été réalisées par deux personnes afin d'obtenir la validité inter-juges.

Ce projet de recherche s'ajoute à deux autres dont un premier, portant sur la satisfaction des femmes lavalloises ayant passé une mammographie de dépistage (Corbeil, Larocque et Duval, 2007), et un second sur les caractéristiques et motifs des Lavalloises n'ayant pas passé de mammographie (recherche à venir). Les informations issues de ces trois projets devraient permettre de dégager les aspects positifs de la prévention du cancer du sein et du programme de dépistage et d'améliorer la référence et la participation des femmes à ce programme.

Futures recherches

Au cours de cette démarche évaluative auprès des médecins, nous avons constaté que l'ajout aux lettres de sollicitation de certains éléments les inciteraient à participer davantage aux projets comme le nôtre. Aussi, nous formulons certaines recommandations afin d'aider la tenue de futures études.

Recommandations :

- ✓ Formuler les objectifs en indiquant clairement les résultats attendus, utiliser des phrases courtes, allant directement au but.
- ✓ Inclure les critères de sélection afin de faire valoir la rigueur de notre démarche et la représentativité de notre échantillonnage.
- ✓ Souligner la contribution des données recueillies dans l'amélioration des interventions du programme évalué.
- ✓ Spécifier clairement qu'une compensation monétaire est prévue.

7 CONCLUSION

Dans l'ensemble, il ressort que le dépistage par mammographie est reconnu comme un moyen efficace pour réduire la mortalité par cancer du sein chez les femmes et que le *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN est apprécié des médecins. Toutefois, plusieurs ambiguïtés ont été soulevées tant sur des aspects cliniques (mammographie, ECS, AES) que sur des aspects organisationnels (procédures d'envoi des lettres, fonctionnement des centres désignés).

Des recommandations ont été formulées par les répondants afin de promouvoir le programme auprès des femmes ou de supporter les médecins dans la référence des femmes au programme. Ces divers outils et stratégies pourraient être développés pour renforcer leurs connaissances sur le fonctionnement du programme et faciliter leur pratique médicale tout en valorisant leur rôle en prévention et, plus particulièrement, au sein du PQDCS.

8 BIBLIOGRAPHIE

Baxter, N. conjointement avec le Groupe de travail canadien sur les soins de santé préventifs. (2001). Soins de santé préventifs, mise à jour 2001 : Les femmes devraient-elles procéder régulièrement à l'auto-examen des seins pour le dépistage du cancer du sein? *Canadian Medical Association Journal, 164*(13), 1-11.

Beaulieu, M.-D., Roy, D., Béland, F., Falardeau, M., & Hébert, G. (1994). Dépistage du cancer du sein: l'intervention du médecin de famille est-elle efficace? *L'Union Médicale du Canada, 123,* 154-162.

Bekker, H., Morrison, L., & Marteau, T. (1999). Breast screening: GPs' beliefs, attitudes and practices. *Family Practice, 16,* 60-65.

Borduas, L., Sauvageau, L., Blais, J., Doray, G., Moreault, L., & Lemieux, A.P. (2002). *Étude exploratoire des perceptions des médecins au regard du Programme québécois de dépistage du cancer du sein*. Québec (Qc) : Direction de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec et Coordination des services régionaux du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Bulliard, J.L., de Landtsheer, J.P., & Levi, F. (2005). Fidélisation aux programmes de dépistage du cancer du sein en Suisse: rôle central du médecin. *Praxis, 94*(36), 1381-1387.

Burak, R.C. (1989). Barriers to clinical preventive medicine. *Primary Care, 16*, 245-250.

Chamot, E., Charvet, A., & Perneger, T.V. (2004) Women's preferences for doctor's involvement in decisions about mammography screening. *Medical Decision Making, 24*(4), 379-385.

Corbeil, M.R. (2006). *Sondage auprès des Lavallois sur la disponibilité d'un médecin de famille.* Laval (Qc): Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Laval.

Corbeil, M.R., Larocque, D., & Duval, M. (2007). *Satisfaction des femmes ayant obtenu une mammographie de dépistage dans les centres de dépistage désignés de la région de Laval*. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Laval.

Costanza, M.E., Stoddard, A.M., Luckmann, R., White, M.-J., Avrunin, J.S., & Clemow, L. (2000). Promoting Mammography. Results of a Randomized Trial of Telephone Counseling and a Medical Practice Intervention. *American Journal of Preventive Medicine, 19*(1), 39-46.

Gaston, M.H., & Moody, L.E. (1995). Improving utilization of breast and cervical cancer screening in your office practice. *Journal of the National Medical Association, 87*, 700-704.

Golafshani, N. (2003). Understanding reliability and validity in qualitative research. *The Qualitative Report,* 8, 597-607.

Gorin, S.S., Gemson, D., Ashford, A., Bloch, S., Lantigua, R., Ahsan, H., & Neugut, A. (2000). Cancer education among primary care physicians in an underserved community. *American Journal of Preventive Medicine, 19*(1), 53-58.

Grady, K.E., Lemkau, J.P., Lee, N.R., & Caddell. C. (1997). Enhancing Mammography Referral in Primary Care. *Preventive Medicine, 26*, 791-800.

Grady, K.E., Lemkau, J.P., McVay, J.M., Carlson, S., Lee, N.R., Minchella, M. & Caddell. C. (1996). Clinical decision-making and mammography referral. *Preventive Medicine, 25,* 327-338.

Green, L.W., & Kreuter, M.W. (1991). *Health promotion planning. An educational and environmental approach*. Toronto (Ont) : Mayfield Publishing Company, 2nd ed.

Green, L.W., & Kreuter, M.W. (2005). *Health program planning. An educational and ecological approach.* New York, New-York : McGraw-Hill.

Guest, G., Bunce, A., & Johnson L. (2006). How many interviews are Enough?: An experiment with data saturation and variability. *Field Methods, 18*, 59-82.

Hudon, E., Beaulieu, M.D., & Roberge, D. (2004). Integration of the recommandations of the Canadian task force on preventive health care. *Family Practice, 21*, 11-17.

INSPQ (Institut national de santé publique du Québec). (2006). *Résultats au 30 juin 2006.*. Québec (Qc) : Équipe d'évaluation du PQDCS.

INCC (Institut national du cancer du Canada) (2007). Statistiques canadiennes sur le cancer du sein 2007, Ottawa.

Koutsavlis, A.T. (2001). *Dissémination des guides de pratiques chez les médecins*. Montréal (Qc) : Direction de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre et Institut national de santé publique du Québec.

Lane, D. & Messina, C. (1999). Current Perspectives on Physician Barriers to Breast Cancer Screening. *Journal of American Board Family Practice, 12*(1), 8-15.

Laperriere, A. (1993). *Les critères de scientificité des méthodes qualitatives.* Dans Les méthodes qualitatives en recherche Sociale : Problématique et enjeux. Acte du colloque du Conseil québécois de la recherche sociale, Rimouski.

Lemkau, J.P., & Grady, K.E. (September 1998). Impact of Family Physicians on Mammography Screening. *American Familial Physician, 58*(4), 854-859.

Lepage, C. et coll. (2005). *Les interventions favorisant la participation des femmes au dépistage par mammographie : Revue de la littérature.* Beauport (Qc) : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, Direction régionale de santé publique.

Mandelblatt, J., & Kanetsky, P.A. (1995). Effectiveness of Interventions to Enhance Physician Screening for Breast Cancer. *Journal of Family Practice, 40*(2), 162-171.

Mandelblatt, J.S. & Yabroff, K.R. (1999). Effectiveness of interventions designed to increase mammography use : a meta-analysis of provider-targeted strategies. *Cancer, Epidemiology, Biomarkers and Prevention, 8*, 759-767.

Manfredi, C., Czaja, R., Freels, S., Trubitt, M., Warnecke, R., & Lacey L. (1998). Improving cancer screening in physician practices serving low-income and minority populations. *Archives of Family Medicine, 7*(4), 329-37.

Mayer, R., & Deslauriers, J.P. (2000). Quelques éléments d'analyse qualitative. Dans R. Mayer et collaborateurs (eds), *Méthodes de Recherche en Intervention Sociale*, (pp. 159-189), Montréal (Qc) : Gaëtan Morin Éditeur, 159-189.

McPhee, S., & Detmer, W.M. (1993). Office-Based Interventions to Improve Delivery of Cancer Prevention Services by Primary Care Physicians. *Cancer Supplement, 72*(3), 1100-1112.

Metsch, L.R., McCoy, C.B., McCoy, H.V., Pereyra, M., Trapido, E., & Miles, C. (1998). The Role of the Physician as an Information Source on Mammography. *Cancer Practice. 6*(4), 229-236.

Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis*. Thousand Oaks (CA) : Sage Publications Inc., 2nd ed.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (1996). *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN, Cadre de référence. Gouvernement du Québec, MSSS, Direction générale de la santé publique.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (1998). *Trousse de formation des Médecins de première ligne*. Gouvernement du Québec, MSSS.

Morin, A. (1993). Outils de validation de l'analyse des données en recherche-action intégrale. *Revue de l'Association pour la recherche qualitative, 8,* 43-63.

Moss, S.M., Cuckle, D., Evans, Andy, Johns, L., Waller, M. & Bobrow, L. (2006). Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years' follow-up: a randomised controlled trial. *The Lancet, 368,* 2053-2060.

Parochka, J. & Paprockas, K. (2001). A continuing medical education lecture and workshop, physician behavior, and barriers to change. *Journal of Continuing Education in the Health Professions, 21*(2), 110-116.

Pham, H.H., Schrag, D., Hargraves, J.L., & Bach, P.B. (July 2005). Delivery of Preventive Services to Older Adults by Primary Care Physicians. *The Journal of the American Medical Association, 294*(4), 473-481.

Pourtois, J.P., & Desmet, H. (1989). Pour une recherche qualitative et néanmoins scientifique. *Réseaux, 55,* 13-35.

Qaseem, A., Snow, V., Sherif, K., Aronson, M., Weiss, K.B., & Owens, D.K. (2007). Screening Mammography for Women 40 to 49 Years of Age: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine, 146*(7), 511-515.

Rossi, C., Borduas, F., Gagnon, L., Moreault, L., & Vaillancourt, L. (2004). *Pratiques préventives en cancer du sein : comparaison de trois milieux de pratique médicale*. Québec (Qc) : Groupe de travail Actions-médecins en cancer du sein, Équipe Organisation des services et évaluation, Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale.

Santé Canada. (2003). *Déterminants de la qualité des programmes organisés de dépistage du cancer du sein*. Groupe de travail sur les déterminants de la qualité présidé par Dr Diane Major, Ottawa.

Shapiro S, Venet W, Strax P et al. (1982). Ten to fourteen-year effect of screening on breast cancer mortality*. Journal of National Cancer Institute, 9,* 349-355.

Sharp, P.C., Michielutte, R., Spangler, J.G., Cunningham, L., & Freimanis, R. (2005). Primary care providers concerns and recommendations regarding mammography screening for older women. *Journal of Cancer Education, 20*, 34-38.

Sin, J.P., St-Leger, A.S. (1999). Interventions to increase breast screening uptake : do they make any difference? *Journal of Medical Screening, 6*, 170-181.

SPSS/PC+. (2004). *Base System User's Guide Version 12.0.* Chicago (III) : SPSS Inc.

St-Amour, M. (2000). Analyse des déterminants de la prescription de mammographie de dépistage, Rapport de stage. Montréal (Qc) : Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

Symons, A.B., Mahoney, M.C., Englert, J., & Mirand, A.L. (2002). Variations in Approaches to Breast Cancer Screening among Primary Care Physicians. *Journal of Cancer Education, 17*(4), 205-210.

Van Harrison, R., Janz, N.K., Wolfe, R.A., Tedeschi, P.J., Stross, J.K., Huang, X., & McMahon, L.F Jr. (November 2003). Characteristics of primary care physicians and their practices associated with mammography rates for older women. *Cancer, 98*(9), 1811-1821.

Walsh, J. & McPhee, S. (1992). A System Model of Clinical Preventive Care: An Analysis of Factors Influencing Patient and Physician. *Health Education Quarterly, 19*(2), 157-175.

ANNEXES

ANNEXE 1 - SCHÉMA D'ENTREVUE

1. Pensez-vous que le dépistage est un moyen efficace pour réduire la mortalité par cancer du sein chez les femmes ?

   a. Êtes-vous à l'aise avec le groupe d'âge recommandé par le PQDCS, soit les 50 à 69 ans ?
   b. Dans quelles circonstances trouvez-vous opportun de faire l'examen clinique des seins chez vos patientes ? À quelle fréquence le faites-vous ?
   c. Prescrivez-vous des mammographies de dépistage à vos patientes âgées entre 50 et 69 ans? À quelle fréquence le faites-vous ? Habituellement, comment réagissent les patientes à votre prescription ?
   d. Lorsque vous leur prescrivez une mammographie de dépistage, à quel endroit les référez-vous habituellement ?

2. Que pensez-vous des procédures mises en place dans le PQDCS ?

   - lettre d'invitation;
   - lettre de relance;
   - lettre de résultats;
   - lettre de rappel aux deux ans.

3. Recommandez-vous à vos patientes de signer le formulaire d'autorisation de transmission de renseignements relative à la participation au PQDCS au moment de passer leur mammographie au CDD (Centre de dépistage désigné) ?

   a. D'après vous, quelle est l'utilité de ce formulaire de consentement ?
   b. Ce formulaire peut-il donner à votre patiente, ou à vous, l'impression que le PQDCS va la prendre en charge, à la place de son médecin de famille ?
   c. Selon vous, si votre patiente n'autorise pas le transfert de ses données, va-t-elle recevoir les résultats de sa mammographie du PQDCS ?

4. À la suite de la mammographie de votre patiente, vous recevez le rapport du CDD.
   a. Quel suivi faites-vous du rapport auprès de votre patiente si le résultat est *normal* ?
   b. Si le résultat est *anormal* :
      - ✓ À quel endroit faites-vous la demande pour des examens complémentaires : au CDD, au CRID (centre de référence pour investigation désigné), dans un hôpital, ou ailleurs ?
      - ✓ À la suite de ces examens complémentaires, quel suivi faites-vous habituellement auprès de votre patiente ?
      - ✓ Si les examens complémentaires suggèrent un contrôle aux 6 mois, ou aux 12 mois, quel suivi faites-vous auprès de votre patiente ?
   c. Trouvez-vous complexes ces procédures de suivi ? Avez-vous des suggestions pour les alléger ?

5. Avez-vous reçu des feuillets d'information du Ministère ?

   a. Pensez-vous être suffisamment outillé pour :
      - ✓ Parler à vos patientes de l'importance du dépistage du cancer du sein et de la mammographie ?
      - ✓ Les informer des procédures du PQDCS ?
   b. Y a-t-il des outils qui vous seraient utiles pour faciliter vos références au PQDCS ?
      - ✓ Connaissez-vous la feuille sommaire de l'examen médical périodique produite par le Collège des médecins du Québec ?

- ✓ Souhaitez-vous recevoir, de façon confidentielle, des statistiques annuelles, sur le nombre de vos patientes qui participent au PQDCS ?

c. Auriez-vous d'autres suggestions d'outils pour vous, ou pour vos patientes ?

6. Pourriez-vous nous proposer des stratégies pour faciliter la référence des femmes au PQDCS ?

   a. Accepteriez-vous que les dossiers de vos patientes, âgées de 50 à 69 ans, soient identifiés spécialement pour vous rappeler de leur parler du PQDCS ?
   b. Comme projet pilote, accepteriez-vous que l'infirmière du PQDCS aide votre secrétaire à identifier les patientes âgées de 50 à 69 ans et à les acheminer vers le PQDCS ?
   c. *La question s'adresse seulement aux médecins qui travaillent dans une clinique, ou dans un CLSC* : selon vous, y a-t-il une personne dans votre organisme qui serait intéressée à réfléchir avec nous sur des mécanismes facilitant les références des femmes au PQDCS ?

7. Y a-t-il des sujets sur le dépistage du cancer du sein, ou sur le PQDCS, qui ne sont pas abordés durant cette entrevue et dont vous aimeriez nous faire part ?

Je vous remercie de m'avoir accordé cette entrevue.

ANNEXE 2 - LETTRE DE SOLLICITATION DE LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LAVAL

Le 31 août 2006

«Titre» «Prénom» «Nom»
«Fonction»
«Organisme»
«Département»
«Adresse»
«Ville», «Province», «Code_Postal»

«Case»

OBJET : Projet d'évaluation portant sur la perception des médecins face au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) et au cheminement de la femme dans ce programme

Docteur,

Nous sollicitons votre collaboration pour un projet d'évaluation portant sur la perception des médecins lavallois en regard du programme de dépistage du cancer du sein et du cheminement de la femme dans ce programme.

Le PQDCS existe depuis 1998 à Laval. En 2005, cependant, le taux de participation des femmes lavalloises n'était que de 42,3 %. La littérature démontre que la référence du médecin constitue un facteur important influant sur la décision d'une femme de passer une mammographie de dépistage. D'ailleurs, plus de la moitié des participantes lavalloises adhèrent au programme suite à une ordonnance de leur médecin. Le médecin traitant joue donc un rôle important auprès de ses patientes.

Vous avez été choisi pour votre pratique médicale représentative à Laval. Nous souhaitons vous rencontrer pour une entrevue d'une durée d'environ 45 à 60 minutes afin de mieux connaître les facteurs qui facilitent l'implication des omnipraticiens et des gynécologues au PQDCS. Nous vous offrons une compensation de 100 $ pour vous remercier de cette participation. L'entrevue sera menée par madame Minh-Nguyet Nguyen, conseillère en recherche à la Direction de santé publique de Laval. Cette dernière communiquera avec vous afin de connaître votre intérêt à participer à ce projet et convenir de la date et du lieu de l'entrevue. Vos propos demeureront confidentiels et vous recevrez les résultats globaux de cette étude.

Nous vous serions gré d'accepter de collaborer à ce projet!

La directrice de santé publique par intérim,

Le chef du DRMG de Laval,

PH/MP/mj

c.c. : Madame Minh-Nguyet Nguyen, Ph.D., Direction de santé publique
Madame Diane Larocque, coordonnatrice régionale du PQDCS, CSSSL, Centre ambulatoire

ANNEXE 3 - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES MÉDECINS

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES MÉDECINS

Titre de l'étude :
Perception des médecins face à leur rôle en prévention du cancer du sein et au *Programme québécois* DU DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN.

Chercheures principales :
- Nguyen, Minh-Nguyet, PhD, Direction de santé publique, Agence de santé et des services sociaux de Laval
- Larocque, Diane, M.Sc., MAP, Coordonnatrice régionale du PQDCS, CSSSL, Centre ambulatoire

Vous avez accepté de participer à une entrevue individuelle qui nécessitera l'enregistrement de la rencontre. Voici le formulaire de consentement qui a pour but de vous donner une idée générale du projet.

N'hésitez pas à demander plus de détails ou de renseignements.

1. Contexte du projet

Le cancer du sein vient au premier rang des cancers diagnostiqués chez les femmes au Canada et représente la seconde cause de décès par cancer, après le cancer du poumon. Les résultats de certaines études ont démontré que le dépistage pouvait réduire dans une proportion allant jusqu'à 40% le taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans.

Le PQDCS existe depuis 1998 à Laval. En 2005, cependant, le taux de participation des femmes lavalloises n'était que de 42,3 %. La littérature démontre que la référence du médecin constitue un facteur important influant sur la décision d'une femme à passer une mammographie de dépistage. D'ailleurs, plus de la moitié des participantes lavalloises adhèrent au programme suite à une ordonnance de leur médecin.

2. Objectifs de l'étude

Ce projet vise à connaître les facteurs qui facilitent l'implication des omnipraticiens et des gynécologues au PQDCS afin d'augmenter le taux de participation des femmes à la mammographie de dépistage.

3. Méthodologie de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative qui utilisera des entrevues individuelles auprès d'une quinzaine de médecins. La durée des entrevues sera de 45 à 60 minutes. Les rencontres seront enregistrées.

4. Effets secondaires défavorables possibles, risques et inconfort relatifs à la participation à l'étude

Il n'y en a pas.

5. Avantages de l'étude

Il n'y a aucun avantage prévu à participer à cette étude. Cependant, ces renseignements nous donneront des pistes précieuses pour favoriser l'implication optimale des omnipraticiens et des gynécologues de Laval au PQDCS.

6. Renseignements et retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Si vous décidez de participer, vous devrez signer ce formulaire pour confirmer que vous donnez votre consentement pour participer à l'étude et vous aurez la possibilité de vous retirer de l'étude en tout temps.

7. Confidentialité

Tous les renseignements personnels obtenus pendant cette étude demeureront confidentiels comme exigé par les lois applicables. Les enregistrements seront détruits dès la fin du projet. Seules seront gardées les transcriptions des entrevues. Tous les renseignements recueillis au cours de l'étude seront gardés dans une filière barrée et seront détruits cinq ans après la fin de l'étude. Ces documents seront tous codés et aucune information permettant de retracer ou d'identifier la personne ne sera disponible. Aucun rapport et communication scientifique liés à cette étude ne contiendront d'information permettant de vous identifier.

8. Compensation

Une compensation financière de 100,00 $ vous sera remise immédiatement après l'entrevue. Votre participation à cette étude ne vous prive pas de vos droits légaux et ne libère pas les chercheurs de leurs responsabilités légales et professionnelles.

9. Personnes ressources

Vous aurez une copie de ce formulaire de consentement. Vous pouvez demander des renseignements additionnels à tout moment pendant l'étude à Mme Nguyen, au (450) 978 2121, local 2074.

CONSENTEMENT

1. Je confirme que j'ai eu le temps nécessaire pour consulter l'information ci-dessus et être conseillé au besoin. J'ai reçu une copie du formulaire de consentement. J'ai lu ce formulaire de consentement, j'ai compris son contenu et je consens librement à participer à l'étude, selon les conditions décrites dans ce document.

2. Je comprends que ma participation à l'étude est volontaire et que je peux refuser de participer ou me retirer de l'étude à tout moment, sans pénalité ou perte des avantages auxquels j'ai droit autrement.

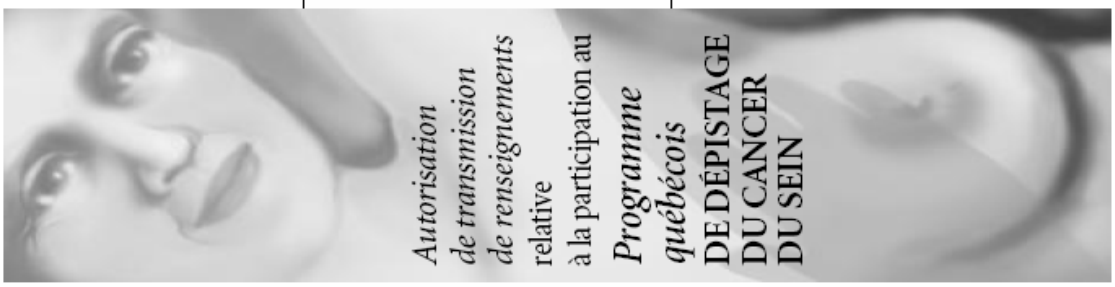
MÉDECIN

Nom (*caractères d'imprimerie*)	Prénom (*caractères d'imprimerie*)
Signature	Date

TÉMOIN

Nom (*caractères d'imprimerie*)	Prénom (*caractères d'imprimerie*)
Signature	Date

ANNEXE 4 - FORMULAIRE D'AUTORISATION DE TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS RELATIVE À LA PARTICIPATION AU *PROGRAMME QUÉBÉCOIS* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN



Autorisation de transmission de renseignements relative à la participation au *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Nous vous demandons de remplir le présent formulaire.

Le centre de dépistage doit conserver une preuve écrite de la décision que vous prendrez relativement à la transmission des renseignements qui vous concernent.

Ceux-ci seront par la suite acheminés aux responsables du *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN.

Les renseignements qui seront transmis, si vous l'autorisez, sont : vos nom, prénom, numéro d'assurance maladie et adresse, les données cliniques recueillies au moment de la mammographie, ainsi que les résultats de votre mammographie et, s'il y a lieu, de vos examens complémentaires.

Ces renseignements ne seront transmis, si vous l'autorisez, qu'aux personnes suivantes :

1. Au médecin responsable à la coordination des services du *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN dans votre région, qui assurera le suivi de votre dossier et vous rappellera que le temps est venu de passer une mammographie.
2. Au responsable ministériel du *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN, afin de lui permettre de :
   - compiler les données cliniques recueillies lors de la mammographie, de même que les résultats de votre mammographie et, s'il y a lieu, de vos examens complémentaires ;
   - faire suivre votre dossier au médecin responsable de votre nouvelle région, si vous déménagez et que vous changez de région.

Vous devez indiquer sur le présent formulaire si vous autorisez ou si vous refusez la transmission des renseignements qui vous concernent en cochant la case appropriée et en signant le formulaire.

Si vous refusez la transmission des renseignements, aucun suivi ne sera fait à votre sujet dans le cadre du *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN. Étant donné l'importance de passer une mammographie aux deux ans, nous vous suggérons de communiquer avec votre médecin pour obtenir une prescription vous permettant de passer vos prochaines mammographies de dépistage.

Si vous acceptez, votre autorisation pourra être retirée en tout temps. De la même façon, si vous refusez, vous pourrez décider en tout temps de participer au programme.

Cette autorisation vous est demandée conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., A-2.1). Tous les renseignements personnels sont traités confidentiellement.

Renseignements

Les renseignements transmis aux fins du *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN sont les suivants :

Nom à la naissance _____

Prénom _____

Numéro d'assurance maladie _____

Adresse actuelle _____

Ville _____ Code postal _____

Des renseignements sur les données cliniques recueillies au moment de la mammographie, sur les résultats de la mammographie et, s'il y a lieu, des examens complémentaires sont également transmis aux fins du programme.

Décision

Les explications vous permettant de prendre une décision éclairée vous sont fournies dans la brochure intitulée *Mieux vaut agir que réagir.*

Il est très important d'indiquer si vous autorisez ou si vous refusez la transmission des renseignements qui vous concernent en cochant la case appropriée et en signant le formulaire.

La présente autorisation peut être révoquée en tout temps.

- ☐ *J'autorise la transmission des renseignements mentionnés ci-haut aux fins du Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
- ☐ *Je refuse la transmission des renseignements mentionnés ci-haut aux fins du Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Signature _____

Date _____

Santé et Services sociaux Québec

01-201-01