

**LES INTERVENTIONS FAVORISANT
LA PARTICIPATION DES FEMMES
AU DÉPISTAGE PAR MAMMOGRAPHIE :
REVUE DE LA LITTÉRATURE**

CÉLINE LEPAGE, M.Sc.
Professionnelle de recherche
avec la collaboration de
Francine Borduas, Claude Gagnon, Louise Grégoire,
Marie-Claude Messely, Louise Moreault et
Louise Thomassin

DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE
AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX
DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DE LA CAPITALE NATIONALE

AVRIL 2005

Personne à contacter pour obtenir un exemplaire du rapport :

Mme Sylvie Bélanger
Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale
2400, d'Estimauville, Beauport (Québec) G1E 7G9

Téléphone : (418) 666-7000, poste 217
Télécopieur : (418) 666-2776
Courrier électronique : s_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Coût du rapport : 12 \$

**Total : 12,84 \$ incluant la TPS et les frais postaux
payable à l'avance à l'ordre de DSP-ADRLSSSS de la Capitale nationale**

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM
Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada, 2005
Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec, 2005
ISBN : 2-89496-275-4

Citation suggérée :

LEPAGE, C. et coll. *Les interventions favorisant la participation des femmes au dépistage par mammographie : Revue de la littérature*, Beauport, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, Direction régionale de santé publique, 2005, 77 p.

RÉSUMÉ

Les statistiques démontrent que le cancer du sein est un problème de santé publique important qui touche tant les femmes que leur entourage et la communauté. *Le Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS)* a vu le jour en mai 1998 dans la région de Québec. Ce programme vise à réduire la mortalité par cancer du sein d'au moins 25 % chez les femmes invitées au dépistage. Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire que 70 % de toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans participent au PQDCS. Dans ce contexte, la participation des femmes ciblées devient une condition de réussite incontournable. Le taux de participation au dépistage par mammographie en 2004 dans la région de Québec se situe à 59,4 %.

La présente revue de la littérature a permis de dresser un état des connaissances afin d'avoir une meilleure compréhension quant à l'efficacité des interventions à déployer auprès des femmes et ainsi favoriser leur participation à la mammographie dans le contexte d'un programme de dépistage systématique du cancer du sein. Plus spécifiquement, cette démarche a permis de repérer et

d'analyser le niveau d'efficacité des interventions menées auprès des femmes, spécialement celles qui sont difficiles à rejoindre par des programmes de dépistage. Elle fournit aussi des outils permettant de porter un regard critique sur les interventions de sensibilisation menées auprès des femmes de la région de Québec pour les inciter à participer au dépistage par mammographie.

La démarche a permis de développer une typologie des interventions qui a servi de cadre d'analyse afin de dresser un portrait des diverses interventions répertoriées selon la cible (la ou les femmes) et selon qu'il s'agit d'une intervention unique ou d'interventions multiples (activités simultanées ou en séquence sur une période de temps donnée).

À chaque intervention étudiée par les auteurs consultés, il a été possible d'associer un niveau d'efficacité, soit une efficacité démontrée, une efficacité probable ou incertaine, ou l'absence d'efficacité. Le tableau synthèse suivant présente les principaux résultats quant au niveau d'efficacité des interventions répertoriées :

Niveaux d'efficacité	Interventions répertoriées
<p>Efficacité démontrée Il y a un consensus sur l'efficacité de l'intervention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lettres d'invitation à la mammographie, de relance, de rappel • Invitation et relance téléphonique • Contact avec la femme par la réceptionniste du médecin traitant (par lettre ou téléphone) • Envoi personnalisé de matériel éducatif • Séances d'information, encore plus efficaces si elles sont suivies par un rappel (par lettre ou téléphone) • Activités promotionnelles associées à d'autres activités de sensibilisation à la mammographie
<p>Efficacité probable ou incertaine Des problèmes méthodologiques, le peu d'études recensées, des données contradictoires, etc., ne permettent pas de confirmer ou d'infirmer l'efficacité de l'intervention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kiosques d'information dans des lieux publics avec entretiens individuels • Counselling téléphonique • Campagne publicitaire locale et activités promotionnelles sans être associées à d'autres activités de sensibilisation à la mammographie
<p>Absence d'efficacité Les études consultées démontrent que l'intervention est inefficace.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visites à domicile • Dépliants déposés dans divers lieux de la communauté • Lettre d'invitation offrant un rendez-vous prédéterminé distribuée aux femmes après la mammographie pour remettre à une amie • Information sur la mammographie transmise lors d'une visite au salon de coiffure

Ce travail a en outre permis de dégager des approches et des concepts théoriques dans le contexte du dépistage du cancer du sein :

- Plusieurs **facteurs influençant la participation des femmes** (barrières et facteurs facilitants) sont bien identifiés et font consensus.
- **L'approche multistratégie** où des interventions multiples, variées et complémentaires sont réalisées augmente l'utilisation de la mammographie.
- **Les théories du comportement** permettent de comprendre le processus d'adoption du comportement d'aller en mammographie de même que la pertinence de l'approche multistratégie.
- **Le modèle du conseiller de la santé issu de la communauté** est considéré efficace pour promouvoir la mammographie, particulièrement auprès des non-utilisatrices.
- **Les attitudes, le soutien et la norme sociale** qui se manifestent dans une communauté influencent les femmes dans leur choix d'aller ou non en mammographie. Ces aspects prennent forme principalement par les réseaux sociaux des femmes.
- **La mobilisation communautaire** s'avère un moyen intéressant pour utiliser les réseaux sociaux comme motivateurs à l'adoption de comportements préventifs. Par conséquent, elle peut contribuer aux changements sociaux en permettant la création d'une norme sociale et l'adoption d'attitudes positives envers la mammographie. Elle représente un moyen privilégié pour rejoindre des clientèles qui adoptent difficilement des comportements préventifs.
- Il existe quelques **modèles théoriques** qui illustrent des moyens pour recruter les femmes non utilisatrices de la mammographie.
- L'application d'un **cadre conceptuel écologique** à un programme de dépistage du cancer du sein permet d'avoir une vision globale d'un tel programme.

Les interventions, approches et concepts théoriques qui s'appliquent plus particulièrement aux femmes non utilisatrices de la mammographie sont précisés dans le document.

Les résultats de la démarche confirment, de manière générale, la pertinence de la majorité des activités et des façons de faire mises en œuvre dans la région de Québec par rapport à ce que l'on retrouve dans la littérature. Sans constituer des objectifs spécifiques, des recommandations pour la région de Québec ont pu être formulées. Quelques-unes sont d'ordre général alors que les autres ont trait aux interventions régionales comme telles, selon leur niveau d'efficacité. Finalement, des recommandations en lien avec les approches et concepts théoriques relevés par les auteurs consultés sont aussi proposées. Ces recommandations se veulent un outil de travail avec lequel les responsables concernés peuvent analyser et réviser ce qui se fait déjà dans la région de Québec pour favoriser la participation des femmes au dépistage par mammographie.

Une mise en garde s'impose concernant l'utilisation des résultats de cette revue de la littérature. La grande majorité des interventions peuvent être efficaces à différents degrés pour promouvoir la mammographie. Le choix des interventions ne doit pas seulement tenir compte de leur efficacité concernant l'utilisation de la mammographie, mais il doit aussi être fondé sur les ressources logistiques nécessaires à leur réalisation telles que le financement, la disponibilité des ressources humaines et leur expertise, le contexte (étendue du territoire, concentration des femmes dans un lieu géographique, etc.), de même que sur l'efficacité des interventions.

Les données de la littérature confirment l'importance qu'il y ait une synergie des interventions de même qu'une complémentarité des différents acteurs régionaux afin d'influencer positivement l'utilisation de la mammographie par les femmes ciblées par le PQDCS.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. La promotion du dépistage par mammographie tel qu'offert par le PQDCS incite à maintenir des interventions favorisant la participation des femmes. Cela demeure un enjeu de taille pour l'atteinte des objectifs du programme et faire en sorte que des vies soient épargnées.

REMERCIEMENTS

Une revue de la littérature demande un temps de gestation qui peut parfois être long, mais qui s'avère nécessaire à son développement.

Je tiens à remercier chaleureusement mes collègues de la Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale qui ont collaboré étroitement à cette revue de la littérature par la mise à contribution de leurs expertises professionnelles respectives : Francine Borduas, Claude Gagnon, Louise Grégoire, Marie-Claude Messely, Louise Moreault et Louise Thomassin. Je tiens aussi à souligner la collaboration de Madame France Belleau du Centre de coordi-

nation des services régionaux de Québec. Ces personnes ont fourni de judicieux conseils, fait preuve d'encouragement et de patience, permettant ainsi de donner naissance à ce document qui, je l'espère, pourra continuer d'être amélioré au fil des ans afin de s'adapter à notre réalité québécoise.

Je désire adresser mes plus sincères remerciements à mesdames Hélène Girard, secrétaire à la Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale et Mélissa Proulx, graphiste, pour la révision et la mise en forme de ce document.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	i
Remerciements	iii
Liste des tableaux et figure	vi
Liste des sigles.....	vii
Introduction	1
1. Contexte.....	3
2. Méthode.....	5
2.1 But et objectifs.....	5
2.2 Recherche bibliographique	5
2.3 Critères de sélection des articles	5
2.4 Cadre d'analyse	5
3. Constats de la littérature : favoriser la participation des femmes au dépistage par mammographie	7
3.1 Études retenues	7
3.2 Les interventions ciblant la femme.....	11
3.3 Les interventions ciblant les femmes.....	17
4. Approches et concepts théoriques.....	23
4.1 Facteurs influençant l'utilisation de la mammographie : barrières et facteurs facilitants	23
4.2 L'approche multistratégie et les théories du comportement	25
4.3 Le modèle du conseiller de la santé issu de la communauté.....	27
4.4 Attitudes, soutien et norme sociale	28
4.5 Mobilisation communautaire	30
4.6 Moyens pour recruter les femmes.....	32
4.7 Cadre conceptuel écologique et son application à un programme de dépistage du cancer du sein.....	33
5. De la théorie à la pratique : la région de Québec.....	35
5.1 Activités régionales ciblant la femme.....	36
5.2 Activités régionales ciblant les femmes.....	37
6. Recommandations	43
6.1 Recommandations liées aux interventions régionales de sensibilisation.....	43
6.2 Recommandations liées aux approches et concepts théoriques mentionnés par les auteurs consultés.....	46
6.2.1 Groupes de femmes à cibler.....	46
6.2.2 Utilisation de l'approche multistratégie et des théories du comportement	47
6.2.3 Modèle du conseiller de la santé issu de la communauté	47
6.2.4 Projets locaux, attitudes, soutien et norme sociale.....	48
6.2.5 Mobilisation communautaire	49
6.2.6 Moyens pour recruter les femmes.....	51
6.2.7 Cadre conceptuel écologique et son application à un programme de dépistage du cancer du sein.....	51
Conclusion	55
Bibliographie	57
Annexe 1 Auteurs retenus selon les objectifs poursuivis, les interventions évaluées, les particularités des femmes et les mesures de résultats des interventions	65
Annexe 2 Objectifs, activités et principaux résultats des auteurs ayant étudié les interventions multiples ciblant les femmes.....	71

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

Tableau 1	Études retenues selon le nom des auteurs, l'année de publication et le type d'étude	7
Tableau 2	Définitions des niveaux d'efficacité des interventions répertoriées	10
Tableau 3	Efficacité des interventions uniques ciblant la femme pour augmenter l'utilisation de la mammographie.....	13
Tableau 4	Efficacité des interventions multiples ciblant la femme pour augmenter l'utilisation de la mammographie.....	16
Tableau 5	Efficacité des interventions uniques ciblant les femmes pour augmenter l'utilisation de la mammographie.....	18
Tableau 6	Interventions multiples ciblant les femmes, selon les auteurs consultés.....	19
Tableau 7	Efficacité des interventions multiples ciblant les femmes pour augmenter l'utilisation de la mammographie.....	20
Tableau 8	Synthèse des interventions répertoriées, selon le nombre d'interventions, la cible (la ou les femmes) et le niveau d'efficacité	21
Tableau 9	Stades de changement pour modifier un comportement tels que définis par Prochaska et DiClemente.....	27
Tableau 10	Résultat d'une première réflexion pour identifier des objectifs et des approches recommandées selon le niveau d'intervention lorsqu'un cadre conceptuel écologique est appliqué à un programme de dépistage du cancer du sein	34
Tableau 11	Activités implantées dans la région de Québec, selon le cadre d'analyse de la revue de la littérature (typologie des interventions).....	35
Tableau 12	Recommandations d'ordre général	43
Tableau 13	Recommandations pour les interventions régionales dont l'efficacité est démontrée pour augmenter l'utilisation de la mammographie.....	44
Tableau 14	Recommandations pour les interventions régionales dont l'efficacité est probable ou incertaine pour augmenter l'utilisation de la mammographie	45
Tableau 15	Recommandations pour les interventions régionales démontrées inefficaces pour augmenter l'utilisation de la mammographie.....	45
Tableau 16	Recommandations liées aux approches et aux concepts théoriques mentionnés par les auteurs consultés	52
Figure 1	Typologie des interventions menées auprès des femmes pour favoriser leur participation au dépistage par la mammographie, selon la cible (la ou les femmes) et selon le nombre d'interventions réalisées	6

LISTE DES SIGLES

Agence	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale
CCSR	Centre de coordination des services régionaux de Québec
DRSP	Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale
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
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

INTRODUCTION

Chacun d'entre nous connaît au moins une femme de son entourage qui a dû faire face à un diagnostic de cancer du sein : une collègue de travail, une voisine, une cousine, une amie, une mère, une sœur...

Les statistiques démontrent qu'il s'agit d'un problème de santé publique important qui touche tant les femmes que leur entourage et la communauté. Le meilleur moyen disponible actuellement pour lutter contre le cancer du sein et pour en modifier l'évolution est le dépistage systématique. Si l'on peut détecter ce cancer à un stade précoce de son évolution, il est permis d'espérer une meilleure survie. De plus, les cancers du sein sont généralement détectés à un stade plus avancé dans les milieux où le taux de dépistage est plus bas; on observe une tendance similaire pour la mortalité par cancer du sein.

Le Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS) a vu le jour en mai 1998 dans la région de Québec. Ce programme vise à réduire la mortalité par cancer du sein d'au moins 25 % chez les femmes invitées au dépistage. Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire que 70 % de toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans participent au PQDCS. Comme le précise le rapport canadien sur les déterminants de la qualité des programmes organisés de dépistage du cancer du sein (Santé Canada, 2003), « pour augmenter au maximum la détection précoce du cancer du sein et assurer un accès équitable au

programme aux femmes faisant partie des groupes d'âge ciblés, les programmes organisés de dépistage doivent allouer des ressources suffisantes au recrutement des femmes de façon à obtenir des taux de participation élevés ». Le taux de participation au dépistage par mammographie en 2004 dans la région de Québec se situe à 59,4 % (Rochette, 2005). La participation des femmes ciblées par le PQDCS est une condition de réussite incontournable.

Cette revue de la littérature permet de dresser l'état des connaissances et de susciter une réflexion permettant de porter un regard critique sur les interventions de sensibilisation menées auprès des femmes pour les inciter à participer au dépistage par mammographie. La démarche actuelle fait appel à des notions théoriques et à certains principes qui doivent être considérés en vue d'optimiser les actions actuelles et futures.

Cette analyse se veut également un moyen d'organiser l'information concernant les activités de sensibilisation dans la région de Québec, pouvant ainsi servir d'outil d'aide à la planification pour les responsables régionaux concernés. Elle pourra aussi être utilisée comme un exemple d'analyse régionale ou locale pour les autres régions sociosanitaires où diverses interventions sont élaborées et implantées en vue de favoriser la participation des femmes au dépistage par mammographie.

1. CONTEXTE

En 1994, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (RRSSS) a retenu, parmi les priorités de santé et de bien-être, la diminution de la mortalité par cancer du sein chez les femmes de la région (RRSSS, 1996). Pour y arriver, le plan triennal de 1995 propose d'élaborer et d'implanter un programme régional de dépistage du cancer du sein.

Dans la région de Québec, la mise en œuvre de ce programme comporte quatre secteurs d'activité :

1. l'organisation des services;
2. le Centre de coordination des services régionaux de Québec (CCSR);
3. l'évaluation du programme et l'assurance de la qualité;
4. la sensibilisation-mobilisation communautaire.

Les interventions visant à favoriser la participation au dépistage par mammographie peuvent être menées auprès de la clientèle visée (femmes âgées de 50 à 69 ans) ou elles peuvent être réalisées au sein des services de santé et auprès des professionnels qui y œuvrent (médecins, infirmières, etc.). La présente revue de la littérature porte spécifiquement sur les femmes. Dans la région, une étude a déjà été réalisée auprès des médecins¹.

La grande majorité des activités visant à favoriser la participation des femmes au dépistage par mammographie² se situe au niveau des secteurs d'activité du CCSR (secteur 2) et de la sensibilisation-mobilisation communautaire (secteur 4). Plus spécifiquement, le CCSR est responsable de l'envoi des lettres d'invitation, de relance, de rappel et de résultats aux femmes admissibles au PQDCS. Il effectue aussi la coordination du volet clinique de même que des activités promotionnelles régionales.

De son côté, la sensibilisation-mobilisation communautaire vise quatre objectifs :

1. améliorer les connaissances générales des femmes sur la problématique du cancer du sein;
2. améliorer les connaissances des femmes concernant la contribution des différentes méthodes de dépistage en fonction des groupes d'âge et des risques individuels;
3. inciter les femmes à adhérer au dépistage du cancer du sein;
4. favoriser la participation des femmes de la région visées par le programme de dépistage.

1 Les stratégies utilisées auprès des médecins et des professionnels de la santé ne font pas l'objet de la présente réflexion puisqu'elles ciblent une autre clientèle. Une revue de la littérature sur le sujet a été réalisée à l'occasion du projet suivant : F. Borduas, L. Sauvageau, J. Blais, G. Doray, L. Moreault et A.-P. Lemieux, Étude exploratoire des perceptions des médecins au regard du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, Beauport, Direction de santé publique de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2002, 40 p.

2 Afin d'alléger le texte, nous utilisons le terme « mammographie » pour désigner spécifiquement la « mammographie de dépistage ».

Deux stratégies du secteur sensibilisation-mobilisation communautaire visent particulièrement les femmes ciblées par le programme (RRSSS, 1996). La première approche a pour objectif la sensibilisation des femmes par une intervenante non professionnelle de la santé, aussi appelée animatrice. Cette stratégie permet la transmission d'information aux femmes par des séances d'information. Des informations verbales, écrites et audiovisuelles sont présentées, suivies d'un échange avec les participantes sur les connaissances relatives au dépistage du cancer du sein. Une trousse d'information sert de guide aux animatrices. Les informations transmises sont validées et mises à jour par des professionnels de la santé. La seconde stratégie consiste en la mobilisation de la communauté pour la lutte au cancer du sein et en la promotion du dépistage du cancer du sein. La mobilisation communautaire est une action intersectorielle qui consiste en une « démarche réunissant des ressources de divers secteurs d'activités, possédant des mandats complémentaires et des fonctionnements parfois différents, afin de mettre en place un plan d'action global pour résoudre un problème complexe » (Ouellet et al., 1995).

Actuellement, on compte cinq projets de sensibilisation-mobilisation communautaire répartis dans cinq territoires de CLSC de la région (Orléans, Haute-Saint-Charles, Portneuf, Charlevoix et Basse-Ville – Limoilou – Vanier). Dans chacun de ces projets, des animatrices

ou intervenantes non professionnelles réalisent des séances d'information. La mobilisation communautaire permet de soutenir le travail des animatrices en facilitant les contacts avec des regroupements locaux de femmes et des organismes communautaires. Des activités promotionnelles locales, complémentaires aux séances d'information, font partie des activités réalisées dans le cadre de ces projets. Un comité de gestion local accompagne les animatrices dans leur travail. Dans les territoires de CLSC où il n'y a pas de projets de sensibilisation-mobilisation communautaire, une intervenante non professionnelle assume l'animation de séances d'information principalement dans les milieux de travail et au sein des organismes communautaires, sans qu'une mobilisation communautaire vienne appuyer son travail.

Bien que ces deux stratégies (sensibilisation et mobilisation) aient fait l'objet de bilan et d'évaluation d'implantation (Gagnon et al., 1999; Moreault et al., 2000), il n'y a pas eu d'évaluation formelle pour en mesurer les effets. D'ailleurs, la littérature contient un nombre restreint d'études ayant mesuré l'efficacité des différentes mesures visant l'adhésion des femmes à un programme de dépistage du cancer du sein.

Depuis 2002, ces projets de sensibilisation-mobilisation communautaire tentent de cibler plus particulièrement les femmes difficiles à rejoindre qui ne participent pas au dépistage par mammographie.

2. MÉTHODE

2.1 BUT ET OBJECTIFS

La présente revue de la littérature répond à une préoccupation des personnes impliquées dans l'implantation du PQDCS dans la région de Québec et, plus particulièrement, des membres du groupe sensibilisation-mobilisation communautaire soucieux d'optimiser les interventions afin qu'un nombre croissant de femmes utilise la mammographie pour le dépistage du cancer du sein.

L'ensemble de la démarche a pour **but de dresser un état des connaissances afin d'avoir une meilleure compréhension quant à l'efficacité des interventions à déployer auprès des femmes et ainsi favoriser leur participation à la mammographie dans le contexte d'un programme de dépistage systématique du cancer du sein**. Plus spécifiquement, cette revue de la littérature cherche 1) à repérer et analyser le niveau d'efficacité des interventions qui sont menées auprès des femmes, spécialement celles qui sont difficiles à rejoindre par des programmes de dépistage, et 2) à porter un regard critique sur les interventions de sensibilisation menées auprès des femmes de la région de Québec pour les inciter à participer au dépistage par mammographie.

2.2 RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Les études retenues pour cette revue de la littérature ont été sélectionnées à partir de diverses banques de données informatisées : MEDLINE, Cochrane Library, Oncolink, Cancernet, SantéCom, Dissertation Abstracts. Les mots clés suivants ont été utilisés dans la recherche effectuée dans ces banques de

données : *breast cancer and mammography and screening and participation or promotion or education or strategies or community-based intervention*.

2.3 CRITÈRES DE SÉLECTION DES ARTICLES

Pour être retenue, une étude devait être en lien direct avec le thème de cette revue de la littérature, soit l'efficacité des interventions menées auprès des femmes afin de favoriser leur utilisation de la mammographie. Ces études devaient avoir été publiées entre 1995 et 2004.

2.4 CADRE D'ANALYSE

Une typologie des interventions menées auprès des femmes pour favoriser leur participation au dépistage par mammographie sert de cadre d'analyse des études retenues. Ces études sont analysées en fonction de la cible de l'intervention :

- 1) l'individu : la femme est rejointe d'une manière personnalisée, ou
- 2) la communauté : les femmes sont rejointes selon un secteur géographique ou un groupe particulier de la communauté.

Lorsqu'une seule activité est réalisée auprès des femmes, de façon individuelle ou communautaire, elle est considérée comme étant une intervention unique. Lorsque plusieurs activités sont menées simultanément ou en séquence dans une période de temps donnée auprès d'une femme ou d'un groupe de femmes, on parle d'interventions multiples.

Ces définitions s'appliquent à l'ensemble de la présente démarche.

Une variété d'interventions ont été réalisées et évaluées dans divers contextes. La combinaison des interventions étudiées varie beaucoup d'un auteur à l'autre. Le cadre d'analyse retenu permet, du moins en partie, de con-

tourner cet obstacle en regroupant les interventions selon la cible visée (l'individu ou la communauté) et selon le type d'intervention (unique ou multiple). Ce cadre d'analyse permet d'organiser l'information colligée et de présenter un portrait global de quatre types d'activité qui peuvent être déployés (figure 1) :

Figure 1

Typologie des interventions menées auprès des femmes pour favoriser leur participation au dépistage par la mammographie, selon la cible (la ou les femmes) et selon le nombre d'interventions réalisées

	Cible : la femme	Cible : les femmes
Intervention unique	A	C
Interventions multiples	B	D

Légende

- A : intervention unique réalisée auprès de la femme.
- B : interventions multiples réalisées auprès de la femme.
- C : intervention unique réalisée auprès d'un ou de plusieurs groupes de femmes.
- D : interventions multiples réalisées auprès d'un ou de plusieurs groupes de femmes.

3. CONSTATS DE LA LITTÉRATURE :

FAVORISER LA PARTICIPATION DES FEMMES AU DÉPISTAGE PAR MAMMOGRAPHIE

3.1 ÉTUDES RETENUES

La recherche dans les banques de données informatisées a permis de relever divers types d'études susceptibles de répondre aux objec-

tifs visés par cette revue de la littérature. Le tableau 1 présente les études retenues selon le nom des auteurs, l'année de publication et le type d'étude auquel elles correspondent.

Tableau 1

Études retenues selon le nom des auteurs, l'année de publication et le type d'étude

	1995	1996-1997	1998-1999	2000-2001	2002-2003
Revue systématique de la littérature			Sin et St Leger, 1999	Bonfill <i>et al.</i> , 2001 (<i>Cochrane Library</i>)	
Méta-analyses		Snell et Buck, 1996	Wagner, 1998 Yabroff et Mandelblatt, 1999 Mandelblatt et Yabroff, 1999	Ratner <i>et al.</i> , 2001	Stoddard <i>et al.</i> , 2002
Essais randomisés	Urban <i>et al.</i> , 1995		Slater <i>et al.</i> , 1998 Saywell <i>et al.</i> , 1999 Crane <i>et al.</i> , 1998 Navarro <i>et al.</i> , 1998	Andersen <i>et al.</i> , 2000 Barr <i>et al.</i> , 2001 Segura <i>et al.</i> , 2001 Taplin <i>et al.</i> , 2000 Lipkus <i>et al.</i> , 2000 Fishman <i>et al.</i> , 2000	Andersen <i>et al.</i> , 2002 Luckman <i>et al.</i> , 2003 Champion <i>et al.</i> , 2003 Saywell <i>et al.</i> , 2003
Autres devis		Santé Canada, 1997 (avis d'experts basés sur la littérature scientifique)	Worden <i>et al.</i> , 1999 (évaluation d'implantation) Paskett <i>et al.</i> , 1999 (devis mixte : cohorte/transversal)	Danigelis <i>et al.</i> , 2001 (évaluation) Brisson <i>et al.</i> , 2001 (cohorte)	Santé Canada, 2003 (avis d'experts basés sur la littérature scientifique)

Des 29 études consultées, 22 ont été retenues. Diverses raisons présentées ci-après justifient l'élimination de sept études. L'annexe 1 présente certaines caractéristiques de ces études : le nom des auteurs, l'année de publication, le pays, les objectifs poursuivis, les interventions évaluées, certaines particularités des femmes visées par les interventions de même que la mesure des résultats des interventions.

Deux revues systématiques de la littérature (Sin et St Leger, 1999; Bonfill *et al.*, 2001), dont une de la Collaboration Cochrane (Bonfill *et al.*, 2001), ont été réalisées spécifiquement en rapport avec le thème de la présente revue de la littérature, soit l'efficacité des stratégies visant à favoriser la participation des femmes au dépistage par mammographie.

Une seule des six méta-analyses recensées a été retenue pour l'analyse (Stoddard *et al.*, 2002). L'une des méta-analyses n'a pas été retenue parce que ses auteurs n'ont pas réussi à relever des interventions efficaces ou inefficaces en raison d'une méthodologie trop sévère (Ratner *et al.*, 2001). Quant aux quatre autres qui ont été retranchées (Snell, 1996; Wagner, 1998; Mandelblatt et Yabroff, 1999; Yabroff et Mandelblatt, 1999), elles sont incluses dans la revue Cochrane de Bonfill *et al.* (2001). De plus, divers articles qui répondaient à nos critères de sélection n'ont pas été retenus puisqu'ils faisaient eux aussi partie de l'analyse de Bonfill *et al.* (2001).

La grande majorité des études (19 sur 22) sont américaines. L'analyse Cochrane réalisée

par Bonfill *et al.* (2001) regroupe un ensemble d'études effectuées dans une variété de pays. La revue systématique de Sin et St Leger (1999) a été réalisée par une équipe anglaise. Une seule étude québécoise a été recensée (Brisson *et al.*, 2001).

Un regard sur les objectifs poursuivis permet de présenter les études différemment. Les deux revues systématiques ont cherché à évaluer l'efficacité de différentes interventions visant à augmenter le taux de participation au dépistage du cancer du sein (Sin et St Leger, 1999; Bonfill *et al.*, 2001). Pour ce qui est de 19 autres études, 18 avaient aussi pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une ou plusieurs interventions visant l'utilisation de la mammographie (Urban *et al.*, 1995; Crane *et al.*, 1998; Navarro *et al.*, 1998; Slater *et al.*, 1998; Paskett *et al.*, 1999; Andersen *et al.*, 2000; Fishman *et al.*, 2000; Lipkus *et al.*, 2000; Taplin *et al.*, 2000; Barr *et al.*, 2001; Brisson *et al.*, 2001; Danigelis *et al.*, 2001; Segura *et al.*, 2001; Andersen *et al.*, 2002; Stoddard *et al.*, 2002; Champion *et al.*, 2003; Luckman *et al.*, 2003; Saywell *et al.*, 2003). Trois auteurs, en plus de mesurer l'efficacité de certaines interventions visant l'utilisation de la mammographie, ont comparé le rapport coût / efficacité de ces interventions (Saywell *et al.*, 1999; Fishman *et al.*, 2000; Saywell *et al.*, 2003). Enfin, un groupe d'auteurs a tenté de manière plus spécifique de développer une stratégie pour atteindre les groupes difficiles à rejoindre qui sont réfractaires au dépistage (Worden *et al.*, 1999).

La grande majorité des interventions ciblaient les femmes âgées de plus de 50 ans (Urban *et al.*, 1995; Slater *et al.*, 1998; Saywell *et al.*, 1999; Sin et St Leger, 1999; Andersen *et al.*, 2000; Fishman *et al.*, 2000; Lipkus *et al.*, 2000; Taplin *et al.*, 2000; Barr *et al.*, 2001; Bonfill *et al.*, 2001; Brisson *et al.*, 2001; Segura *et al.*, 2001; Andersen *et al.*, 2002; Stoddard *et al.*, 2002; Champion *et al.*, 2003; Crane *et al.*, 2003; Luckman *et al.*, 2003; Saywell *et al.*, 2003). Seulement deux auteurs ont inclus les femmes à partir de 40 ans (Paskett *et al.*, 1999; Worden *et al.*, 1999); un auteur a inclus celles de 45 ans et plus (Danigelis *et al.*, 2001) et, enfin, Navarro *et al.* (1998) incluait les femmes de 18 ans et plus. Certaines études (Navarro *et al.*, 1998; Slater *et al.*, 1998; Paskett *et al.*, 1999; Worden *et al.*, 1999; Danigelis *et al.*, 2001) ont ciblé spécifiquement des femmes défavorisées (faible revenu et faible niveau d'éducation) qui font souvent partie des groupes difficiles à rejoindre.

La mesure retenue pour évaluer l'efficacité des interventions est l'utilisation de la mammographie à la suite d'une ou de plusieurs interventions. La définition de cette mesure de résultats varie d'un auteur à l'autre, en fonction de l'intervalle de temps estimé pour l'adoption du changement de comportement, c'est-à-dire se présenter à la mammographie. Par exemple, la mesure de résultats pouvait correspondre à l'utilisation de la mammographie quatre à six semaines après l'intervention (Saywell *et al.*, 1999), douze à vingt-quatre mois après l'intervention (Barr *et al.*, 2001), douze mois après l'intervention (Paskett *et al.*, 1999; Brisson *et al.*, 2001), quinze mois après l'intervention

(Slater *et al.*, 1998) ou deux ans après l'intervention (Urban *et al.*, 1995; Andersen *et al.*, 2000).

Une seule étude n'a pas retenu l'utilisation de la mammographie comme mesure de résultats (Worden *et al.*, 1999), les auteurs ayant plutôt cherché à identifier un moyen permettant d'atteindre les femmes qui sont « difficiles à rejoindre ». Enfin, trois études se sont intéressées à la norme sociale sans toutefois la considérer explicitement comme une mesure de résultats (Urban *et al.*, 1995; Andersen *et al.*, 2000; Worden *et al.*, 1999).

Finalement, Santé Canada a publié deux rapports portant sur les déterminants de la qualité des programmes organisés de dépistage du cancer du sein (Santé Canada, 1997; Santé Canada, 2003). Ces rapports ont été rendus possibles grâce à la mise sur pied de groupes de travail formés de représentants canadiens possédant une expertise dans différents domaines liés au dépistage du cancer du sein. Ainsi, ces documents présentent des avis d'experts qui sont soutenus par la littérature scientifique. Des thèmes connexes à la présente revue de la littérature y sont traités, principalement dans le plus récent rapport (2003), venant ainsi enrichir les faits relatés par les auteurs consultés.

Les pages qui suivent présentent les résultats des auteurs consultés concernant l'efficacité des interventions visant à favoriser la participation des femmes au dépistage par mammographie. À la fin de chaque section, un tableau résume les résultats en fonction des niveaux d'efficacité des interventions répertoriées; ces

niveaux n'étant pas mutuellement exclusifs (tableau 2). Lorsque l'intervention cible les femmes n'utilisant pas la mammographie et présentant des caractéristiques particulières (vulnérables, difficiles à rejoindre, moins en contact avec les services de santé ou les milieux de travail, à faible revenu, isolées, etc.), elle est indiquée dans les tableaux par une étoile.

Tableau 2**Définitions des niveaux d'efficacité des interventions répertoriées**

Niveaux d'efficacité	Définitions
Efficacité démontrée	Il y a un consensus sur l'efficacité de l'intervention.
Efficacité probable ou incertaine	Des problèmes méthodologiques, le peu d'études recensées, des données contradictoires, etc., ne permettent pas de confirmer ou d'infirmer l'efficacité de l'intervention.
Absence d'efficacité	Les études consultées démontrent que l'intervention est inefficace.

Quelques mises en garde concernant les résultats de cette revue de la littérature méritent d'être mentionnées. Premièrement, ce ne sont pas toutes les interventions visant à favoriser l'utilisation de la mammographie de dépistage par les femmes qui ont été publiées ou qui ont été évaluées. En effet, plusieurs activités sont menées au Québec, au Canada ou ailleurs, sans que leurs promoteurs en aient décrit et publié les résultats. Néanmoins, le matériel recueilli dans la présente revue de la littérature permet d'avoir une meilleure compréhension de la situation.

Deuxièmement, les études consultées n'ont pas toutes le même poids scientifique. Il est donc important de tenir compte de ce facteur lors de l'analyse, d'où l'utilisation d'une légende, présentée ci-haut, permettant de classer les interventions selon leur niveau d'efficacité.

Troisièmement, les types d'interventions décrites dans les études consultées sont relativement hétérogènes, principalement lorsqu'il s'agit d'interventions multiples auprès des femmes; plusieurs combinaisons sont alors possibles. Ces différences rendent plus difficile la comparaison des études rapportant les résultats d'interventions multiples ciblant la communauté. Une attention particulière a alors été portée sur les activités similaires et les moyens retenus pour rejoindre les femmes.

Quatrièmement, les interventions évaluées peuvent avoir ciblé les femmes en général, les femmes à faible revenu ou demeurant dans des logements sociaux, les femmes non utilisatrices de la mammographie de dépistage, les femmes faisant partie de groupes difficiles à rejoindre, etc. Ces particularités permettent à l'occasion de préciser l'efficacité de certains types d'interventions visant une clientèle particulière.

3.2 LES INTERVENTIONS CIBLANT LA FEMME

La présente section examine, en premier lieu, l'efficacité des interventions déployées auprès de la femme à titre individuel afin de favoriser

son utilisation de la mammographie. Les résultats sont présentés selon le nombre d'interventions, unique ou multiples. Les auteurs des études concernées sont indiqués pour chacune des interventions.

INTERVENTIONS UNIQUES

	Cible : la femme	Cible : les femmes
Intervention unique	A	
Interventions multiples		

Des **lettres d'invitation** postées aux femmes ont un effet statistiquement significatif sur leur utilisation de la mammographie, qu'elles soient signées par un médecin affilié à un programme de dépistage (Bonfill *et al.*, 2001; Brisson *et al.*, 2001; Segura *et al.*, 2001) ou par le médecin traitant de la femme (Bonfill *et al.*, 2001; Segura *et al.*, 2001). Santé Canada (2003) précise que le taux de réponse des femmes à l'invitation de passer une mammographie de dépistage n'est pas très différent selon que l'invitation est envoyée par le médecin de famille ou par une source que la femme ne connaît pas personnellement. De plus, la lettre d'invitation, peu importe qui en est le signataire, s'est avérée efficace douze à vingt-quatre mois après l'invitation (Bonfill *et al.*, 2001). Selon ces auteurs, cette lettre employée seule est efficace; cependant, le fait d'ajouter des **invitations pour d'autres examens préventifs** diminue son potentiel d'effet sur la participation au dépistage par mammographie. Sin et St Leger (1999) arrivent à la même conclusion. L'étude de Brisson *et al.* (2001), qui a démontré l'efficacité de cette lettre, est la

seule réalisée dans le contexte du PQDCS. L'étude de Saywell *et al.* (1999) n'arrive pas aux mêmes conclusions quant à l'efficacité de la lettre d'invitation. Les auteurs expliquent cette différence marquée entre leurs résultats et ceux des autres auteurs par le fait qu'ils ont comparé cette méthode d'invitation à des stratégies multiples qui, elles, avaient plus d'impact sur l'utilisation de la mammographie, rendant les résultats associés uniquement à la lettre d'invitation, signée par le médecin traitant, moins probants.

Santé Canada (2003) précise que la lettre d'invitation ne constitue une stratégie de recrutement efficace que si elle est suivie d'une lettre de relance ou d'un appel téléphonique aux femmes qui ne répondent pas à la première invitation.

Sin et St Leger (1999) rapportent qu'une **lettre d'invitation offrant un rendez-vous prédéterminé et distribuée aux femmes après la mammographie afin qu'elles la remettent à une amie** n'a pas eu d'effet sur l'utilisation de la mammographie.

L'invitation à la mammographie peut aussi être transmise **par téléphone**. Cette stratégie favoriserait une réponse positive de toutes les femmes à l'invitation (Bonfill *et al.*, 2001). Le « **counselling par téléphone** » étudié par Saywell *et al.* (1999) n'aurait pas démontré d'effet sur le recours à la mammographie pour les mêmes raisons méthodologiques citées précédemment. Toutefois, **le contact de la réceptionniste du médecin traitant avec la femme**, par téléphone ou par lettre, peut favoriser l'utilisation de la mammographie, principalement auprès des non-utilisatrices de la mammographie (Sin et St Leger, 1999). Cette approche a été réalisée dans un contexte britannique.

L'envoi personnalisé par courrier de matériel éducatif sur le dépistage par mammographie favoriserait aussi une réponse positive à l'invitation de passer une mammographie (Santé Canada, 2003), peu importe le pays et le groupe d'âge (Bonfill *et al.*, 2001). Par contre, lorsque de **l'information** est **transmise à la femme lors d'une visite au salon de coiffure**, les résultats ne sont pas probants (Sin et St Leger, 1999).

Des rencontres de personne à personne peuvent être réalisées avec les femmes pour discuter de la mammographie. Deux études

(Saywell *et al.*, 2001; Segura *et al.*, 2001) soutiennent que les **visites à domicile** favorisent l'utilisation de cet examen de dépistage par les femmes. Ces visites ont été effectuées par une personne non professionnelle (Segura *et al.*, 2001) ou une infirmière assistante de recherche (Saywell *et al.*, 1999). Les résultats de Segura *et al.* (2001) sont concluants, principalement chez les femmes à faible revenu; le contact personnalisé permettrait de motiver les femmes en leur expliquant l'information et en répondant à leurs questions. Cependant, Bonfill *et al.* (2001) constatent que les visites à domicile sont très dispendieuses et ne réussissent pas à augmenter significativement l'utilisation de la mammographie. Ce type d'intervention s'avère donc peu rentable. Sin et St Leger (1999) arrivent à la même conclusion, soit l'inefficacité des visites à domicile chez des femmes asiatiques.

Finalement, la tenue de **kiosques d'information** dans des lieux publics où un entretien personnel peut avoir lieu avec la femme a eu un effet positif sur l'utilisation de la mammographie (Danigelis *et al.*, 2001). Dans cette étude, les entretiens visaient les femmes à faible revenu.

Le tableau 3 résume l'efficacité des interventions uniques qui ont pour cible la femme.

Tableau 3

Efficacité des interventions uniques ciblant la femme pour augmenter l'utilisation de la mammographie

Niveaux d'efficacité	Interventions uniques ciblant la femme
<p>Efficacité démontrée Il y a un consensus sur l'efficacité de l'intervention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre d'invitation à la mammographie : <ul style="list-style-type: none"> - peu importe le signataire - efficace 12 à 24 mois après l'invitation - diminution du potentiel d'efficacité lorsqu'il s'agit d'une lettre d'invitation à plusieurs examens préventifs, incluant la mammographie - la 1^{re} invitation doit être suivie d'une relance par lettre ou par téléphone • Invitation par un appel téléphonique • ★ Contact avec la femme par la réceptionniste du médecin traitant (par lettre ou par téléphone) • Envoi personnalisé de matériel éducatif
<p>Efficacité probable ou incertaine Des problèmes méthodologiques, le peu d'études recensées, des données contradictoires, etc., ne permettent pas de confirmer ou d'infirmer l'efficacité de l'intervention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ★ Kiosques d'information dans des lieux publics avec entretiens individuels • Counselling téléphonique
<p>Absence d'efficacité Les études consultées démontrent que l'intervention est inefficace.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre d'invitation offrant un rendez-vous prédéterminé distribuée aux femmes après la mammographie pour remettre à une amie • Information sur la mammographie transmise lors d'une visite au salon de coiffure • Visites à domicile

★ Plus spécifiquement pour les non-utilisatrices de la mammographie qui présentent des caractéristiques particulières.

INTERVENTIONS MULTIPLES

	Cible : la femme	Cible : les femmes
Intervention unique		
Interventions multiples	B	

Une lettre de relance ou une relance téléphonique peuvent suivre une première lettre d'invitation au dépistage. La lettre de relance a un effet significatif sur l'utilisation de la mammographie (Santé Canada, 2003), qu'elle soit signée par le médecin affilié au programme de dépistage (Sin et St Leger, 1999; Barr *et al.*, 2001; Brisson *et al.*, 2001) ou par le médecin traitant de la femme (Urban *et al.*, 1995). Cette intervention est généralement utile auprès de toutes les femmes ciblées, mais, selon Sin et St Leger (1999), la lettre de relance signée par le médecin affilié au programme serait plus efficace auprès des femmes qui n'ont jamais participé à un programme de dépistage. Pour Barr *et al.* (2001), la lettre de relance influencerait peu l'utilisation de la mammographie et ne serait pas plus efficace qu'une campagne publicitaire de routine comme intervention unique. Les auteurs expliquent les différences entre leurs résultats et ceux des autres études par le fait que la lettre de relance a été comparée à une campagne publicitaire d'envergure. Par ailleurs, la lettre de relance signée par le médecin traitant serait moins efficace auprès des femmes plus âgées (Urban *et al.*, 1995). **À cette lettre de relance peuvent s'ajouter un rendez-vous prédéterminé ou une lettre d'appui du médecin traitant** (Sin et St Leger, 1999), ce qui aura un effet significatif surtout auprès des femmes non utilisatrices de la mammographie.

La combinaison d'une **lettre d'invitation suivie d'une relance téléphonique** augmente statistiquement l'utilisation de la mammographie (Bonfill *et al.*, 2001; Santé Canada, 2003). Selon Santé Canada (2003), cette stratégie pourrait s'avérer utile pour entrer en contact avec les groupes de femmes d'origine ethnique différente ou défavorisées sur le plan socio-économique. Un contact téléphonique avec la femme devient aussi une opportunité de fixer un rendez-vous pour la mammographie, ce qui a aussi un effet significatif pour augmenter l'utilisation de cet examen (Sin et St Leger, 1999; Taplin *et al.*, 2000; Barr *et al.*, 2001). Les stratégies comportant un rendez-vous établi à l'avance seraient efficaces surtout auprès des femmes qui ne se présentent pas à la mammographie. Ces stratégies semblent utilisées principalement dans le contexte britannique (Sin et St Leger, 1999). Plusieurs études ont démontré que, à la suite d'une lettre d'invitation, un **counselling par téléphone** bref et orienté sur les barrières de la femme concernant la mammographie est efficace pour augmenter l'utilisation de la mammographie. Ce counselling serait plus efficace auprès des femmes qui passent une mammographie sporadiquement (Andersen *et al.*, 2000; Lipkus *et al.*, 2000; Stoddard *et al.*, 2002; Luckman *et al.*, 2003; Santé Canada, 2003) et serait moins efficace auprès des femmes qui n'ont jamais passé de mammographie.

(Santé Canada, 2003). Santé Canada (2003) ajoute que le counselling téléphonique favoriserait davantage la participation des femmes comparativement à une deuxième lettre de relance.

Pour Crane *et al.* (1998), l'appel téléphonique amène les femmes à progresser dans les étapes de changement pour aller en mammographie. Selon leurs résultats, l'intention de passer une mammographie semble avoir augmenté chez les non-utilisatrices, et le maintien d'une mammographie régulière aurait aussi augmenté chez les femmes qui adhèrent déjà à ce comportement. Ces auteurs suggèrent donc que diverses interventions ciblent les non-utilisatrices afin de les amener à adopter le comportement d'aller en mammographie.

Enfin, un **counselling par téléphone suivi d'une lettre du médecin** traitant serait une mesure efficace pour augmenter le taux d'utilisation de la mammographie (Saywell *et al.*, 1999). Ces auteurs, tout comme Champion *et al.* (2003) et Saywell *et al.* (2003) ont comparé le rapport coût/efficacité de cinq interventions : counselling par téléphone; counselling en personne; lettre de relance du médecin traitant; counselling par téléphone suivi d'une lettre du médecin traitant; counselling en personne suivi d'une lettre du médecin traitant. Saywell *et al.* (1999) concluent que, dans les interventions étudiées, le counselling par téléphone suivi d'une lettre du médecin traitant s'avère la stratégie la plus économique, parmi les interventions étudiées, pour augmenter l'utilisation de la mammo-

graphie. Selon les résultats de Champion *et al.*, (2003) et de Saywell *et al.* (2003), le counselling en personne suivi de la lettre du médecin aurait le plus grand impact sur l'utilisation de la mammographie. Toutefois, Saywell *et al.* (2003) mettent en garde le lecteur que les résultats présentés ne doivent pas être directement appliqués dans un contexte différent puisque le coût des interventions varie selon la situation. Selon eux, le choix des interventions doit prendre en compte leur efficacité, mais l'analyse des coûts permet d'avoir une idée plus précise du caractère réaliste du choix. Ainsi, malgré leurs résultats, ils réitèrent leurs conclusions précédentes (Saywell *et al.*, 1999) et proposent d'utiliser le counselling téléphonique suivi de la lettre du médecin traitant.

Fishman *et al.* (2000), de leur côté, ont comparé le rapport coût/efficacité de trois stratégies visant à augmenter l'utilisation de la mammographie par les femmes de 50 à 79 ans. Une carte postale de relance, suivant la lettre d'invitation, s'est avérée la stratégie la plus rentable pour augmenter l'utilisation de la mammographie comparativement à un appel téléphonique de relance et à un appel téléphonique de motivation. Toutefois, Rimer (2000) critique la méthodologie utilisée et persiste à croire que, malgré la rentabilité de la carte postale de relance démontrée par Fishman *et al.* (2000), l'appel téléphonique de rappel demeure le moyen le plus efficace, comme l'ont démontré d'autres auteurs (Lane *et al.*, 1999; Andersen *et al.*, 2000; Lipkus *et al.*, 2000; Bonfill *et al.*, 2001; Luckman *et al.*, 2003).

Le tableau 4 présente l'efficacité des interventions multiples ciblant la femme.

Tableau 4

Efficacité des interventions multiples ciblant la femme pour augmenter l'utilisation de la mammographie

Niveaux d'efficacité	Interventions multiples ciblant la femme
<p>Efficacité démontrée</p> <p>Il y a un consensus sur l'efficacité de l'intervention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ★ Lettre de relance (suivant la lettre d'invitation) avec un rendez-vous prédéterminé ou une lettre d'appui du médecin traitant • Lettre de relance suivant la lettre d'invitation : <ul style="list-style-type: none"> - peu importe le signataire • ★ Lettre d'invitation suivie d'une relance téléphonique : <ul style="list-style-type: none"> - particulièrement efficace si la relance permet de fixer un rendez-vous - ★ lorsque le rendez-vous est fixé à l'avance (contexte britannique) • Counselling téléphonique bref suivant une lettre d'invitation : <ul style="list-style-type: none"> - efficace surtout auprès des femmes qui utilisent la mammographie sporadiquement - moins efficace auprès des femmes n'ayant jamais passé de mammographie
<p>Efficacité probable ou incertaine</p> <p>Des problèmes méthodologiques, le peu d'études recensées, des données contradictoires, etc., ne permettent pas de confirmer ou d'infirmer l'efficacité de l'intervention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La lettre de relance signée par le médecin traitant serait moins efficace auprès des femmes plus âgées • Counselling par téléphone suivi d'une lettre du médecin traitant
<p>Absence d'efficacité</p> <p>Les études consultées démontrent que l'intervention est inefficace.</p>	

★ Plus spécifiquement pour les non-utilisatrices de la mammographie qui présentent des caractéristiques particulières.

3.3 LES INTERVENTIONS CIBLANT LES FEMMES

Diverses interventions peuvent cibler la communauté afin de sensibiliser les femmes, pro-

mouvoir le dépistage du cancer du sein et favoriser l'utilisation de la mammographie. Selon les auteurs, une intervention unique ou des interventions multiples sont déployées.

INTERVENTIONS UNIQUES

	Cible : la femme	Cible : les femmes
Intervention unique		C
Interventions multiples		

Seulement trois interventions uniques visant la communauté sont répertoriées : une campagne publicitaire locale sur la mammographie (Barr *et al.*, 2001), la distribution de dépliants dans la communauté (Sin et St Leger, 1999) et des sessions d'information de groupe données par des conseillères de la santé issues de la communauté (Navarro *et al.*, 1998).

Barr *et al.* (2001) ont comparé une stratégie unique, une **campagne publicitaire locale**, aux stratégies multiples suivantes : une relance téléphonique avec prise de rendez-vous et une lettre de relance faisant suite à une première invitation à la mammographie. La campagne publicitaire réussit à augmenter l'utilisation de la mammographie tout autant que la lettre de relance, mais elle est moins efficace qu'un contact téléphonique au cours duquel un rendez-vous est fixé avec la femme. En fonction de leurs résultats, ces auteurs suggèrent que la publicité dans la communauté serait probablement suffisante pour beaucoup de femmes et qu'une relance téléphonique auprès des non-utilisatrices de la mammographie serait plus efficace qu'une lettre de relance. Aucune analyse des coûts n'est mentionnée par les auteurs à ce sujet.

La stratégie consistant à **déposer des dépliants d'information sur le dépistage et la mammographie dans divers lieux de la communauté** n'a pas réussi à influencer les femmes dans leur intention d'aller en mammographie (Sin et St Leger, 1999).

Navarro *et al.*, 1998 ont cherché à décrire l'impact à court terme du **modèle d'intervention « Por la vida »** consistant en des sessions d'information de groupe données par des **conseillères de la santé issues de la communauté** sur le dépistage par mammographie à des femmes latino-américaines à faible revenu de San Diego.

Les 36 conseillères recrutées et formées devaient constituer des groupes de 10-15 femmes dont l'âge varie entre 18 et 72 ans (moyenne de 34 ans) afin de réaliser des sessions d'information portant sur l'accès aux services de santé, les connaissances sur le cancer et les mesures préventives. Pour rejoindre les femmes dans leur environnement social, les conseillères se sont servies de leurs liens avec d'autres femmes de la communauté, avec les écoles, les organismes communautaires et autres organisations de la communauté.

Les auteurs ont effectué une mesure avant et une mesure après l'intervention au moyen d'une entrevue appuyée par un questionnaire. Le modèle s'est révélé efficace pour rejoindre les femmes latino-américaines à faible revenu et augmenter l'utilisation de la mammographie.

Le tableau 5 présente les principaux éléments à retenir concernant les interventions uniques ciblant les femmes à travers la communauté.

Tableau 5

Efficacité des interventions uniques ciblant les femmes pour augmenter l'utilisation de la mammographie

Niveaux d'efficacité	Interventions uniques ciblant les femmes
Efficacité démontrée Il y a un consensus sur l'efficacité de l'intervention.	
Efficacité probable ou incertaine Des problèmes méthodologiques, le peu d'études recensées, des données contradictoires, etc., ne permettent pas de confirmer ou d'infirmer l'efficacité de l'intervention.	<ul style="list-style-type: none"> • Une campagne publicitaire locale : <ul style="list-style-type: none"> - efficace auprès de toutes les femmes - aussi efficace qu'une lettre de relance • ★ Le modèle d'intervention « Por la vida » ★★ est efficace pour rejoindre les femmes latino-américaines à faible revenu et augmenter l'utilisation de la mammographie
Absence d'efficacité Les études consultées démontrent que l'intervention est inefficace.	<ul style="list-style-type: none"> • Dépliants d'information déposés dans divers lieux de la communauté

★ Plus spécifiquement pour les non-utilisatrices de la mammographie qui présentent des caractéristiques particulières.

★★ Sessions d'information de groupe données par des conseillères de la santé issues de la communauté sur le dépistage par mammographie à des femmes latino-américaines à faible revenu.

INTERVENTIONS MULTIPLES

	Cible : la femme	Cible : les femmes
Intervention unique		
Interventions multiples		D

Des auteurs ont réalisé des interventions multiples auprès de groupes spécifiques de la communauté (Urban *et al.*, 1995; Slater *et al.*, 1998; Paskett *et al.*, 1999; Worden *et al.*, 1999; Andersen *et al.*, 2000; Bonfill *et al.*, 2001; Danigelis *et al.*, 2001). Plusieurs scénarios sont alors possibles. Le tableau 6 résume, selon les auteurs consultés, l'ensem-

ble des interventions multiples ciblant les femmes à travers la communauté. Les objectifs détaillés de même que les activités et les principaux résultats de ces études sont présentés à l'annexe 2. Dans certains cas, pour une meilleure compréhension, certaines particularités sont aussi précisées.

Tableau 6

Interventions multiples ciblant les femmes, selon les auteurs consultés

Auteurs	Interventions répertoriées
Andersen <i>et al.</i> , 2000 et 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Les activités promotionnelles dans la communauté ont diminué le taux d'abandon par les utilisatrices de la mammographie; elles seraient plus efficaces en milieu rural et dans les secteurs où les taux de dépistage sont les plus bas.
Bonfill <i>et al.</i> , 2001	<ul style="list-style-type: none"> • Les séances d'information suivies d'une lettre ou d'un appel téléphonique donnent de meilleurs résultats que des interventions séparées.
Danigelis <i>et al.</i> , 2001	<ul style="list-style-type: none"> • La comparaison d'une approche individuelle (kiosques d'information) et d'une approche de groupe (séances d'information) montre que ces deux méthodes sont efficaces pour favoriser l'utilisation de la mammographie.
Paskett <i>et al.</i> , 1999	<ul style="list-style-type: none"> • Les séances d'information et les activités promotionnelles, parties intégrantes d'un programme d'intervention, augmentent significativement l'utilisation de la mammographie, peu importe l'âge, la race et le niveau d'éducation.
Santé Canada, 1997 et 2003	<ul style="list-style-type: none"> • Les activités promotionnelles accroissent le taux de réponse à la lettre d'invitation. • La couverture médiatique et la lettre d'invitation sont deux stratégies qui permettent de recruter des femmes « faciles à atteindre »; il faut s'attarder spécialement au recrutement des groupes « difficiles à atteindre », les méthodes retenues devant tenir compte des problèmes associés à la langue et à la culture. • ★ Certains groupes spéciaux pourraient requérir d'autres interventions en plus des campagnes promotionnelles de portée générale.
Slater <i>et al.</i> , 1998	<ul style="list-style-type: none"> • ★ Les séances d'information augmentent significativement l'utilisation de la mammographie par des femmes à faible revenu.
Urban <i>et al.</i> , 1995	<ul style="list-style-type: none"> • Les activités promotionnelles augmentent significativement l'utilisation de la mammographie. • Les effets sur l'utilisation de la mammographie varient selon la durée de l'exposition aux activités promotionnelles.
Worden <i>et al.</i> , 1999	<ul style="list-style-type: none"> • ★ Les séances d'information, basées sur la théorie des innovations et de l'organisation communautaire, sont des moyens efficaces pour rejoindre les femmes vulnérables, reconnues difficiles à rejoindre, qui ne sont habituellement pas en contact avec les services de santé ou avec un milieu de travail.

★ Plus spécifiquement pour les non-utilisatrices de la mammographie qui présentent des caractéristiques particulières.

Le tableau 7 présente les niveaux d'efficacité des interventions multiples.

Tableau 7

Efficacité des interventions multiples ciblant les femmes pour augmenter l'utilisation de la mammographie

Niveaux d'efficacité	Interventions uniques ciblant les femmes
<p>Efficacité démontrée Il y a un consensus sur l'efficacité de l'intervention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ★ Séances d'information : <ul style="list-style-type: none"> - surtout lorsqu'elles sont suivies d'une lettre ou d'un appel téléphonique • Activités promotionnelles associées à d'autres activités de sensibilisation à la mammographie
<p>Efficacité probable ou incertaine Des problèmes méthodologiques, le peu d'études recensées, des données contradictoires, etc., ne permettent pas de confirmer ou d'infirmer l'efficacité de l'intervention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Activités promotionnelles : <ul style="list-style-type: none"> - leurs effets varient selon la durée de l'exposition - peu importe l'âge, la race et le niveau d'éducation - diminuent le taux d'abandon par les utilisatrices de la mammographie - efficaces en milieu rural et dans les secteurs où les taux sont les plus bas - accroissent le taux de réponse à la lettre d'invitation
<p>Absence d'efficacité Les études consultées démontrent que l'intervention est inefficace.</p>	

★ Plus spécifiquement pour les non-utilisatrices de la mammographie qui présentent des caractéristiques particulières.

Les principaux constats de la littérature quant à l'efficacité des interventions visant à favoriser la participation des femmes au dépistage par mammographie sont résumés dans le tableau 8.

Tableau 8

Synthèse des interventions répertoriées, selon le nombre d'interventions, la cible (la ou les femmes) et le niveau d'efficacité

Niveaux d'efficacité	Intervention unique ciblant la femme	Interventions multiples ciblant la femme	Intervention unique ciblant les femmes	Interventions multiples ciblant les femmes
<p>Efficacité démontrée Il y a un consensus sur l'efficacité de l'intervention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre d'invitation à la mammographie : <ul style="list-style-type: none"> - peu importe le signataire - efficace 12 à 24 mois après l'invitation - diminution du potentiel d'efficacité lorsqu'il s'agit d'une lettre d'invitation à plusieurs examens préventifs, incluant la mammographie - la 1^{re} invitation doit être suivie d'un rappel par lettre ou par téléphone • Invitation à la mammographie par un appel téléphonique • ★ Contact avec la femme par la réceptionniste du médecin traitant (lettre ou téléphone) • Envoi personnalisé de matériel éducatif 	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre de relance suivant la lettre d'invitation : <ul style="list-style-type: none"> - peu importe le signataire • ★ Lettre de relance (suivant la lettre d'invitation) avec un rendez-vous prédéterminé ou une lettre d'appui du médecin traitant • ★ Lettre d'invitation suivie d'une relance téléphonique : <ul style="list-style-type: none"> - particulièrement efficace si la relance permet de fixer un rendez-vous - ★ lorsque le rendez-vous est fixé à l'avance (contexte britannique) • Counselling téléphonique bref suivant une lettre d'invitation : <ul style="list-style-type: none"> - efficace surtout auprès des femmes qui utilisent la mammographie sporadiquement - moins efficace chez les femmes n'ayant jamais passé de mammographie 		<ul style="list-style-type: none"> • ★ Séances d'information : <ul style="list-style-type: none"> - Surtout lorsqu'elles sont suivies d'une lettre ou d'un appel téléphonique • Activités promotionnelles associées à d'autres activités de sensibilisation à la mammographie

Niveaux d'efficacité	Intervention unique ciblant la femme	Interventions multiples ciblant la femme	Intervention unique ciblant les femmes	Interventions multiples ciblant les femmes
<p>Efficacité probable ou incertaine</p> <p>Des problèmes méthodologiques, le peu d'études recensées, des données contradictoires, etc., ne permettent pas de confirmer ou d'infirmer l'efficacité de l'intervention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ★ Kiosques d'information dans des lieux publics avec entretiens individuels • Counselling téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> • La lettre de relance signée par le médecin traitant serait moins efficace auprès des femmes plus âgées • Counselling par téléphone suivi d'une lettre du médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne publicitaire locale : <ul style="list-style-type: none"> - efficace auprès de toutes les femmes - serait aussi efficace qu'une lettre de relance • ★ Le modèle d'intervention « Por la vida » <ul style="list-style-type: none"> ★★ est efficace pour rejoindre les femmes latino-américaines à faible revenu et augmenter l'utilisation de la mammographie 	<ul style="list-style-type: none"> • Activités promotionnelles : <ul style="list-style-type: none"> - leurs effets varient selon la durée de l'exposition - peu importe l'âge, la race et le niveau d'éducation - diminuent le taux d'abandon par les utilisatrices de la mammographie - efficaces en milieu rural et dans les secteurs où les taux sont les plus bas - Accroissent le taux de réponse à la lettre d'invitation
<p>Absence d'efficacité</p> <p>Les études consultées démontrent que l'intervention est inefficace.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre d'invitation offrant un rendez-vous prédéterminé distribuée aux femmes après la mammographie pour remettre à une amie • Information sur la mammographie transmise lors d'une visite au salon de coiffure • Visites à domicile 		<ul style="list-style-type: none"> • Dépliants d'information déposés dans divers lieux de la communauté 	

- ★ Plus spécifiquement pour les non-utilisatrices de la mammographie qui présentent des caractéristiques particulières.
- ★★ Sessions d'information de groupes données par des conseillères de la santé issues de la communauté sur le dépistage par mammographie à des femmes latino-américaines à faible revenu.

4. APPROCHES ET CONCEPTS THÉORIQUES

Les auteurs consultés dans cette revue de la littérature font mention de divers approches et concepts théoriques qui sont rappelés ici. Ils se veulent complémentaires de la notion d'efficacité des interventions présentée dans la section précédente : les facteurs influençant l'utilisation de la mammographie (barrières et facteurs facilitants), l'approche multistratégie et les théories du comportement, le modèle du conseiller de la santé issu de la communauté, les attitudes, le soutien et la norme sociale, la mobilisation communautaire ainsi que les moyens pour recruter les femmes. Pour clore cette section, l'application de ces notions dans un cadre conceptuel écologique (Baker et Brownson, 1998), présentée à titre d'exemple, fournira des outils pour amorcer une réflexion qui aura avantage à être poursuivie ultérieurement.

4.1 FACTEURS INFLUENÇANT L'UTILISATION DE LA MAMMOGRAPHIE : BARRIÈRES ET FACTEURS FACILITANTS

Tous les auteurs consultés mentionnent les principaux facteurs influençant l'utilisation de la mammographie, qu'ils facilitent ou nuisent à l'adoption de ce comportement. Le texte qui suit rappelle les éléments importants de la littérature traitant de ces facteurs.

Plusieurs facteurs ou barrières expliquant la non-participation des femmes au dépistage du cancer du sein par mammographie ont été décrits par divers auteurs (Vernon *et al.*, 1990; Smith et Haynes, 1991; Sutton *et al.*, 1994; McNoe *et al.*, 1996; Potter *et al.*, 1996; Rimer,

1997; George, 2000; Lagerlund *et al.*, 2000; Aro *et al.*, 2001; Lagerlund *et al.*, 2001).

La littérature fait état de plusieurs éléments qui vont influencer défavorablement l'utilisation de la mammographie, notamment :

- le vieillissement;
- un niveau de scolarité et un niveau socio-économique faibles;
- l'isolement social;
- le peu d'accès à de l'information;
- l'accessibilité géographique difficile des services de mammographie;
- un manque de transport;
- être de race noire ou d'origine hispanophone.

D'autres barrières à la mammographie correspondent aux caractéristiques des non-utilisatrices de cet examen préventif :

- un manque de connaissances sur le cancer du sein et ses facteurs de risque;
- des attitudes négatives envers la mammographie (incluant les différentes peurs);
- ne pas avoir recours régulièrement à des services de santé, principalement aux services médicaux;
- penser que la mammographie n'est pas nécessaire en l'absence de symptômes ou sans une histoire familiale rattachée à ce cancer;
- ne pas se questionner sur la possibilité d'avoir un cancer;
- ne pas croire aux bénéfices du dépistage;
- être plus encline à croire que la mammographie est désagréable;
- être inquiète des radiations, et
- craindre d'être déclarée malade.

Par ailleurs, d'autres facteurs peuvent favoriser l'adoption de la mammographie; **la recommandation du médecin et le fait d'avoir eu un examen clinique des seins** sont les facteurs les plus importants pour inciter les femmes à aller en mammographie. L'adoption du comportement **d'aller en mammographie est associée positivement à d'autres comportements de santé** comme l'examen dentaire régulier, le port de la ceinture de sécurité, le dépistage antérieur du cancer du col de l'utérus ou du colon. Une histoire précédente de dépistage du cancer du sein est également associée au fait de passer une nouvelle mammographie. Les autres facteurs facilitateurs sont les contreparties des barrières citées précédemment.

Dans un document portant sur la santé et les inégalités sociales, Paquet (1989) expose clairement d'autres facteurs, économiques et culturels, de même que leur importance dans l'adoption de comportements préventifs, indépendamment du thème visé par le programme (bonne alimentation, cessation du tabagisme, pratique de l'activité physique, port de la ceinture de sécurité, etc.). On constate que les clientèles des milieux socio-économiques faibles s'avèrent les moins sensibles aux services préventifs. Ces personnes ont moins recours aux services de prévention et de dépistage, incluant l'utilisation de la mammographie. Elles perçoivent peu de bienfaits liés à la prévention, elles pensent en

retirer plus de mal que de bien et leurs attitudes vis-à-vis de la santé ne favorisent pas l'adoption de comportements préventifs. De façon générale, les gens des milieux populaires valorisent moins la santé que les personnes des classes sociales favorisées parce qu'ils visent en priorité la satisfaction immédiate plutôt qu'une perspective à long terme (Paquet, 1989). À l'opposé de ce qui précède, **les personnes vivant dans un environnement socio-économique aisé adoptent plus facilement un mode de vie plus sain**. C'est ce qui explique pourquoi il semble plus facile de « convaincre » les personnes socio-économiquement aisées des bienfaits de la prévention.

Pour Paquet (1989), les personnes faisant partie de la « classe populaire » ont des attitudes et des représentations de la santé et de la maladie qui sont éloignées de celles des autres strates de la population et des milieux de la santé. Par exemple, ces personnes auront tendance à **penser à court terme, à prendre les plaisirs et les peines lorsqu'ils arrivent, à vivre au jour le jour, à miser sur la**

LE COMPORTEMENT D'ALLER EN MAMMOGRAPHIE ÉTANT ASSOCIÉ POSITIVEMENT À D'AUTRES COMPORTEMENTS DE SANTÉ, IL DEVIENT IMPORTANT DE LE CONSIDÉRER DANS UNE APPROCHE GLOBALE RELATIVE À LA « SANTÉ DES FEMMES ».

LES CLIENTÈLES DES MILIEUX SOCIO-ÉCONOMIQUES FAIBLES S'AVÈRENT LES MOINS SENSIBLES AUX SERVICES PRÉVENTIFS, ONT MOINS RECOURS AUX SERVICES DE PRÉVENTION ET DE DÉPISTAGE, INCLUANT LA MAMMOGRAPHIE. LES ATTITUDES DES CLIENTÈLES DES MILIEUX SOCIO-ÉCONOMIQUES FAIBLES VIS-À-VIS DE LA SANTÉ NE FAVORISENT PAS L'ADOPTION DE COMPORTEMENTS PRÉVENTIFS; ELLES VALORISENT MOINS LA SANTÉ ET VISENT EN PRIORITÉ LA SATISFACTION IMMÉDIATE.

chance comme facteur de réussite, à être attachées à l'aspect concret et immédiat de la vie, à donner beaucoup d'importance à la famille et au voisinage, ces deux derniers éléments étant prédominants. En effet, toujours selon Paquet (1989), les membres des classes populaires misent beaucoup sur le sentiment d'appartenance à un groupe, sur les relations de bon voisinage conjuguées aux relations de camaraderie et de coopération. En milieu populaire, le « *faire ensemble* » et le « *voir ensemble* » sont beaucoup plus importants que les finalités spécifiques associées à des activités particulières. Pour illustrer ce constat, Paquet (1989) observe, en parlant des milieux populaires, qu'« **on n'éprouve pas le désir de faire mieux que les voisins, mais plutôt celui de faire ce qui se fait** ». Par conséquent, les facteurs cités précédemment rendront plus laborieux le travail à accomplir pour que soit adopté un comportement préventif spécifique.

4.2 L'APPROCHE MULTISTRATÉGIE ET LES THÉORIES DU COMPORTEMENT

L'approche multistratégie

Une approche utilisant des interventions multiples permet de rejoindre les femmes selon le stade de changement où elles se trouvent à un moment précis et en fonction de leurs caractéristiques particulières. Les auteurs consultés ont soulevé dans leurs études que la grande majorité des interventions démontrées efficaces pour favoriser l'utilisation de la mammographie et mises en œuvre séparément (intervention unique) auront une influence

sur l'utilisation de la mammographie. Navarro *et al.* (1998) font valoir qu'**une seule intervention peut ne pas être efficace auprès des femmes à faible revenu qui font face à de multiples obstacles au dépistage.** Toutefois, lorsqu'une intervention est menée en association avec d'autres activités (interventions multiples), on observe une plus grande utilisation de la mammographie, principalement chez les femmes à faible revenu (Paskett *et al.*, 1999; Bonfill *et al.*, 2001). Selon d'autres auteurs, il y aurait un effet de renforcement de l'intervention initiale et les effets observés seraient plus grands (NCI Breast Cancer Screening Consortium, 1990; Rimer *et al.*, 1992; Fletcher *et al.* 1993; Rimer, 1994; Skinner *et al.*, 1994; Rakowski *et al.*, 1995; Reid *et al.*, 1999; Yabroff et Mandelblatt, 1999; Hawley *et al.*, 2000; Lane *et al.*, 2000; Bonfill *et al.*, 2001; Legler *et al.*, 2002) puisque le comportement individuel est construit dans un contexte social, structurel et économique qui peut faciliter ou entraver le comportement (Legler *et al.*, 2002). En outre, selon quelques auteurs, les interventions multiples sont plus efficaces lorsqu'elles sont réalisées en collaboration avec des organismes communautaires déjà engagés dans la communauté en raison, entre autres, du lien de confiance déjà établi, de leur connaissance du milieu et des clientèles, des approches adaptées au contexte socio-culturel, etc. (Suarez *et al.*, 1993; Earp *et al.*, 1995; Fernandez *et al.*, 1999). **On observe que l'approche multistratégie est aussi une stratégie reconnue comme étant fructueuse dans le domaine du dépistage du col de l'utérus,** certains auteurs (Black *et al.*, 2002) faisant valoir l'efficacité de la combinaison de campagnes dans les médias de

masse et de méthodes de sensibilisation directe des femmes et/ou des prestataires de soins de santé.

Compte tenu de ces considérations, il devient important d'offrir une diversité d'interventions afin de rejoindre les femmes ciblées par la mammographie selon le stade où elle se trouvent dans le processus d'adoption du comportement d'aller en mammographie. Toutefois, ces activités doivent viser spécifiquement la mammographie. En effet, lorsque des activités visant la mammographie ont été fusionnées à d'autres examens de dépistage, les effets sur l'utilisation de la mammographie ont été moindres (Sin et St Leger, 1999; Bonfill *et al.*, 2001).

Théories du comportement

Tout comme pour d'autres comportements préventifs, les femmes franchissent divers stades dans le processus d'adoption du comportement de

se présenter à la mammographie. Cela expliquerait, du moins en partie, pourquoi des femmes répondent immédiatement à une première invitation à passer une mammographie alors que d'autres répondront après deux et même trois contacts ou encore ne répondront jamais à l'invitation, peu importe la manière dont elles sont approchées.

Diverses théories ont été élaborées pour comprendre les facteurs influençant les intentions et l'adoption de comportements liés à la santé (Godin, 1991). Par exemple, Prochaska et DiClemente (1983) et Prochaska *et al.* (1991) affirment qu'il est primordial de tenir compte du stade de changement où se trouvent les individus ciblés par les interventions

lorsque l'on veut intervenir pour modifier des comportements : précontemplation, contemplation, préparation, action ou maintien.

Le tableau 9 présente les stades décrits par ces auteurs.



Tableau 9

Stades de changement pour modifier un comportement tels que définis par Prochaska et DiClemente

Stade de changement	Description	Stratégies de changement
Précontemplation	Aucune intention de prendre action dans les six prochains mois	Information Modèles de rôle
Contemplation	Essai de prendre action dans les six prochains mois	Information Modèles de rôle
Préparation	Essai de prendre action dans les 30 prochains jours et a franchi quelques étapes comportementales dans cette direction	Analyse du pour et du contre Soutien social Contrat et engagement Comportements préparatoires
Action	Adoption du comportement et maintien pendant moins de six mois	Soutien social Avis Autocontrôle Acquisition de nouvelles habiletés
Maintien	Changement de comportement et maintien du changement pendant plus de six mois	Récompenses Acquisition de nouvelles habiletés d'adaptation

Traduction libre des stades définis par Prochaska et DiClemente (1983) et Prochaska *et al.* (1991)

Que l'on utilise la théorie du comportement présentée brièvement ci-dessus ou que l'on en choisisse une autre mieux adaptée, l'utilité de ces théories dans le contexte de promotion de la participation des femmes au dépistage systématique du cancer du sein aurait avantage à être explorée ultérieurement par les responsables concernés.

4.3 LE MODÈLE DU CONSEILLER DE LA SANTÉ ISSU DE LA COMMUNAUTÉ

Un conseiller de la santé est un membre de la communauté formé pour faire le lien entre les professionnels du système de santé et la communauté (Eng et Young, 1992). Il fournit de l'information sur un thème spécifique de la santé et sur les services qui

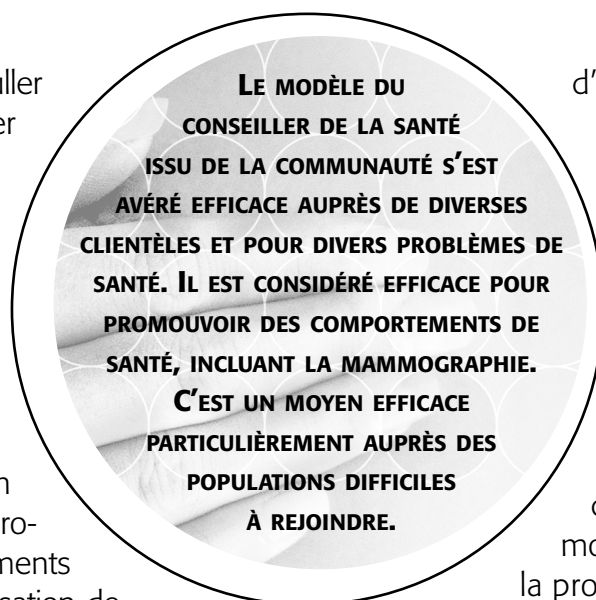
s'y rattachent afin de répondre aux besoins de la clientèle, accompagne le client dans l'amélioration de ses habiletés et établit des liens avec les professionnels de la santé appropriés (Baker et Brownson, 1998).

Ce modèle a été expérimenté auprès de populations spécifiques telles que des femmes africaines et américaines (Jackson et Parks, 1997; Earp *et al.*, 2002), des étudiants (Berkley-Patton *et al.*, 1997) ou des femmes noires vivant en milieu rural (Eng et Hatch, 1991). Il a aussi été utilisé pour promouvoir des comportements de santé visant à combattre des problèmes de santé ou améliorer des comportements, tels les maladies transmises sexuellement (Thomas *et al.*, 1998), le HIV (Downing *et al.*, 1999), l'asthme (Hanson,

1998), la nutrition (Buller *et al.*, 1999) et le cancer du sein (Brownstein *et al.*, 1992; Suarez *et al.*, 1994; Calle *et al.*, 1994; Sung *et al.*, 1997; Navarro *et al.*, 1998; Slater *et al.*, 1998; Andersen *et al.*, 2000). Les auteurs le considèrent comme un moyen efficace de promouvoir des comportements de santé, incluant l'utilisation de la mammographie. Selon Santé Canada (2003), le recours à ces conseillers de la santé serait un moyen efficace particulièrement auprès des populations difficiles à rejoindre.

Plus spécifiquement, des auteurs ont retenu ce modèle pour recruter les femmes ciblées par le dépistage par mammographie et animer des sessions d'information. Earp *et al.* (2002) suggèrent que le réseau du conseiller peut même augmenter l'utilisation de la mammographie chez les femmes grandement défavorisées.

Un des avantages de ce modèle est qu'il utilise les réseaux sociaux existant dans la communauté. De plus, **pendant les sessions d'information, ces conseillers de la santé deviennent des modèles qui font la promotion et renforcent les comportements envers leurs pairs.** La théorie sociale du comportement suggère que le modèle du conseiller issu de la communauté est le plus efficace pour amener un changement de comportement (Navarro *et al.*, 1998). Une étude antérieure souligne que des comportements de santé positifs sont plus susceptibles



d'être adoptés lorsqu'ils sont renforcés par des membres du réseau social (Kaplan et Toshima, 1990).

Fernandez *et al.* (1999), quant à eux, ont misé sur un réseau d'organismes communautaires (YWCA) afin d'offrir des services de promotion de la santé, incluant la promotion de l'utilisation de

la mammographie. Le personnel du YWCA a été formé et son expertise communautaire a grandement contribué à ce que ce programme permette de rejoindre des femmes à faible revenu, sans assurance et faisant partie de groupes ethniques minoritaires.

4.4 ATTITUDES, SOUTIEN ET NORME SOCIALE

Des travaux sur les attitudes de la communauté, le soutien et la norme sociale en rapport avec le cancer du sein viennent appuyer ce qui est avancé par Paquet (1989) en ce qui a trait à l'importance accordée aux liens sociaux dans le contexte des changements liés aux comportements de santé. De plus, des auteurs (Molinari *et al.*, 1998) rappellent que, **contrairement aux hommes, les femmes semblent être plus influençables pour acquérir des comportements positifs de santé quand elles ont des relations de soutien adéquates. Par conséquent, les réseaux de soutien sociaux des femmes semblent influencer leurs attitudes à l'égard du dépistage du cancer du sein.**

Andersen *et al.* (1999) ont réalisé une étude qui visait à évaluer l'impact des attitudes de la communauté sur l'utilisation de la mammographie. Selon ces auteurs, les attitudes favorables d'une communauté envers la mammographie influencent positivement le recours à cet examen. Cette association semble être indépendante de l'influence des caractéristiques sociodémographiques individuelles (âge, état marital, emploi et niveau de revenu) ainsi que de la présence ou non de médecins locaux et de services de mammographie. De plus, l'expérience en centre de dépistage démontre qu'une femme vivant la mammographie d'une manière positive en aura une attitude favorable et aura tendance à en parler positivement aux femmes de son entourage. Aussi, selon Legler *et al.* (2002), les efforts déployés pour établir un soutien social relativement à la mammographie contribuent à faciliter son utilisation par les femmes.

Tous les auteurs consultés dans le cadre de cette revue de la littérature ont cherché à utiliser les réseaux sociaux existants pour diffuser l'information auprès des femmes. Trois

études (Urban *et al.*, 1995; Worden *et al.*, 1999; Andersen *et*

al., 2000) avaient pour objectif de créer une norme sociale favorable à la mammographie par des activités

dans la communauté (ex. : séances d'information) soutenues par la mobilisation communautaire. Selon ces auteurs, la décision de se présenter à un examen préventif comme la mammographie est influencée par les autres personnes de la communauté. Sans avoir mesuré directement la norme sociale, ces auteurs avancent qu'elle a eu un effet positif sur l'utilisation de la mammographie. Worden *et al.* (1999) vont plus loin en énonçant que, selon la théorie des innovations, les séances d'information associées à l'organisation communautaire contribueraient à établir le dépistage du cancer du sein comme une norme sociale principalement chez les femmes de faible niveau d'éducation et à faible revenu.

Katapodi *et al.* (2002) ont étudié le lien entre le soutien social rapporté par les femmes et leur adhésion aux recommandations de dépistage du cancer du sein. Selon les résultats de leurs travaux, il existe une relation significative entre le soutien social et l'adhésion aux recommandations visant le dépistage du cancer du sein, ce qui valide la présomption que les femmes ayant plus de soutien social sont plus enclines à adhérer aux recommandations concernant le dépistage du cancer du sein. Toutefois, les auteurs ne peuvent expliquer exactement comment le soutien social peut influencer le dépistage du cancer du sein, ce qui demande d'autres recherches.

**LA DÉCISION DE
SE PRÉSENTER À UN
EXAMEN PRÉVENTIF COMME LA
MAMMOGRAPHIE EST INFLUENCÉE PAR
LES RÉSEAUX SOCIAUX ET LES AUTRES
PERSONNES DE LA COMMUNAUTÉ.**

**LES ATTITUDES FAVORABLES
D'UNE COMMUNAUTÉ ENVERS LA
MAMMOGRAPHIE INFLUENCENT
POSITIVEMENT LE RECOURS À
CET EXAMEN.**

4.5 MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

De tous les auteurs consultés qui avaient retenu la communauté comme cible d'intervention, quelques-uns ont mis un accent particulier sur la mobilisation de la communauté (Urban *et al.*, 1995; Slater *et al.*, 1998; Paskett *et al.*, 1999; Worden *et al.*, 1999; Andersen *et al.*, 2000). Ces auteurs avaient pour principal but d'entrer en contact avec les femmes en utilisant les réseaux sociaux existants comme motivateurs au changement de comportement. L'hypothèse est la suivante : en visant l'entourage social des femmes, un aspect culturel de grande importance pour celles-ci, de telles stratégies auraient plus de chances de succès auprès des non-utilisatrices faisant partie d'un sous-groupe « vulnérable » que les approches qui ciblent l'individu. Ainsi, selon les auteurs, la mobilisation communautaire peut servir de moyen pour atteindre les femmes qui, jusqu'à maintenant, n'ont pas été réceptives aux invitations personnalisées à passer une mammographie, afin de les exposer à des interventions multiples (séances d'information, activités promotionnelles, etc.) où de l'information sur le dépistage du cancer du sein et la mammographie leur est transmise. Cette sensibilisation aurait contribué, selon les auteurs, à la création d'une norme sociale associée à cet examen préventif tout en favorisant des attitudes positives à l'égard de ce comportement. Dans ce contexte, il devient possible de miser sur les réseaux

sociaux des femmes et d'adapter les messages à leurs intérêts, à leurs besoins, à leurs valeurs et à leur langage. Ainsi, les femmes peuvent être rejointes de diverses façons, être exposées plusieurs fois aux messages, et des sous-groupes peuvent être spécifiquement ciblés (ex. : femmes vivant dans un quartier populaire, femmes immigrantes, etc.) sans que l'ensemble des femmes soit délaissé.

Quatre études (Urban *et al.*, 1995; Slater *et al.*, 1998; Paskett *et al.*, 1999; Andersen *et al.*, 2000) ont démontré une utilité variable de l'approche communautaire pour favoriser l'utilisation de la mammographie. Pour mieux comprendre les données présentées, il est essentiel de rappeler certaines particularités de ces études.

Andersen *et al.* (2000, 2002) font valoir la capacité de la mobilisation communautaire pour contribuer à la diminution du taux d'abandon par les utilisatrices de la mammographie. La mobilisation communautaire décrite dans les études de Slater *et al.* (1998) et Paskett *et al.* (1999) aurait contribué, selon eux, à augmenter l'utilisation de la mammographie. On retrouve quelques similitudes dans ces deux derniers projets : leurs activités consistaient en des séances d'information et visaient une communauté captive, soit les femmes vivant dans des logements sociaux, les rassemblements étant alors facilités par l'accès direct aux personnes



ciblées par les activités. La proximité des femmes, de même que leurs contacts sociaux plus fréquents, ont aussi facilité la diffusion des messages. On peut penser qu'**une forte concentration de la population féminine dans un lieu géographique bien défini favorise la diffusion des messages, renforce la norme sociale et le suivi de cette norme dans le milieu, ce qui peut contribuer à augmenter l'utilisation de la mammographie.**

Urban *et al.* (1995) concluent que l'efficacité des interventions menées dans un contexte d'approche communautaire est modeste et transitoire puisque les résultats ne persistent pas dans le temps. Malgré des résultats positifs des interventions visant l'utilisation de la mammographie, ces auteurs remettent en question la quantité d'énergie et d'effort exigée par la mobilisation communautaire pour obtenir ces résultats, qui sont plus modestes que ceux anticipés. La mobilisation communautaire déployée dans leur projet était très enracinée dans la communauté par la participation de leaders de la communauté au comité, donnant une responsabilité plus grande à la population.

Ces auteurs soulignent aussi le fait que leurs conclusions s'apparentent sensiblement à celles de trois évaluations d'envergure de projets américains qui visaient la prévention des maladies cardiovasculaires (Minnesota Heart Health Program, Stanford Five-City project et Pawtucket). Les résultats quant à l'efficacité des activités soutenues par la mobilisation communautaire et menées dans le cadre de ces projets pour diminuer la mortalité/morbidité sont modestes, généralement non

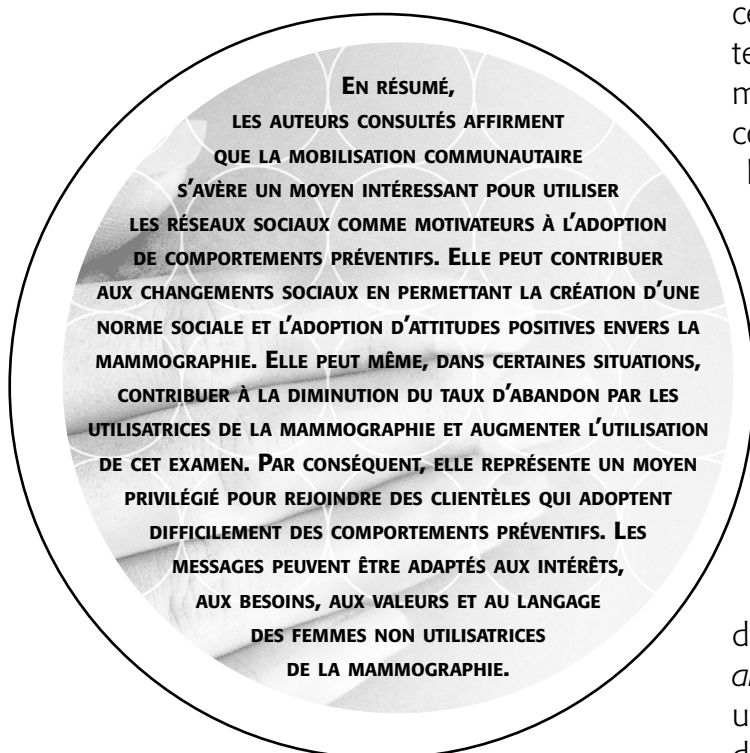
statistiquement significatifs et/ou transitoires (Winkleby *et al.*, 1997).

Il s'avère toutefois difficile de comparer les effets peu concluants mesurés dans un contexte de prévention des maladies cardiovasculaires aux résultats obtenus dans la promotion de l'utilisation de la mammographie. En effet, les comportements observés sont différents. Les comportements liés aux maladies cardiovasculaires font référence à des habitudes de vie quotidiennes, alors que la mammographie survient annuellement ou aux deux ans. Les habitudes de vie touchent l'ensemble de la population peu importe l'âge, alors que la mammographie est exclusive aux femmes et, dans le cas du PQDCS, à celles qui sont âgées de 50 à 69 ans. Aussi, les habitudes de vie débutent très tôt dans l'enfance, ce qui rend possible une intervention très précoce, ce qui n'est pas le cas pour la mammographie.

Les auteurs ayant évalué les projets de prévention des maladies cardiovasculaires qui ciblaient la communauté s'accordent sur le fait que l'évaluation de tels projets est ardue et que les méthodes évaluatives actuelles ne sont peut-être pas optimales pour les types d'interventions menées à l'échelle de la population (Farquhar *et al.*, 1990; Luepker *et al.*, 1996; Fortman et Varady, 2000; Vartiainen *et al.*, 2000). Toujours selon ces auteurs, le fait d'utiliser le taux de mortalité/morbidité d'une pathologie telles les maladies cardiovasculaires comme mesure d'impact des interventions communautaires risque de faire en sorte que des effets « intermédiaires » puissent être ignorés : influence de la norme sociale dans des milieux donnés, adoption d'attitudes

favorables, création d'un réseau social où des messages peuvent être véhiculés auprès des clientèles difficiles à rejoindre, mise en commun des ressources, etc.

Quelques exemples d'utilisation de la mobilisation communautaire dans d'autres problématiques de santé ont démontré que, par la création d'une norme sociale et l'adoption d'attitudes positives, la mobilisation communautaire a eu une influence favorable sur l'adoption de comportements préventifs : l'arrêt tabagique, l'activité physique, le port de la ceinture de sécurité, la réduction de l'alcool au volant, etc.



4.6 MOYENS POUR RECRUTER LES FEMMES

Parmi les auteurs consultés dans cette revue de la littérature, deux modèles théoriques spécialement conçus pour rejoindre les non-utilisatrices de la mammographie ont été utilisés.

Le **modèle « Friend to Friend »** (Slater *et al.*, 1998) consiste en l'identification de femmes d'un milieu circonscrit afin que ces dernières fassent la promotion d'activités telles des séances d'information sur la mammographie. Ce modèle vise le changement comportemental en mettant l'accent sur l'environnement social des individus et en capitalisant sur les forces existantes de cet environnement pour influencer les comportements individuels. Pour Slater *et al.* (1998), cette stratégie a permis d'amener le plus grand nombre de femmes possible à assister à des séances d'information dans un milieu bien circonscrit, soit des logements sociaux.

La **théorie des innovations** (Rogers, 1995), quant à elle, a été retenue dans deux articles (Worden *et al.*, 1999; Danigelis *et al.*, 2001). Rappelons que, selon ce modèle, une première sensibilisation vise les leaders d'opinion ou « champions » qui, par la suite, aident à identifier et sensibiliser les femmes de la communauté qui sont difficiles à rejoindre. Ce modèle permettrait, selon Worden *et al.* (1999), d'entrer en contact avec les femmes





**SELON LA THÉORIE
DES INNOVATIONS,
SENSIBILISER LES LEADERS
D'OPINION PERMET ENSUITE
D'IDENTIFIER ET DE
SENSIBILISER LES FEMMES
DE LA COMMUNAUTÉ
QUI SONT DIFFICILES
À REJOINDRE.**

isolées qui n'utilisent pas les services de santé, qui ne font pas partie d'un groupe ou qui ne sont pas sur le marché du travail.

Selon les auteurs, l'utilisation de modèles théoriques s'est avérée utile pour élaborer des stratégies visant à rejoindre les non-utilisatrices de la mammographie. Le succès de ces modèles théoriques tient au fait que leur utilisation a été précédée par de l'organisation communautaire ou une mobilisation communautaire. Une section précédente (4.5) explique plus précisément l'intérêt de la mobilisation communautaire.

4.7 CADRE CONCEPTUEL ÉCOLOGIQUE ET SON APPLICATION À UN PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Les approches ou concepts théoriques présentés précédemment peuvent être insérés dans un cadre conceptuel afin d'avoir une idée d'ensemble de leur utilisation. À titre d'exemple, l'application d'un cadre conceptuel écologique à un programme de dépistage du cancer du sein permet d'avoir une vision globale des niveaux où un tel programme peut être mis en œuvre. Le tableau 10 précise quelques objectifs à poursuivre de même que des approches, selon le niveau d'intervention. Ces éléments peuvent servir de point de départ à une réflexion approfondie sur la pertinence des objectifs et des approches définis dans un contexte de dépistage systématique du cancer du sein.

Tableau 10**Résultat d'une première réflexion pour identifier des objectifs et des approches recommandées selon le niveau d'intervention lorsqu'un cadre conceptuel écologique est appliqué à un programme de dépistage du cancer du sein ***

	Niveau individuel	Niveau interpersonnel	Niveau communautaire	Niveau gouvernemental
Exemple d'objectifs à poursuivre	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des moyens favorisant la participation des femmes au dépistage par mammographie. • Améliorer les connaissances, les attitudes, les comportements et les habiletés concernant le dépistage par mammographie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Influencer les habitudes, le soutien et le réseau social des femmes ciblées. • Développer et renforcer les attitudes, la norme et le soutien sociaux concernant la mammographie. • Contribuer au renforcement du comportement des personnes qui ont adopté la mammographie et à leur rétention dans le programme. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscire le dépistage du cancer du sein dans le programme de santé publique. • S'assurer que les pratiques professionnelles favorisent l'adoption et le maintien de l'utilisation de la mammographie. • Attribuer les ressources nécessaires à la réalisation des activités régionales et locales. • Mettre en place des mécanismes facilitant l'accès aux activités proposées par le programme de dépistage du cancer du sein. 	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de la qualité des composantes du programme de dépistage du cancer du sein.
Exemples d'approches	<ul style="list-style-type: none"> • Inviter et relancer les femmes ciblées par le programme par l'envoi de lettres. • Fournir du counselling aux femmes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des moyens pour recruter les femmes difficiles à rejoindre. • Réaliser des séances d'information auprès des femmes. • Réaliser des activités promotionnelles adaptées aux caractéristiques des femmes ciblées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser les changements organisationnels qui influenceront l'utilisation de la mammographie. • Créer une mobilisation communautaire afin de favoriser le réseautage entre les organismes concernés et les femmes ciblées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Allouer les ressources nécessaires afin d'atteindre les objectifs du programme de dépistage du cancer du sein. • Se servir de l'action politique et du lobbying pour faire connaître l'importance du cancer du sein parmi les autres problèmes de santé publique. • Mettre en place un mécanisme d'assurance de la qualité du programme et permettre les ajustements nécessaires.

* Adaptation du cadre conceptuel écologique présenté par Baker et Brownson, 1998

5. DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE : LA RÉGION DE QUÉBEC

Selon la littérature, il y a un consensus sur la pertinence d'agir auprès des femmes pour les encourager à adhérer au dépistage du cancer du sein par la mammographie. Ce consensus est basé sur le fait qu'un programme de dépistage ne peut rencontrer son objectif de diminution de la mortalité que si la participation des femmes atteint un niveau spécifique. Le Cadre de référence du PQDCS a établi que pour réussir à diminuer de 25 % la mortalité par cancer du sein, 70 % des femmes âgées de 50 à 69 ans devrait passer une mammographie tous les deux ans (MSSS, 1996).

L'analyse des activités régionales de sensibilisation des femmes répertoriées dans la littérature a permis de confirmer l'efficacité de plusieurs activités, de remettre en question l'utilisation des interventions appuyées par aucun consensus formel sur leur efficacité et de faire ressortir celles qui devraient être évitées.

Les activités régionales implantées depuis le lancement du PQDCS en mai 1998 ont ciblé la femme et les femmes de la communauté. Le tableau 11 répertorie l'ensemble des activités implantées dans la région de Québec, selon la typologie des interventions qui sert de cadre d'analyse dans la présente revue de la littérature.

Tableau 11

Activités implantées dans la région de Québec, selon le cadre d'analyse de la revue de la littérature (typologie des interventions)

	Cible : la femme	Cible : les femmes
Intervention unique	<ul style="list-style-type: none"> • Kiosques d'information dans des lieux publics • Lettre de rappel aux deux ans pour les femmes avec prescription médicale 	<ul style="list-style-type: none"> • Séances d'information par une intervenante non professionnelle (principalement dans les milieux de travail) • Pièce de théâtre « <i>La mammo, quel scénario !</i> »
Interventions multiples	<ul style="list-style-type: none"> • Lettres d'invitation et de relance accompagnées de dépliants et lettre de résultats de la mammographie • Lettre de rappel aux deux ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Activités de communication à l'échelle régionale • Cinq projets de sensibilisation-mobilisation communautaire déployant de multiples activités : séances d'information par une intervenante non professionnelle (ou animatrice), activités promotionnelles, soutien d'un comité local, mobilisation de la communauté et des leaders d'opinion • Pièce de théâtre « <i>La mammo, quel scénario !</i> » jumelée à des activités promotionnelles organisées localement

5.1 ACTIVITÉS RÉGIONALES CIBLANT LA FEMME

Parmi les activités qui ciblent individuellement les femmes de la région de Québec, on retrouve :

- divers kiosques d'information animés dans les différents lieux publics de la région (pharmacies, cliniques médicales, banques, caisses populaires, centres commerciaux, lors de colloques, etc.);
- l'envoi d'une lettre de rappel tous les deux ans aux femmes qui se présentent à leur mammographie avec une prescription médicale (au lieu de la lettre d'invitation);
- l'envoi aux femmes de 50 à 69 ans de lettres d'invitation et de relance personnalisées, accompagnées de dépliants d'information;
- l'envoi d'une lettre présentant le résultat de la mammographie aux femmes qui ont accepté de passer une mammographie;
- l'envoi d'une lettre de rappel tous les deux ans aux femmes qui ont eu un résultat normal à la mammographie.

Ces activités ciblent la femme individuellement et sont menées principalement par le CCSR (Messely *et al.*, 2001), bien que des kiosques d'information aient aussi été tenus localement dans le cadre des projets de sensibilisation-mobilisation communautaires.



La comparaison de ces activités régionales avec celles décrites dans la littérature permet de dégager quelques constats.

Premièrement, on peut affirmer que les lettres postées aux femmes par le PQDCS (invitation, relance et rappel tous les deux ans) sont des mesures efficaces pour favoriser l'utilisation de la mammographie (Bonfill *et al.*, 2001; Brisson *et al.*, 2001). Même si le recours au médecin traitant pour signer les lettres, plus particulièrement la lettre de relance, est utile dans certains pays, notamment en Angleterre, cette mesure serait difficilement applicable dans le contexte québécois actuel, entre autres, pour des raisons d'ordre légal et organisationnel. Dans la région de Québec, les lettres sont signées par le directeur de santé publique.

Deuxièmement, la littérature démontre que **l'invitation et la relance téléphonique sont aussi des mesures efficaces** (Sin et St-Leger, 1999; Bonfill *et al.*, 2001). Le contact téléphonique permettrait de répondre aux questions des femmes, d'identifier les peurs, de donner de l'information pertinente, etc. Toutefois, les auteurs consultés ne font pas mention des coûts associés à cette mesure. Ce moyen ne fait pas partie des interventions régionales actuelles. Les responsables régionaux du programme n'ont pas les coordonnées téléphoniques des femmes

L'EFFICACITÉ DE KIOSQUES D'INFORMATION DANS DES LIEUX PUBLICS N'EST PAS CLAIREMENT DÉMONTRÉE; IL EST PRÉFÉRABLE DE LES RÉALISER AVEC UNE CERTAINE RÉSERVE ET EN ASSOCIATION AVEC D'AUTRES ACTIVITÉS DE SENSIBILISATION ET DE PROMOTION DE LA MAMMOGRAPHIE.

qui n'ont jamais adhéré au PQDCS. La faisabilité de ce type d'intervention pourrait tout de même être explorée.

Troisièmement, l'efficacité de la tenue de kiosques d'information dans des lieux publics n'est pas clairement démontrée. En effet, l'étude de Danigelis *et al.* (2001) est la seule recherche ayant étudié l'efficacité des kiosques dans les lieux publics où un entretien personnel avec la femme peut avoir lieu. Il faut considérer ces résultats avec prudence puisqu'il s'agit d'une étude exploratoire sans groupe contrôle. Aucune autre étude n'a rapporté de conclusions similaires ou contradictoires. Cette activité devrait donc être utilisée avec une certaine réserve. Les auteurs suggèrent de réaliser les kiosques d'information en association avec d'autres activités de sensibilisation ou de promotion de la mammographie afin d'influencer les femmes à opter pour cet examen préventif.

Quatrièmement, il est important de retenir que l'envoi de matériel éducatif est efficace pour augmenter l'utilisation de la mammographie seulement s'il

est acheminé aux femmes de manière personnalisée (Bonfill, 2001). Par conséquent, le matériel d'information distribué dans les CLSC pourrait être remis

aux femmes lorsqu'elles ont un entretien individuel avec un intervenant (ex. : lors d'une consultation dans les services courants) afin de personnaliser le transfert d'information. Toutefois, les résultats d'une étude exploratoire portant sur la perception des femmes ayant passé une mammographie de dépistage (Lepage, *et al.*, 2001), soulèvent que « les dépliants d'information sont peu lus, principalement à cause de la trop grande quantité de renseignements qu'ils contiennent ». Il faut donc cibler les messages à transmettre et les présenter dans un langage qui soit adapté à la clientèle visée.

Par ailleurs, la distribution de dépliants d'information dans divers lieux de la communauté, sans cibler personnellement les femmes, a été démontrée inefficace pour augmenter l'utilisation de la mammographie et devrait être évitée (Sin et St Leger, 1999).

Cinquièmement, les visites à domicile n'ont pas démontré d'efficacité quant à l'utilisation de la mammographie (Sin et St-Leger, 1999; Bonfill *et al.*, 2001). Elles n'ont jamais été réalisées dans la région de Québec et devraient être évitées.

5.2 ACTIVITÉS RÉGIONALES CIBLANT LES FEMMES

Des activités régionales ciblant les femmes consistent essentiellement en des activités promotionnelles, des séances d'information

LA DISTRIBUTION DE DÉPLIANTS D'INFORMATION DANS DIVERS LIEUX DE LA COMMUNAUTÉ EST INEFFICACE ET DEVRAIT ÊTRE ÉVITÉE.

L'ENVOI DE MATÉRIEL ÉDUCATIF EST EFFICACE SEULEMENT S'IL EST ACHÉMINÉ AUX FEMMES DE MANIÈRE PERSONNALISÉE. LES MESSAGES À TRANSMETTRE DOIVENT ÊTRE BIEN CIBLÉS ET ÊTRE PRÉSENTÉS DANS UN LANGAGE QUI SOIT ADAPTÉ À LA CLIENTÈLE VISÉE.

LES VISITES À DOMICILE N'ONT PAS ÉTÉ DÉMONTRÉES EFFICACES QUANT À L'UTILISATION DE LA MAMMOGRAPHIE ET DEVRAIENT ÊTRE ÉVITÉES.

aussi appelées « rencontres animées » et la présentation de la pièce de théâtre « *La mammo, quel scénario !* ».

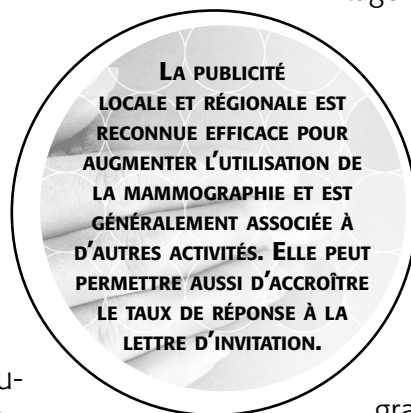
Activités promotionnelles

Plusieurs des activités ont été réalisées dans le cadre du plan régional de communication qui vise les femmes, les intervenants et les organismes communautaires (Messely *et al.*, 2001) :

- une campagne annuelle d'information diffusée dans tous les journaux hebdomadaires de la région;
- des points de presse pour informer la population de l'avancement des travaux visant l'implantation du programme dans la région;
- la production d'un signet présentant l'ensemble des partenaires du programme dans la région;
- la réalisation de matériel et d'outils d'information destinés aux CLSC et aux organismes communautaires afin de les soutenir dans leurs actions auprès des femmes;
- la réalisation de matériel et d'outils d'information destinés aux femmes (nouveau feuillet, nouveau visuel régional, nouveau slogan, etc.);
- la distribution aux femmes d'un bulletin d'information portant sur le programme et le dépistage dans la région.

De plus, à l'échelle locale, les projets de sensibilisation-mobilisation communautaire réalisent des activités promotionnelles afin de

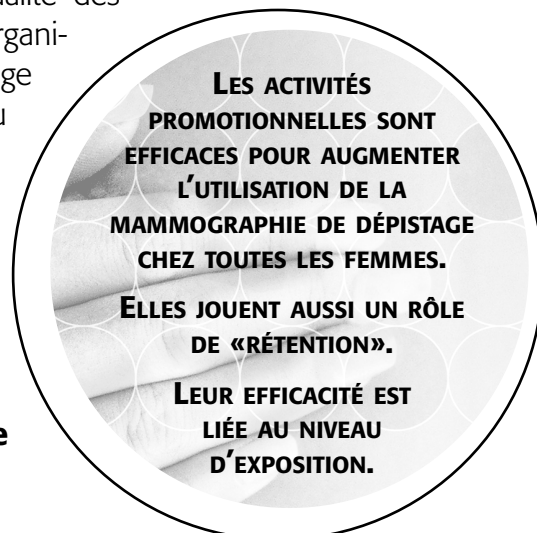
faire connaître leurs activités de sensibilisation et de transmettre des messages sur le dépistage et la mammographie.



Il est rare que la publicité locale ou régionale, sous toutes ses formes (journaux locaux et régionaux, radio, dépliants, affiches, etc.), soit une activité unique. Elle est généralement associée à d'autres activités de sensibilisation ou d'information et peut ainsi contribuer à une plus grande utilisation de la mammographie (Urban *et al.*, 1995; Paskett *et al.*, 1999; Andersen *et al.*, 2000). Aussi, la publicité permet d'accroître le taux de réponse à la lettre d'invitation (Santé Canada, 1997; Santé Canada, 2003).

Les activités promotionnelles locales sont reconnues efficaces pour augmenter l'utilisation de la mammographie chez toutes les femmes (Paskett *et al.*, 1999; Andersen *et al.*, 2000; Barr *et al.*, 2001). L'efficacité de ces activités a aussi été confirmée dans les deux rapports produits par un comité national chargé de l'initiative pour le dépistage du cancer du sein qui portaient sur les déterminants de la qualité des

programmes organisés de dépistage du cancer du sein (Santé Canada, 1997; Santé Canada, 2003). **On y spécifie que la couverture médiatique et la lettre**



d'invitation permettent toutes les deux le recrutement de femmes « faciles à atteindre » et qu'il faut s'attarder spécialement au recrutement des groupes « difficiles à atteindre », les méthodes retenues devant tenir compte des problèmes associés à la langue et à la culture.

Les effets de ces activités promotionnelles sont directement proportionnels au niveau d'exposition : si le niveau d'exposition augmente, les effets augmentent, alors que si l'intensité de la publicité est moindre, les effets sur le taux d'utilisation de la mammographie diminuent; si l'exposition est constante, les effets se maintiennent. L'étendue des activités promotionnelles et les moyens retenus dépendent largement des ressources financières disponibles. Les activités promotionnelles auraient des effets significatifs en diminuant le taux d'abandon chez les femmes utilisatrices de la mammographie, jouant ainsi un rôle de rétention auprès de celles-ci (Andersen *et al.*, 2000). Ces activités permettent de réaliser de « l'éducation populaire » qui contribue à l'utilisation de la mammographie (Legler *et al.*, 2002). Aussi efficace qu'une lettre de relance, mais moins efficace qu'un contact téléphonique, **la publicité locale est un moyen de véhiculer des messages pouvant cibler les barrières et les croyances des femmes à l'égard de la mammographie** (Urban *et al.*, 1995; Paskett *et al.*, 1999; Andersen *et al.*, 2000).

Santé Canada (2003) précise que certains groupes spéciaux pourraient requérir d'autres



interventions en plus des campagnes promotionnelles de portée générale pour augmenter leur observance du programme de dépistage du cancer du sein. Parmi ces groupes, mentionnons les femmes âgées, les femmes non blanches, les femmes ayant un faible niveau de scolarité, les femmes défavorisées sur le plan socio-économique, les femmes vivant en milieu rural et les femmes célibataires.

Séances d'information

Des **séances d'information**, aussi appelées « **rencontres animées** », sont réalisées dans cinq territoires de CLSC par des intervenantes non professionnelles de la santé issues de la communauté (ou animatrices) spécialement formées afin de sensibiliser et mobiliser les femmes au dépistage par mammographie. Diverses activités promotionnelles sont associées à ces séances d'information afin de les faire connaître et inciter le plus grand nombre de femmes possible à répondre à l'invitation. Aussi, une intervenante non professionnelle de la santé assure l'animation de séances d'information qui rejoignent les femmes sur les territoires de CLSC où il n'y a pas de projet de sensibilisation-mobilisation communautaire de même que dans les milieux de travail (Messely *et al.*, 2001). Les séances d'information se déroulent dans les divers milieux de vie et secteurs d'activités des femmes : paroisses, groupes ou organismes communautaires, milieux de travail dans les secteurs public et privé. Une « trousse de l'animatrice » fournit l'information pertinente devant être transmise aux femmes.

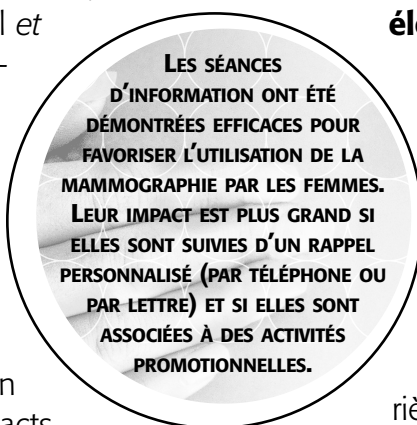
Les séances d'information ont été démontrées efficaces pour favoriser l'utilisation de la mammographie par les femmes (Slater *et al.*, 1998; Paskett *et al.*, 1999; Bonfill *et al.*, 2001). Les études visaient principalement les femmes à faible revenu vivant dans des logements sociaux. Bonfill *et al.* (2001) proposent de combiner une activité d'éducation à un rappel personnalisé par téléphone ou par lettre, afin d'avoir un meilleur impact sur l'utilisation de la mammographie, les contacts personnalisés ayant un effet de renforcement. D'autres auteurs soulèvent aussi la pertinence d'associer aux séances d'information des activités promotionnelles (Paskett *et al.*, 1999).

De plus, selon certains auteurs (Flax et Earp, 1999; Reppucci *et al.*, 1999), la participation des femmes aux programmes de dépistage du cancer du sein requiert qu'elles soient au fait des recommandations sur le dépistage, perçoivent les bénéfices de la détection précoce, puissent s'orienter efficacement dans le système de santé et tolèrent le risque potentiel de recevoir un rapport de dépistage positif. **Les séances d'information contribuent au soutien social en répondant à la fonction informationnelle, soit en fournissant des conseils, de l'information pertinente, des directives et des suggestions pour la résolution de problèmes** (Gotay et Wilson, 1998). Elles offrent une assistance pour lever les barrières et fournissent des opportunités

d'apprendre la valeur du dépistage (Katapodi *et al.*, 2002). **Les séances d'information contribuent donc à fournir des éléments essentiels aux femmes afin qu'elles adhèrent à la mammographie.**

On observe qu'habituellement le contenu des séances d'information et des activités promotionnelles visant la communauté a été développé à partir des barrières identifiées relativement aux connaissances et aux attitudes envers la mammographie (Slater *et al.*, 1998) ou celles qui sont liées au changement de comportement (Urban *et al.*, 1995).

Deux auteurs ont utilisé de multiples modèles théoriques afin de cibler les messages et développer un programme d'interventions (Paskett *et al.*, 1999; Worden *et al.*, 1999). Afin de tenir compte de la perception du risque, de la perception des bénéfices, des barrières et de la susceptibilité au cancer, Saywell *et al.* (1999) se sont basés sur le concept « Health Belief Model³ » (Becker, 1974) pour planifier le counselling individuel et par téléphone. L'utilisation de ces modèles pourrait aider à convaincre les femmes de l'utilité de la mammographie, surtout les non-utilisatrices, puisqu'ils touchent essentiellement aux bénéfices, aux barrières, aux connaissances et aux attitudes, éléments clés dans un contexte de persuasion de masse (Willett *et al.*, 1992).



3 Le « Health belief model » ou modèle des croyances relatives à la santé, pose comme prémisses qu'un individu est susceptible de poser des gestes pour prévenir une maladie ou une condition désagréable s'il possède des connaissances minimales en matière de santé et s'il considère la santé comme une dimension d'importance dans sa vie (Godin, 1991).

Les séances d'information, qu'elles soient réalisées en association avec des activités promotionnelles ou non, sont des activités à maintenir dans la région de Québec puisqu'elles sont des occasions privilégiées pour transmettre des messages aux femmes et répondre à leurs questions. De plus, les femmes peuvent partager leur expérience relative à la mammographie, discuter de leurs craintes et des avantages du dépistage. Une attention particulière devrait être portée pour que ces séances ciblent les femmes à faible revenu.



Pièce de théâtre

En plus des activités promotionnelles, plusieurs représentations de la **pièce de théâtre humoristique « La mammo, quel scénario ! »** ont eu lieu depuis mai 2001 dans divers secteurs de la région de Québec. Un groupe de discussion composé de professionnelles spécialisées dans le dépistage du cancer du sein fait suite à la pièce, afin de favoriser les échanges et de répondre aux questions des femmes. Un ensemble d'activités promotionnelles entourent habituellement la tenue de cet événement. Aucune donnée de la littérature consultée ne permet d'estimer le niveau d'efficacité d'une pièce de théâtre pour favoriser la participation des femmes au dépistage par mammographie.

6. RECOMMANDATIONS

Les recommandations présentées ci-après découlent de la présente revue de la littérature sans avoir été ciblées au préalable comme objectifs spécifiques. Elles se veulent un outil de travail avec lequel les responsables concernés pourront analyser ce qui se fait déjà dans la région de Québec pour favoriser la participation des femmes au dépistage par mammographie.

Les trois premières recommandations formulées sont d'ordre général et visent à ce que le travail amorcé continue de correspondre à ce que l'on retrouve dans la littérature. Les suivantes ont trait aux interventions régionales de sensibilisation comme telles. Par la suite, d'autres recommandations sont énoncées et sont en lien avec les approches et les concepts théoriques relevés par les auteurs consultés.

Tableau 12

Recommandations d'ordre général

Recommandations générales	Procéder à une mise à jour périodique du contenu de cette revue de la littérature afin de s'assurer que les interventions déployées dans la région de même que les approches et concepts théoriques favorisent la participation des femmes au dépistage par mammographie.
	Utiliser la typologie des interventions qui a servi de cadre d'analyse à cette revue de la littérature afin de classifier les diverses interventions répertoriées et leur attribuer un degré d'efficacité envers l'utilisation de la mammographie.
	Lors de la mise à jour périodique de cette revue de la littérature, porter une attention particulière aux études réalisées en dehors du contexte américain.

6.1 RECOMMANDATIONS LIÉES AUX INTERVENTIONS RÉGIONALES DE SENSIBILISATION

L'analyse des activités régionales de sensibilisation des femmes au dépistage du cancer du sein nous amène à formuler des recomman-

dations en fonction des interventions et de leur niveau d'efficacité respectif (tableaux 13, 14 et 15). Une étoile identifie les recommandations qui sont plus spécifiques aux femmes n'utilisant pas la mammographie et présentant des caractéristiques particulières.

Tableau 13**Recommandations pour les interventions régionales dont l'efficacité est démontrée pour augmenter l'utilisation de la mammographie**

Interventions dont l'efficacité est démontrée	
Interventions	Recommandations
Lettres du PQDCS	<p>Maintenir l'envoi des différentes lettres aux femmes par le PQDCS (invitation, relance, rappel aux deux ans et lettre de résultats) en prenant soin de ne traiter que de la mammographie.</p> <p>★ Explorer la faisabilité d'une relance téléphonique auprès des non-utilisatrices de la mammographie.</p>
Matériel éducatif destiné aux femmes	<p>Le matériel éducatif destiné aux femmes devrait leur être transmis par un contact personnalisé (envoi postal personnalisé, contact de personne à personne, etc.).</p> <p>Le matériel éducatif portant sur la mammographie qui est distribué dans les CLSC devrait être remis aux femmes lorsqu'elles ont un entretien individuel avec un intervenant (ex. : lors d'une consultation dans les services courants).</p> <p>★ Le matériel éducatif destiné aux femmes devrait cibler les messages à transmettre et les présenter dans un langage adapté à la clientèle visée.</p>
Activités promotionnelles	<p>Maintenir les activités promotionnelles (locales et régionales) et s'assurer qu'elles soient associées à d'autres activités de sensibilisation à la mammographie.</p> <p>★ Adapter les méthodes retenues pour les activités promotionnelles selon la clientèle visée, particulièrement s'il s'agit de femmes vulnérables, difficiles à rejoindre (langage, culture, perception de la santé, etc.), etc.</p> <p>★ Utiliser les activités promotionnelles pour véhiculer des messages ciblant les barrières et les croyances des femmes à l'égard de la mammographie.</p> <p>Assurer les ressources financières suffisantes afin d'offrir aux femmes un maximum d'exposition aux activités promotionnelles.</p> <p>★ Favoriser la réalisation d'activités promotionnelles conjointes et complémentaires (local, régional, provincial) afin que le niveau d'exposition des femmes aux messages soit optimal.</p> <p>Explorer l'utilité de modèles théoriques (ex. : concepts de marketing social, de communication de masse, etc.) qui permettent de cibler les messages à véhiculer et de s'assurer que le public ciblé soit rejoint.</p>
Séances d'information	<p>Maintenir les séances d'information réalisées dans les projets locaux de sensibilisation et de mobilisation communautaire.</p> <p>★ Porter une attention particulière aux femmes vulnérables et difficiles à rejoindre pour qu'elles assistent aux séances d'information réalisées dans les projets locaux de sensibilisation et de mobilisation communautaire.</p>

★ Plus spécifiquement pour les non-utilisatrices de la mammographie qui présentent des caractéristiques particulières.

Interventions dont l'efficacité est démontrée	
Interventions	Recommandations
Séances d'information (suite)	Maintenir les séances d'information dans les milieux de travail et là où il n'y a pas de projet de sensibilisation et de mobilisation communautaire.
	Mettre à jour la « trousse des animatrices » afin que les séances d'information continuent d'informer sur le PQDCS, fournissent de l'information pertinente, démystifient les barrières et les attitudes liées à la mammographie, précisent les bénéfices de cette dernière et répondent aux interrogations des femmes.
	Soutenir les séances d'information réalisées dans les projets locaux de sensibilisation et de mobilisation communautaire par des activités promotionnelles locales.
	★ Explorer la faisabilité d'un rappel personnalisé (par téléphone ou par lettre) auprès de quelques femmes ayant assisté aux séances d'information.

★ Plus spécifiquement pour les non-utilisatrices de la mammographie qui présentent des caractéristiques particulières.

Tableau 14

Recommandations pour les interventions régionales dont l'efficacité est probable ou incertaine pour augmenter l'utilisation de la mammographie

Interventions dont l'efficacité est probable ou incertaine	
Interventions	Recommandations
Kiosques d'information	Les kiosques d'information dans des lieux publics avec entretiens de personne à personne devraient être réalisés avec une certaine réserve et en association avec des activités promotionnelles, d'autres activités de sensibilisation ou de promotion de la mammographie ou lors d'événements susceptibles d'attirer les femmes ciblées par le PQDCS.
	Une révision périodique de la littérature, dans le domaine du cancer du sein ou pour toutes autres problématiques de santé, devrait être réalisée afin de vérifier le niveau d'efficacité des kiosques d'information.
Pièce de théâtre	Une révision périodique de la littérature, dans le domaine du cancer du sein ou pour toutes autres problématiques de santé, devrait être réalisée afin de vérifier le niveau d'efficacité d'une pièce de théâtre traitant de la sensibilisation à un problème de santé.

Tableau 15

Recommandations pour les interventions régionales démontrées inefficaces pour augmenter l'utilisation de la mammographie

Interventions jugées inefficaces	
Interventions	Recommandations
Dépliants d'information	La distribution de dépliants d'information dans divers lieux de la communauté, sans cibler personnellement les femmes ou sans être réalisée simultanément avec d'autres activités de promotion de la mammographie, devrait être évitée.
Visites à domicile	Les visites à domicile pour promouvoir la mammographie devraient être évitées.

6.2 RECOMMANDATIONS LIÉES AUX APPROCHES ET CONCEPTS THÉORIQUES MENTIONNÉS PAR LES AUTEURS CONSULTÉS

Divers approches et concepts théoriques ont été mentionnés par les auteurs consultés lors de la revue de la littérature. Pour chaque thème abordé, une ou plusieurs recommandations sont formulées et apparaissent clairement dans le texte. Un tableau synthèse est présenté à la fin de la présente section (tableau 16).

6.2.1 GROUPES DE FEMMES À CIBLER

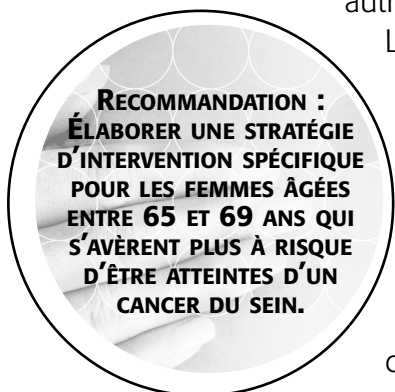
Les dernières statistiques disponibles concernant la participation au dépistage du cancer du sein selon le district de CLSC (Rochette, 2005) révèlent que les taux de participation les plus bas pour 2004 se retrouvent dans les districts Québec—Basse-Ville (48,1 %) et Limoilou – Vanier (52,9 %). Il est à noter que le taux de participation régional pour 2004 était de 59,4 %. Ces districts sont reconnus comme étant des quartiers populaires où le niveau socio-économique de la population résidante est relativement plus bas que dans les autres secteurs de la région.

Les autres territoires de CLSC ont aussi des secteurs géographiques où des segments de la population sont défavorisés. Les statistiques disponibles ne permettent pas de délimiter spécifiquement ces secteurs. Aussi, pour

toute la région de Québec, on observe que plus les femmes avancent en âge, moins elles vont en mammographie, le taux variant de 60,8 % chez les 50 à 54 ans à 51,2 % chez les 65 à 69 ans (Rochette, 2005), le taux chutant principalement lorsque les femmes atteignent la catégorie des 65-69 ans. Des tendances similaires sont rapportées dans la littérature.

Les barrières à la mammographie, de même que les inégalités sociales, peuvent expliquer, du moins en partie, pourquoi certaines femmes de la région ne répondent pas à l'invitation de passer une mammographie. Par exemple, on peut supposer que les interventions régionales du PQDCS déployées jusqu'à maintenant ont réussi à sensibiliser au dépistage plus particulièrement les femmes dont le niveau socio-économique est moyen ou élevé de même que les femmes de moins de 65 ans. Aussi, d'après les données disponibles, on peut supposer que ces femmes utilisatrices de la mammographie ont recours aux services de santé et consultent un médecin au moins une fois par année.

Dans le même ordre d'idées, Santé Canada (1997) rappelle que les activités « habituelles » de promotion et de sensibilisation (lettres, publicité, etc.) ont surtout permis de recruter les femmes « facilement



accessibles ». On propose de cibler divers groupes spécifiques de la population des femmes et plus particulièrement celles qui sont difficilement accessibles (Snell et Buck, 1996; Yabroff et Mandelblatt, 1999; Bonfill *et al.*, 2001; Legler *et al.*, 2002) et de choisir des méthodes adaptées à leur langage et à leur culture.

Depuis le printemps 2002, les responsables des projets locaux sont invités à cibler les femmes difficiles à rejoindre qui présentent des caractéristiques spécifiques. De tels efforts devraient être maintenus et renforcés. Le défi est de taille, mais cette mesure contribuera à influencer les femmes dans leur décision d'aller ou non en mammographie, influence qui, rappelons-le, devient complémentaire des activités habituelles du PQDCS.

6.2.2 UTILISATION DE L'APPROCHE MULTISTRATÉGIE ET DES THÉORIES DU COMPORTEMENT

RECOMMANDATION :
MAINTENIR,
DANS LA RÉGION DE
QUÉBEC, LE PRINCIPE DE
DÉPLOYER DES INTERVENTIONS
MULTIPLES, AUPRÈS DES
FEMMES CIBLÉES PAR
LE PQDCS.

Un des grands constats de la présente revue de la littérature est l'importance d'utiliser l'approche multistratégie. Cette approche favorise une plus grande utilisation de la mammographie, principalement chez les femmes à faible revenu. Elle permet aussi d'intensifier l'exposition des femmes aux différents messages tout en augmentant l'utilisation de la mammographie. Toutefois, la littérature suggère que ces activités doivent porter spécifiquement sur la mammographie.

RECOMMANDATION :
LES INTERVENTIONS
RETENUES DOIVENT VISER
SPÉCIFIQUEMENT LA
MAMMOGRAPHIE.

On constate que, dans la région de Québec, le principe de déployer des interventions multiples est déjà appliqué et devrait être maintenu. Il pourrait être pertinent d'optimiser la collaboration entre les niveaux régional (CCSR) et local (projets de sensibilisation-mobilisation).

RECOMMANDATION :
FAVORISER UNE EXPOSITION
OPTIMALE DES FEMMES CIBLÉES À
LA SENSIBILISATION AU DÉPISTAGE
PAR MAMMOGRAPHIE EN CONCENTRANT
LES ACTIVITÉS À DES
MOMENTS FORTS DE
L'ANNÉE.

L'approche multistratégie permet aussi de tenir compte du stade de changement où se trouvent les femmes par rapport au comportement d'aller en mammographie. Diverses théories du comportement permettent de mieux comprendre les comportements liés à la santé.

RECOMMANDATION :
EXPLORER L'APPLICATION ET
L'UTILITÉ DES THÉORIES DU
COMPORTEMENT DANS LE BUT
DE MIEUX COMPRENDRE LE
COMPORTEMENT D'ALLER EN
MAMMOGRAPHIE.

6.2.3 MODÈLE DU CONSEILLER DE LA SANTÉ ISSU DE LA COMMUNAUTÉ

Selon la littérature, le modèle du conseiller de la santé issu de la communauté est un moyen efficace de promouvoir des comportements de santé, incluant la mammographie, et ce, particulièrement auprès des populations difficiles à rejoindre.

RECOMMANDATION :
MAINTENIR ET CONSOLIDER
LE TRAVAIL DES ANIMATRICES,
TANT CELLES ŒUVRANT DANS LES
PROJETS LOCAUX DE SENSIBILISATION
ET DE MOBILISATION
COMMUNAUTAIRE QUE CELLE
INTERVENANT DANS LES MILIEUX
DE TRAVAIL.

Dans la région de Québec, le travail des animatrices œuvrant au sein des projets locaux de sensibilisation et de mobilisation communautaire est comparable à celui des conseillers de la santé décrit dans la littérature. Il en va de même pour l'animatrice qui intervient dans les milieux de travail. Il s'agit donc d'une stratégie de recrutement expérimentée auprès de clientèles défavorisées et qui peut jouer un rôle non négligeable dans l'utilisation de la mammographie. Dans les séances d'information réalisées par les animatrices, celles-ci deviennent des modèles qui font la promotion et renforcent auprès des femmes le comportement d'aller en mammographie. Cette stratégie doit toutefois être considérée comme complémentaire des stratégies classiques telles que les lettres d'invitation et de relance, les campagnes médiatiques, etc.

6.2.4 PROJETS LOCAUX, ATTITUDES, SOUTIEN ET NORME SOCIALE

La littérature démontre clairement que les attitudes positives de la communauté envers la mammographie, en plus d'un soutien social adéquat, influencent les femmes dans leur décision d'aller en mammographie, favorisant ainsi la création d'une norme sociale associée à la

mammographie. D'un autre côté, une femme ayant vécu positivement l'expérience de la mammographie aura tendance à faire preuve d'une attitude favorable envers cet examen et à en parler positivement aux femmes de son entourage. Elle sera aussi moins réfractaire à un examen subséquent.

Toutes les activités et interventions où il y a une interaction avec les femmes d'une manière individuelle ou de groupe (lors du passage de la femme en centre de dépistage, dans les projets locaux de sensibilisation et de mobilisation communautaire, via les activités du CCSR, etc.) auront une influence sur l'attitude des femmes envers la mammographie et la

norme sociale qui s'en dégage. Il serait avantageux d'examiner des activités qui pourraient être développées à partir des femmes ayant eu une expérience positive de la mammographie.

RECOMMANDATION :
FAVORISER DES ATTITUDES POSITIVES ET UNE NORME SOCIALE FAVORABLE À L'UTILISATION DE LA MAMMOGRAPHIE PAR LA RÉALISATION D'ACTIVITÉS D'INFORMATION (SÉANCES D'INFORMATION DE GROUPE, ACTIVITÉS PROMOTIONNELLES LOCALES ET RÉGIONALES, ETC.) QUI CHERCHERONT À INTERAGIR AVEC LES RÉSEAUX SOCIAUX DES FEMMES CIBLÉES.

RECOMMANDATION :
EXPLORER LA FAISABILITÉ DU CONCEPT « AMÈNE UNE AMIE » OÙ LA FEMME AYANT VÉCU UNE EXPÉRIENCE POSITIVE DE LA MAMMOGRAPHIE PARTAGE SON EXPÉRIENCE AVEC UNE FEMME DE SON ENTOURAGE ET L'INCITE À PASSER CET EXAMEN PRÉVENTIF.

RECOMMANDATION :
EXPLORER LA FAISABILITÉ DE SENSIBILISER AU DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN PAR LA MAMMOGRAPHIE LES JEUNES DONT LES MÈRES SERAIENT ÂGÉES ENTRE 50 ET 69 ANS.

RECOMMANDATION :
POURSUIVRE LA MISE À JOUR DE LA FORMATION DES TECHNOLOGUES ET DU PERSONNEL DE L'ACCUEIL DES CENTRES DE DÉPISTAGE DÉSIGNÉS (CDD) AFIN QU'ILS MAINTIENNENT LES ACQUIS NÉCESSAIRES À LA MISE EN APPLICATION D'UNE APPROCHE DES FEMMES QUI TIENT COMPTE DE LEUR SPÉCIFICITÉ AINSI QUE DE LEURS BESOINS PARTICULIERS.

6.2.5 MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

Lors de l'implantation du PQDCS dans la région de Québec, deux moyens ont été retenus pour favoriser l'utilisation maximale de la mammographie par les femmes de la région : la sensibilisation et la mobilisation communautaire (RRSSS, 1996). La planification et le démarrage du premier projet de mobilisation communautaire en cancer du sein (1995-1996) ont été réalisés en même temps que le « *Programme intégré 1995-2002 de prévention des maladies cardiovasculaires et du cancer du poumon de la région de Québec* ». Ces deux projets s'inscrivaient dans le même courant de pensée. Durant l'année 2001, une réflexion s'est amorcée concernant les stratégies retenues dans le cadre du programme de prévention des maladies cardiovasculaires. A la suite de cette démarche, les interventions communautaires ont été axées principalement sur les environnements où les personnes prennent leurs décisions par rapport à l'alimentation, à l'activité physique et au tabac.

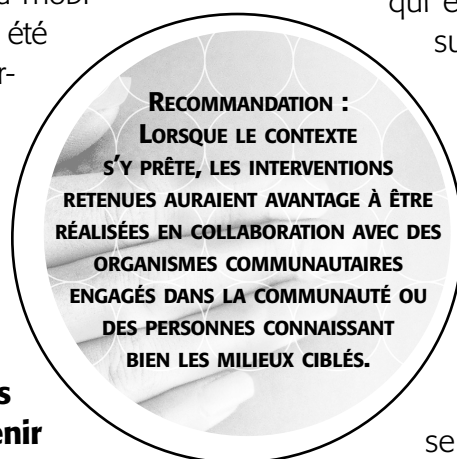
L'accent initialement mis sur la mobilisation communautaire a donc été modifié et dirigé vers une alternative, soit la modification de l'environnement social. Cette solution est peu applicable au cancer du sein. **Il est donc difficile de s'inspirer du modèle retenu dans la prévention des maladies cardiovasculaires dans la région pour soutenir la réflexion sur la place à donner à la mobilisation communautaire dans le secteur du dépistage du cancer du sein.** Cependant, l'analyse de la littérature portant

sur la mobilisation communautaire dans le contexte du dépistage du cancer du sein peut fournir des constats intéressants.

La littérature nous amène à croire que la mobilisation communautaire **semble faciliter la modification des attitudes de la communauté envers la mammographie, la création d'une norme sociale et la diffusion de messages spécifiques** pour ainsi contribuer à l'augmentation du taux de participation et de rétention au dépistage par mammographie.

De plus, **elle représente un moyen privilégié de rejoindre des clientèles qui adoptent difficilement des comportements préventifs.** Les messages doivent alors être adaptés aux intérêts, aux besoins, aux valeurs et au langage des non-utilisatrices.

Dans le cadre du PQDCS dans la région de Québec, la mobilisation communautaire est déployée dans cinq territoires de CLSC. Cette mobilisation ressemble sensiblement à ce qui est décrit par les auteurs consultés qui ont retenu ce moyen pour créer et maintenir le contact avec les femmes. En effet, la présence de comités locaux, leur composition, les fonctions qui leur sont attribuées, le leadership dont ils font preuve de même que leur capacité de prise de décision, se retrouvent dans l'un ou l'autre des projets locaux de sensibilisation-mobilisation au PQDCS. Les discussions des auteurs sur la structure communautaire laissent croire qu'**il n'y a pas de mode de**



fonctionnement universel. La disponibilité des ressources, leur potentiel, les forces et les faiblesses de chacun sont autant de facteurs qui auront un impact sur le fonctionnement de la structure communautaire.

Selon une étude sur le processus d'implantation du PQDCS (Bergeron et Kishchuk, 2000), **la région de Québec serait la seule où est réalisée une mobilisation « formelle » des femmes autour des questions liées au dépistage du cancer du sein et à l'utilisation de la mammo-**

graphie. D'après les données disponibles, la mobilisation des femmes québécoises dans la lutte au cancer du sein aurait été présente au début du programme (mai 1998), mais se serait rapidement effritée.

Une diminution de la mobilisation communautaire réduit la visibilité politique d'un programme, diminuant ainsi une partie de son effet potentiel sur la volonté politique des décideurs. En effet, lorsque la population requiert des solutions à des problèmes spécifiques et reconnus importants, les dirigeants politiques acceptent plus facilement de prêter une oreille attentive, de modifier les façons de faire et parfois même d'investir des ressources. De plus, les résultats des interventions ont plus de chance d'être probants, l'intérêt et la motivation de la population étant déjà présents. L'exemple de la Carélie du Nord dans le domaine des maladies cardiovasculaires

confirme cette hypothèse. Au début des années 1970, les problèmes de maladies cardiovasculaires dans cette région de la Finlande s'avéraient les plus importants au monde. La population a fait des pressions sur les dirigeants du gouvernement pour qu'ils agissent. L'évaluation des interventions multiples de prévention déployées dans la population a démontré une amélioration significative de la santé cardiovasculaire, résultat que de grands projets américains n'ont pas réussi à atteindre. Les résultats décevants des projets américains peuvent être partiellement attribuables au fait qu'il s'agissait de projets de recherche auxquels la population était invitée à participer et non d'une réelle mobilisation communautaire. Le point de départ des activités de sensibilisation et de mobilisation communautaire des projets de prévention et de dépistage est donc un élément clé à considérer dans leurs capacités de réussite.

L'approche communautaire a été expérimentée dans d'autres problématiques de santé. Une telle approche a porté fruit dans le contexte de la promotion de la santé et de la prévention des toxicomanies au Québec, principalement à l'échelle locale (Lebeau *et al.*, 1998). Son utilisation dans le domaine du **tabagisme** (Thompson *et al.*, 1990, cités par Urban *et al.*, 1995) de même que pour **la promotion de changements de comportements de santé dans les milieux de travail** (Abram, sous presse, cité

RECOMMANDATION :
MAINTENIR L'UTILISATION DE LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE COMME MOYEN DE REJOINDRE LES FEMMES QUI ADOPTENT DIFFICILEMENT L'UTILISATION DE LA MAMMOGRAPHIE, INFLUENCER LEURS ATTITUDES ET DIFFUSER DES MESSAGES SPÉCIFIQUES AU DÉPISTAGE PAR MAMMOGRAPHIE.

RECOMMANDATION :
UNE RÉVISION PÉRIODIQUE DE LA LITTÉRATURE DANS LE DOMAINE DU CANCER DU SEIN OU POUR TOUTES AUTRES PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ DEVRAIT ÊTRE RÉALISÉE AFIN DE VÉRIFIER L'UTILITÉ DE LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE POUR FAVORISER L'UTILISATION DE LA MAMMOGRAPHIE.

par Urban *et al.*, 1995) a aussi donné des résultats positifs. **Règle générale, les auteurs considèrent que la mobilisation communautaire est une stratégie prometteuse.**

L'utilisation de la mobilisation communautaire ne doit pas être perçue comme une fin en soi, mais comme un moyen d'atteindre des clientèles qui adoptent difficilement des comportements préventifs afin d'influencer leurs attitudes. Cette façon de procéder a des limites en termes d'efficacité, et l'évaluation de son impact sur le taux de participation à la mammographie s'avère très difficile. Les projets américains en prévention des maladies cardiovasculaires sont un exemple de la complexité de telles évaluations.

6.2.6 MOYENS POUR RECRUTER LES FEMMES

Deux auteurs consultés dans cette revue de la littérature ont expérimenté l'utilisation de modèles théoriques spécialement conçus pour rejoindre les non-utilisatrices de la mammographie. Les deux approches utilisent l'environnement social pour entrer en contact avec les groupes difficiles à rejoindre et tenter d'influencer les comportements individuels.

Le modèle « Friend to Friend » s'applique dans un milieu restreint (ex. : logements sociaux) et est donc difficilement applicable dans la communauté. La notion de « leaders

d'opinion » s'avère une stratégie intéressante et largement utilisée auprès de la communauté médicale. Elle gagnerait à être étudiée davantage quant à son application dans la communauté, son utilisation dans d'autres problématiques de santé, les résultats obtenus, ses conditions de succès, ses limites, etc.

Dans la région de Québec, un des projets locaux de sensibilisation-mobilisation expérimente le modèle de « leaders d'opinion » dans quatre municipalités de son territoire. L'expérience n'en est qu'à ses débuts, mais semble prometteuse.

6.2.7 CADRE CONCEPTUEL ÉCOLOGIQUE ET SON APPLICATION À UN PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

L'ensemble des notions relevées dans la revue de la littérature ont été présentées, à titre d'exemple, dans un cadre conceptuel écologique. Peu de cadres conceptuels semblent applicables au domaine spécifique du dépistage du cancer du sein. De plus, l'utilisation de ces modèles doit viser une planification et un suivi optimaux des activités favorisant la participation des femmes au dépistage par mammographie.

Les recommandations formulées en fonction des approches et des concepts théoriques mentionnés par les auteurs consultés sont résumées dans le tableau 16.

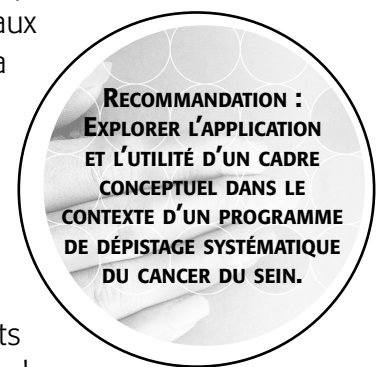


Tableau 16**Recommandations liées aux approches et aux concepts théoriques mentionnés par les auteurs consultés**

Approches ou concepts théoriques	Recommandations
Groupes de femmes à cibler	<ul style="list-style-type: none"> ★ Toutes les activités de sensibilisation devraient porter une attention particulière aux districts de CLSC où les taux de participation au dépistage par mammographie sont les plus bas. ★ Élaborer une stratégie d'intervention spécifique pour les femmes âgées entre 65 et 69 ans qui s'avèrent plus à risque d'être atteintes d'un cancer du sein. ★ Toutes les activités de sensibilisation devraient porter une attention particulière à l'égard des femmes réputées vulnérables, difficiles à rejoindre et présentant les caractéristiques des non-utilisatrices de la mammographie décrites dans la littérature (adaptation des moyens pour les rejoindre, du langage utilisé, respect de la culture, etc.).
Utilisation de l'approche multistratégie et des théories du comportement	<p>Maintenir, dans la région de Québec, le principe de déployer des interventions multiples, auprès des femmes ciblées par le PQDCS.</p> <p>Les interventions retenues doivent viser spécifiquement la mammographie.</p> <p>Favoriser une exposition optimale des femmes ciblées à la sensibilisation au dépistage par mammographie en concentrant les activités à des moments forts de l'année.</p> <p>Explorer l'application et l'utilité des théories du comportement dans le but de mieux comprendre le comportement d'aller en mammographie.</p>
Modèle du conseiller de la santé issu de la communauté	<ul style="list-style-type: none"> ★ Maintenir et consolider le travail des animatrices, tant celle œuvrant dans les projets locaux de sensibilisation et de mobilisation communautaire que celle intervenant dans les milieux de travail.
Projets locaux, attitudes, soutien et norme sociale	<ul style="list-style-type: none"> ★ Explorer la faisabilité du concept « amène une amie » où la femme ayant vécu une expérience positive de la mammographie partage son expérience avec une femme de son entourage et l'incite à passer cet examen préventif. Explorer la faisabilité de sensibiliser au dépistage du cancer du sein par la mammographie les jeunes dont les mères seraient âgées entre 50 et 69 ans. ★ Favoriser des attitudes positives et une norme sociale favorable à l'utilisation de la mammographie par la réalisation d'activités d'information (séances d'information de groupe, activités promotionnelles locales et régionales, etc.) qui chercheront à interagir avec les réseaux sociaux des femmes ciblées. Poursuivre la mise à jour de la formation des technologues et du personnel de l'accueil des centres de dépistage désignés (CDD) afin qu'ils maintiennent les acquis nécessaires à la mise en application d'une approche des femmes qui tient compte de leur spécificité ainsi que de leurs besoins particuliers.

★ Plus spécifiquement pour les non-utilisatrices de la mammographie qui présentent des caractéristiques particulières.

Approches ou concepts théoriques	Recommandations
<p>Mobilisation communautaire</p>	<p>★ Lorsque le contexte s’y prête, les interventions retenues auraient avantage à être réalisées en collaboration avec des organismes communautaires engagés dans la communauté ou des personnes connaissant bien les milieux ciblés.</p> <p>★ Maintenir l’utilisation de la mobilisation communautaire comme moyen de rejoindre les femmes qui adoptent difficilement l’utilisation de la mammographie, influencer leurs attitudes et diffuser des messages spécifiques au dépistage par mammographie.</p> <p>Une révision périodique de la littérature dans le domaine du cancer du sein ou pour toutes autres problématiques de santé devrait être réalisée afin de vérifier l’utilité de la mobilisation communautaire pour favoriser l’utilisation de la mammographie.</p>
<p>Moyens pour recruter les femmes</p>	<p>★ Explorer l’application et l’utilité de modèles théoriques pour rejoindre les non-utilisatrices de la mammographie et influencer leur choix d’adopter ce comportement préventif.</p>
<p>Cadre conceptuel écologique et son application à un programme de dépistage du cancer du sein</p>	<p>Explorer l’application et l’utilité d’un cadre conceptuel dans le contexte d’un programme de dépistage systématique du cancer du sein.</p>

★ Plus spécifiquement pour les non-utilisatrices de la mammographie qui présentent des caractéristiques particulières.

CONCLUSION

Pour que le *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN* puisse atteindre une diminution de la mortalité de 25 %, il faut que 70 % de toutes les femmes de 50 à 69 ans y participent. Dans ce contexte, la participation des femmes ciblées devient une condition de réussite incontournable.

La présente revue de la littérature a permis de dresser un état des connaissances afin d'avoir une meilleure compréhension quant à l'efficacité des interventions à déployer auprès des femmes et ainsi favoriser leur participation à la mammographie dans le contexte d'un programme de dépistage systématique du cancer du sein. Plus spécifiquement, cette démarche a permis de repérer et d'analyser le niveau d'efficacité des interventions menées auprès des femmes. Elle fournit aussi des outils permettant de porter un regard critique sur les interventions de sensibilisation menées auprès des femmes de la région de Québec pour les inciter à participer au dépistage par mammographie.

La démarche a permis de développer une typologie des interventions qui a servi de cadre d'analyse afin de dresser un portrait des diverses interventions répertoriées selon la cible (la ou les femmes) et selon qu'il s'agit d'une intervention unique ou d'interventions multiples (activités simultanées ou en séquence sur une période de temps donnée).

À chaque intervention étudiée par les auteurs consultés, il a été possible d'associer un niveau d'efficacité, soit une efficacité démontrée, une efficacité probable ou incertaine, ou l'absence d'efficacité.

Les résultats de la démarche confirment, de manière générale, la pertinence de la majorité des activités mises en œuvre dans la région par rapport à ce que l'on retrouve dans la littérature. Elle propose aussi des pistes de réflexion et d'action sur les moyens d'atteindre l'objectif visé quant à la participation des femmes au PQDCS et parfois même sur la façon de rejoindre les non-utilisatrices de la mammographie. Un effet corollaire de cette revue de la littérature est que des approches et des concepts théoriques ont pu être dégagés dans le contexte du dépistage du cancer du sein. Ainsi, certaines leçons peuvent être tirées et servir de guide à la réflexion sur les interventions menées dans la région de Québec.

Sans constituer des objectifs spécifiques, des recommandations ont pu être formulées à la suite de cette revue de la littérature. Elles se veulent un outil de travail avec lequel les responsables concernés pourront analyser ce qui se fait déjà dans la région de Québec pour favoriser la participation des femmes au dépistage par mammographie. Ces recommandations touchent les interventions régionales comme telles de même que les approches et les concepts théoriques mentionnés par les auteurs consultés.

Parmi les limites de cette revue de la littérature, des auteurs ont pu avoir été omis même s'ils traitaient du sujet qui nous intéresse. Une mise à jour périodique permettrait de pallier cette faiblesse inhérente à ce type de démarche.

Une autre limite de cette revue de la littérature est que les types d'interventions décrites dans les études consultées sont relativement

hétérogènes, principalement lorsque des interventions multiples sont menées auprès des femmes; plusieurs combinaisons sont alors possibles. Le contexte de la réalisation et de l'évaluation des interventions varie aussi passablement, rendant plus ardue l'extrapolation des résultats dans un autre milieu d'intervention.

Une mise en garde s'impose concernant l'utilité de cette revue de la littérature pour la planification des interventions favorisant la participation des femmes au dépistage par mammographie. La grande majorité des interventions peuvent être efficaces à différents degrés pour promouvoir la mammographie. Le choix des interventions ne doit pas seulement tenir compte de leur efficacité concernant l'utilisation de la mammographie, mais il doit aussi être fondé sur les ressources logistiques nécessaires à leur réalisation telles que le financement, la disponibilité des ressources humaines et leur expertise, le contexte (étendue du territoire, concentration des femmes dans un lieu géographique, etc.), de même que sur l'efficacité des interventions.

Divers acteurs régionaux ont cherché à favoriser la participation des femmes à la mammographie depuis le début de l'implantation du PQDCS dans la région de Québec, en mai 1998. Il s'agit principalement de l'Agence, du CCSR et des responsables de l'axe de sensibilisation-mobilisation communautaire.

La synergie des interventions et la complémentarité des différents acteurs régionaux sont des éléments essentiels pour influencer positivement l'utilisation de la mammographie par les femmes ciblées par le PQDCS. Les données de la littérature confirment l'importance de cette complémentarité pour favoriser l'utilisation de la mammographie dans le cadre du PQDCS. Les constats dégagés dans la présente analyse viendront alimenter la réflexion amorcée concernant le cadre de référence des activités régionales de sensibilisation et de mobilisation communautaire en vue d'optimiser les interventions dans le cadre du PQDCS.

Les résultats de la présente démarche peuvent aussi être utilisés comme un exemple d'analyse régionale ou locale par les autres régions sociosanitaires du Québec où diverses interventions sont développées et implantées en vue de favoriser la participation des femmes au dépistage par mammographie. Cette revue de la littérature peut alors être considérée comme un outil de réflexion.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Permettre au plus grand nombre de femmes possible de participer au dépistage par mammographie, en mettant en place une panoplie d'activités de sensibilisation, pourra ultimement contribuer à l'atteinte des objectifs du PQDCS et faire en sorte que des vies soient épargnées.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAM, D., *et al.* *Cancer control at the workplace : the Working Well cooperative research trial*, manuscrit en préparation.
- ANDERSEN, M., E. URBAN et U.N. et R. ETZIONI. « Community attitudes and mammography use : does it really matter what other people think? », *Women & Health*, vol. 29, n° 3, 1999, p. 83-95.
- ANDERSEN, M.R., *et al.* « The effectiveness of mammography promotion by volunteers in rural communities », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 18, n° 3, avril 2000, p. 199-207.
- ANDERSEN, M.R., M. HAGER et N. URBAN. « Analysis of the cost-effectiveness of mammography promotion by volunteers in rural communities », *Health Education Behaviour*, vol. 29, n° 6, 2002, p. 755-770.
- ARO, A.R., *et al.* « Two distinct groups of non-attenders in an organized mammography screening program », *Breast Cancer Research and Treatment*, vol. 70, n° 2, 2001, p. 145-153.
- BAKER, E.A., et C.A. BROWNSON. « Defining characteristics of community-based health promotion programs », *Journal of Public Health Management Practice*, vol. 4, n° 2, 1998, p. 1-9.
- BANDURA, A. *Social Learning Theory*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1977.
- BARR, J.K., *et al.* « A randomised intervention to improve ongoing participation in mammography », *The American Journal of Managed Care*, vol. 7, n° 9, septembre 2001, p. 887-894.
- BECKER, M.H., *The health belief model and personal health behaviour*, Thorofore, New Jersey, Charles B. Slack, 1974.
- BERGERON, P., et N. KISHCHUK. *Étude du processus d'implantation du programme québécois de dépistage du cancer du sein*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2000, 58 p.
- BERKLEY-PATTON, J., *et al.* « Developing capacities of youth as lay health advisors : a case study with high school students », *Health Education Behaviour*, vol. 24, n° 4, août 1997, p. 481-494.
- BLACK, M.E., J. YAMADA et V. MANN. « A systematic literature review of the effectiveness of community-based strategies to increase cervical cancer screening », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 93, n° 5, 2002, p. 386-393.
- BONFILL, X., *et al.* « Strategies for increasing the participation of women in community breast cancer screening (Cochrane Review) », in *The Cochrane Library*, Issue 4, 2001, Oxford, Update Software.
- BRACHT, N. *Health Promotion at the Community Level*, Newberry Park (CA), Sage, 1990.

- BRISSON, J., *et al.* « Influence d'une lettre invitant les femmes à la mammographie de dépistage dans le cadre du *Programme québécois* de dépistage du cancer du sein (PQDCS) », *Raisons d'espérer*, séance d'affiches lors de la 2^e Conférence scientifique de l'initiative canadienne pour la recherche sur le cancer du sein, Québec, 3 au 5 mai 2001.
- BROWNSTEIN, J.N., *et al.* « Breast and cervical cancer screening in minority populations : a model for using lay health educators », *J. Cancer Educ.*, vol. 7, 1992, p. 321-326.
- BULLER, D.B., *et al.* « Randomised trial testing the effect of peer education at increasing fruit and vegetable intake », *J. Natl Cancer Inst.*, vol. 91, 1999, p. 1491-1500.
- CALLE, E.E., *et al.* « Personal contact from friends to increase mammography usage », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 10, 1994, p. 361-366.
- CARLAW, R.W., *et al.* « Organization for a Community Cardio-vascular Health Program – Experiences from the Minnesota Heart Health Program », *Health Education Quarterly*, vol. 11, 1984, p. 243-252.
- CHAMPION, V.L., *et al.* « Comparison of tailored interventions to increase mammography screening in nonadherent older women », *Preventive Medicine*, n° 36, 2003, p. 150-158.
- CRANE, L.A., *et al.* « Effectiveness of a telephone outcall intervention to promote screening mammography among low-income women », *Preventive Medicine*, n° 27, 1998, p. S39-S49.
- DANIGELIS, N., *et al.* « Two Community Outreach Strategies to Increase Breast Cancer Screening among Low-income Women », *Journal of Cancer Education*, vol. 16, printemps 2001, p. 55-58.
- DOWNING, M., *et al.* « This is my story : a descriptive analysis of a peer education HIV/STK risk reduction program for women living in housing developments », *AIDS Education Prevention*, vol. 11, 1999, p. 243-261.
- DUER, J.D. et D.A. SANTURRI. « Group versus individual training of breast self-examination », society of behavioral medicine annual meeting, Philadelphia, 1984.
- EARP, J.A., *et al.* « The North Carolina Breast Cancer Screening Program : foundations and design of a model for reaching older, minority, rural women », *Breast Cancer Research & Treatment*, vol. 35, n° 1, 1995, p. 7-22.
- EARP, J.A., *et al.* « Increasing use of mammography among older, rural African American women : results from a community trial », *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 4, avril 2002, p. 646-654.
- ENG, E., et J.W. HATCH. « Networking between agencies and black churches : the lay health advisor model », *Prevention in human services*, vol. 10, n° 1, 1991, p. 123-146.
- ENG, E., et R. YOUNG. « Lay health advisors as community change agents », *Family and Community Health*, vol. 151, 1992, p. 24-40.

- FARQUHAR, J., *et al.* « Effects of Communitywide Education on Cardiovascular Disease Risk Factors », *Journal of American Medical Association*, vol. 264, n° 3, juillet 1990, p. 359-365.
- FERNANDEZ, M.E., *et al.* « Evaluation of ENCORE : a community-based breast and cervical cancer screening program », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 16, n° 3S, 1999, p. 35-49.
- FISHMAN, P., *et al.* « Cost-effectiveness of strategies to enhance mammography use », *Effective Clinical Practice*, vol. 3, n° 5, 2000, p. 213-220.
- FLAX, V.L., *et al.* EARP. « Counsellor women's perspectives on their interactions with lay health advisors : a feasibility study », *Health Education Research*, vol. 14, 1999, p. 15-24.
- FLETCHER, S.W., *et al.* « Increasing mammography utilization : a controlled study », *J. Natl Cancer Inst.*, vol. 85, 1993, p. 112-120.
- FLYNN, B.S. *et al.* « Diagnostic study for breast self-exam shows importance of confidence and social support », American public health association annual meeting, Las Vegas, 1986.
- FORTMAN, S., *et al.* VARADY. « Effects of a Community-wide Health Education Program on Cardiovascular Disease Morbidity and Mortality », *American Journal of Epidemiology*, vol. 152, n° 4, 2000, p. 316-323.
- GAGNON, C., *et al.* MOREAULT (collaboration de Céline Lepage). *Projet de mobilisation communautaire pour le dépistage du cancer du sein dans Charlevoix : Rapport de l'évaluation de l'implantation*, Québec, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 1999.
- GEORGE, S. « Barriers to breast cancer screening : an integrative review », *Health Care for Women International*, vol. 21, 2000, p. 53-65.
- GODIN, G. « L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs », *Sciences sociales et Santé*, vol. IX, n° 1, 1991, p. 67-94.
- GOTAY, C., *et al.* WILSON. « Social support and cancer screening in African American, Hispanic, and Native American Women », *Cancer Practice*, vol. 6, 1998, p. 31-37.
- GREEN, L.W., *et al.* KREUTER. *Health Promotion Planning : An Educational and Environmental Approach*, Mayfield Mountain View, California, 1991.
- HANSON, J. « Parental self-efficacy and asthma self-management skills », *J. Soc. Pediatr. Nurs.*, vol. 3, 1998, p. 146-154.
- HAWLEY, S.T., *et al.* « The role of physician recommendation in women's mammography use : is it a 2-stage process? » *Med. Care*, n° 38, 2000, p. 392-403.

- JACKSON, E.J., et C.P. PARK. « Recruitment and training issues from selected lay health advisor programs among African Americans : a 20-year perspective », *Health Education Behaviour*, vol. 24, n° 4, 1997, p. 418-431.
- KAPLAN, R.M., et M.T. TOSHIMA. *The functional effects of social relationships on chronic illnesses and disability*, in B.R. Sarason, I.G. Sarason et G.R. Pierce GR (dir.), *Social support : an interactional view*, Wiley series on personality processes, New York, John Wiley & Sons, 1990, p. 427-453.
- KATAPODI, M.C., et al. « The influence of social support on breast cancer screening in a multicultural community sample », *Oncology Nursing Forum*, vol. 29, n° 5, 2002, p. 845-852.
- LAGERLUND, M., et al. « Predictors of non-attendance in a population-based mammography screening programme; socio-demographic factors and aspects of health behaviour », *European Journal of Cancer Prevention*, vol. 9, n° 1, 2000, p. 25-33.
- LAGERLUND, M., et al. « Rationales for attending or not attending mammography screening – a focus group study among women in Sweden », *European Journal of Cancer Prevention*, vol. 10, n° 5, octobre 2001, p. 429-442.
- LANE, D.S., et al. « A systems model of clinical preventive care : the case of breast cancer screening among older women », *Preventive Medicine*, n° 31, 2000, p. 481-493.
- LEBEAU, A., G. VERMETTE et C. VIENS. « Développer la concertation intersectorielle : des conditions à l'action », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 5, n° 2, 1998, p. 194-205.
- LEFEBVRE, R.C., et al. « Theory and Delivery of Health Programming in the Community – The Pawtucket Heart Health Program », *Preventive Medicine*, vol. 16, 1987, p. 80-95.
- LEGLER, J., et al. « The effectiveness of interventions to promote mammography among women with historically lower rates of screening », *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, vol. 11, 2002, p. 59-71.
- LEPAGE, C., MESSELY, M.C., J. BLAIS, F. LEBOEUF et L.M. BOUCHARD. *Perception des femmes ayant obtenu une mammographie de dépistage. Étude exploratoire*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de santé publique, 2001, 37 p.
- LIPKUS, I.M., et al. « Can tailored interventions increase mammography use among HMO Women », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 18, nov 1, 2000, p. 1-10.
- LUCKMANN, R., et al. « A randomized trial of telephone counselling to promote screening mammography in two HMOs », *Cancer Detection and Prevention*, n° 27, 2003, p. 442-450.

- LUEPKER, R., *et al.* « Community education for cardiovascular disease prevention », *American Journal of Epidemiology*, vol. 144, n° 4, août 1996, p. 351-362.
- MANDELBLATT, J.S., et K. YABROFF.
« Effectiveness of interventions designed to increase mammography use : a meta-analysis of provider-targeted strategies », *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, vol. 8, septembre 1999, p. 759-767.
- McNOE, B., A.K. RICHARDSON et J.M. ELWOOD. « Factors affecting participation in mammography screening », *New Zealand Medical Journal*, vol. 109, n° 1030, septembre 1996, p. 359-361.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de dépistage du cancer du sein : cadre de référence*, Québec, Direction générale de santé publique, 1996, 67 p.
- MOLINARI, C., *et al.* « The relationship of community quality to the health of women and men », *Social Science and Medicine*, vol. 47, 1998, p. 1113-1120.
- MOREAULT, L., C. GAGNON et C. LEPAGE. *Projet d'intervention communautaire pour la lutte au cancer du sein dans le territoire du CLSC Orléans : rapport de l'évaluation de l'implantation*, Québec, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2000, 34 p.
- NAVARRO, A.M., *et al.* « Por la vida model intervention enhances use of cancer screening tests among latinas », *American Journal of Preventive Medicine*, n° 15, 1998, p. 32-41.
- NCI BREAST CANCER SCREENING CONSORTIUM. « Screening mammography : a missed clinical opportunity? », *JAMA*, 1990, p. 54-58.
- OUELLET, F., M. PAIEMENT et P.H. TREMBLAY. *L'action intersectorielle, un jeu d'équipe : Guide d'intervention*, Montréal, Direction de santé publique de Montréal-Centre, CECOM- Hôpital Rivière des Prairies, 1995, 29 p.
- PAQUET, G. *Santé et inégalités sociales. Un problème de distance culturelle*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1989, 131 p.
- PASKETT, E., *et al.* « Community-based interventions to improve breast and cervical cancer screening : results of the Forsyth County Cancer Screening (FoCaS) Project », *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, vol. 8, n° 5, mai 1999, p. 453-459.
- POTTER, S.J., *et al.* « Access to and participation in breast cancer screening : a review of recent literature », *Clinical Performance and Quality Health Care*, n° 4, 1996, p. 74-85.

- PROCHASKA, J.O., et C.C. DiCLEMENTE. « Stages and processes of self-change of smoking : toward an integrative model of change », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 51, n° 3, 1983, p. 390-395.
- PROCHASKA, J.O., *et al.* « Patterns of change : dynamic typology applied to smoking cessation », *Multivariate Behavioural Research*, vol. 26, 1991, p. 83-107.
- RAKOWSKI *et al.* « Correlates of mammography among women with low and high socio-economic resources », *Preventive Medicine*, n° 24, 1995, p. 149-158.
- RATNER, P.A., *et al.* « A meta-analysis of mammography screening promotion », *Cancer Detection and Prevention*, vol. 25, n° 2, 2001, p. 147-160.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence et de gestion pour la sensibilisation et la mobilisation des femmes dans le cadre du programme régional de dépistage du cancer du sein*, Québec, Direction de santé physique, 1996, p. 12.
- REID, W.M., J. MARSHBURN et K. SIDDHARTHAN. « Managed Care Organizations and Mammography : Opportunities to Serve Underserved Women », *Women and Health*, vol. 28, n° 4, 1999, p. 13-28.
- REPPUCCI, N.D., *et al.* « Social, community and preventive interventions », *Annual Reviews of Psychology*, vol. 50, 1999, p. 387-418.
- RIMER, B.K., *et al.* « Multistrategy health education program to increase mammography use among women ages 65 and older », *Public Health Rep.*, vol. 107, 1992, p. 369-380.
- RIMER, B.K. « Mammography use in the U.S. : trends and the impact of interventions », *Ann. Behav. Med.*, vol. 16, 1994, p. 317-326.
- RIMER, B.K. « Current use and how to increase mammography screening in women », *Surgical Oncology Clinics of North America*, vol. 6, n° 2, avril 1997, p. 203-232.
- RIMER, B.K., et J. LIPSCOMB. « Enhancing the use of mammography : effectiveness and cost », *Effective Clinical Practice*, vol. 3, n° 5, 2000, p. 250-255.
- ROCHETTE, L. « Programme québécois de dépistage du cancer du sein de la région de Québec. Résultats présentés lors de la journée Partage pour les intervenants du PQDCS. » Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale, Beauport, 25 février 2005.
- ROGERS, E. *Diffusion of Innovations*. 4th de., New York, Free Press, 1995.
- ROSENSTOCK, I.M., *et al.* « Social learning theory and the health belief model », *Health Education Quarterly*, vol. 15, 1988, p. 175-183.

- SANTÉ CANADA. « Déterminants de la qualité des programmes organisés de dépistage du cancer du sein – Guide de référence pour les programmes de dépistage du cancer du sein », Groupe de travail sur les déterminants de la qualité présidé par Dr Françoise Bouchard, Ottawa, 1997, 68 p.
- SANTÉ CANADA. « 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, 2003, 112 p.
- SAYWELL, R.M., *et al.* « Cost-effectiveness comparison of five interventions to increase mammography screening », *Preventive Medicine*, vol. 29, n° 5, novembre 1999, p. 374-382.
- SAYWELL, R.M., *et al.* « The cost effectiveness of 5 interventions to increase mammography adherence in a managed care population », *The American Journal of Managed Care*, vol. 9, n° 1, 2003, p. 33-44.
- SEGURA, J.M., *et al.* « A randomized controlled trial comparing three invitations strategies in a breast cancer screening program », *Preventive Medicine*, vol. 33, n° 4, octobre 2001, p. 325-332.
- SIN, J.P., et A.S. St LEGER. « Interventions to increase breast screening uptake : do they make any difference? », *Journal of Medical Screening*, vol. 6, n° 4, 1999, p. 170-181.
- SKINNER, C.S., *et al.* « Physicians' recommendations for mammography : do tailored messages make a difference? » *Am. J. Public Health*, vol. 84, 1994, p. 43-49.
- SLATER, J.S., *et al.* « A randomized community trial to increase mammography utilization among low-income women living in public housing », *Preventive Medicine*, vol. 27, n° 6, novembre-décembre 1998, p. 862-870.
- SMITH, R.A., et S. HAYNES. « Barriers to screening for breast cancer », *Cancer*, vol. 69, 1991, p. 1968-1978.
- SNELL, J.L., et E. BUCK. « Increasing cancer screening : a meta-analysis », *Preventive Medicine*, vol. 25, n° 6, novembre-décembre 1996, p. 702-707.
- STODDARD, A.M., *et al.* « Effectiveness of telephone counselling for mammography : results from five randomised trials », *Preventive Medicine*, n° 34, 2002, p. 90-99.
- SUAREZ, L., *et al.* « Use of peer role models to increase Pap smear and mammogram screening in Mexican-American and black women », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 9, n° 5, 1993, p. 290-296.
- SUAREZ, L., *et al.* « Use of peer role models to increase Pap smear and mammogram screening in Mexican-American and black women », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 10, 1994, p. 361-366.

- SUNG J.F., *et al.* « Effect of a cancer screening intervention conducted by lay health workers among inner-city women », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 13, 1997, p. 51-57.
- SUTTON, S., *et al.* « Prospective study of predictors of attendance for breast screening in inner London », *Epidemiology Community Health*, vol. 48, n° 1, février 1994, p. 65-73.
- TAPLIN, S.H., *et al.* « Testing reminder and motivational telephone calls to increase screening mammography : a randomised study », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 92, n° 3, 2000, p. 233-242.
- THOMAS, J.C., *et al.* « Lay health advisors : sexually transmitted disease prevention through community involvement », *American Journal of Public Health*, vol. 88, 1998, p. 1252-1253.
- THOMPSON, B., *et al.* « Principles of community organization and partnership for smoking cessation in the community intervention trial for smoking cessation (COMMIT) », *Int. Q. Community Health Educ.*, vol. 11, 1990, p. 187-203.
- URBAN, N., *et al.* « Community organization to promote breast cancer screening among women ages 50-75 », *Preventive Medicine*, vol. 24, n° 5, septembre 1995, p. 477-484.
- VARTIAINEN, E., *et al.* « Cardiovascular risk factor changes in Finland, 1972-1997 », *International Epidemiological Association*, vol. 29, n° 1, février 2000, p. 49-56.
- VERNON, S., E.A. LAVILLE et G.L. JACKSON. « Participation in breast screening programs : a review », *Social Science and Medicine*, vol. 30, n° 10, 1990, p. 1107-1118.
- WAGNER, T.H. « The effectiveness of mailed patient reminders on mammography screening : a meta-analysis », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 14, n° 1, janvier 1998, p. 64-70.
- WILLET, G., *et al.* *La communication modélisée : une introduction aux concepts, aux modèles et aux théories*, Ottawa, Canada, Éditions du Renouveau pédagogique Inc., 1992, 646 p.
- WINKLEBY, M.A., H.A. FELDMAN et D.M. MURRAY. « Joint analysis of three U.S. community intervention trials for reduction of cardiovascular disease risk », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 50, n° 6, juin 1997, p. 645-658.
- WORDEN, J., *et al.* « Community-based promotion of breast screening using small group education », *Journal of Public Health Management Practice*, vol. 5, n° 3, mai 1999, p. 54-62.
- YABROFF, K.R., et J.S. MANDELBLATT. « Interventions targeted toward patients to increase mammography use », *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, vol. 8, n° 9, septembre 1999, p. 749-757.

Annexe 1

Auteurs retenus selon les objectifs poursuivis, les interventions évaluées, les particularités des femmes et les mesures de résultats des interventions

Auteur, année et pays	Objectifs poursuivis	Interventions évaluées	Particularités des femmes	Mesure de résultats des interventions
Andersen <i>et al.</i> , 2000 (États-Unis)	Évaluer l'efficacité de la promotion de la mammographie de dépistage par des groupes de bénévoles des régions rurales.	<ul style="list-style-type: none"> • Série d'activités communautaires • Counselling individuel sur les barrières • Comité constitué de bénévoles et de coordonnateurs du projet 	50-80 ans Femmes de milieu rural	Utilisation de la mammographie de dépistage
Barr <i>et al.</i> , 2001 (États-Unis)	Tester l'efficacité des interventions visant à augmenter le taux de dépistage régulier du cancer du sein, selon les recommandations.	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre de relance par le programme • Relance téléphonique avec prise de rendez-vous • Publicité habituelle sur la mammographie de dépistage • Lettre d'invitation par le médecin du programme • Lettre d'invitation par le médecin traitant • Visite à domicile pour faire counselling en personne 	50-75 ans	Taux de dépistage par mammographie
Bonfill <i>et al.</i> , 2001 (collaboration Cochrane, regroupe des études de divers pays)	Évaluer l'efficacité de différentes stratégies visant à augmenter le taux de participation des femmes au dépistage du cancer du sein par des activités d'invitation populationnelles ou des programmes de mammographie.	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre d'invitation par le médecin du programme ou le médecin traitant • Invitation par un appel téléphonique • Visites à domicile pour faire du counselling en personne • Matériel éducatif par la poste • Lettre d'invitation avec relance téléphonique 	> 50 ans Femmes invitées par un programme de dépistage à l'échelle de la population	Taux de réponse à l'invitation à la mammographie de dépistage au cours des 12 mois suivant l'invitation
Brisson <i>et al.</i> , 2001 (Canada)	Évaluer l'influence de la lettre d'invitation, habituellement suivie d'une lettre de relance, sur la participation à la mammographie de dépistage dans la province de Québec.	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre d'invitation par le programme; • Lettre de relance par le programme. 	50-69 ans	Participation à un programme de dépistage par mammographie

Auteur, année et pays	Objectifs poursuivis	Interventions évaluées	Particularités des femmes	Mesure de résultats des interventions
Champion et al., 2003 (États-Unis)	Tester l'efficacité de cinq différentes interventions sur l'utilisation de la mammographie, 2, 4 et 6 mois après l'intervention.	<ul style="list-style-type: none"> • Cinq combinaisons des interventions suivantes : <ol style="list-style-type: none"> (1) counselling par téléphone (2) counselling en personne (3) recommandation du médecin par lettre (4) counselling par téléphone et recommandation du médecin par lettre (1 et 3) (5) counselling en personne et recommandation du médecin par lettre (2 et 3) 	50-85 ans Femmes qui n'ont pas passé de mammographie dans les 15 derniers mois et qui n'ont jamais eu de cancer du sein	Utilisation de la mammographie de dépistage
Crane et al., 1998 (États-Unis)	Évaluer l'impact d'une intervention téléphonique sur le comportement de dépistage par mammographie chez des femmes âgées à faible revenu.	<ul style="list-style-type: none"> • Appel téléphonique pour faire la promotion du dépistage par mammographie par un counselling axé sur les barrières et basé sur le modèle des étapes de changement • Appel téléphonique précédé d'une invitation écrite à passer une mammographie 	> 50 ans	Utilisation de la mammographie de dépistage
Danigelis et al., 2001 (États-Unis)	Comparer deux approches d'éducation du public : de groupe et personne à personne.	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontre d'information individuelle via des kiosques dans des lieux publics • Séances d'information ou d'éducation 	> 45 ans Femmes à faible revenu	Utilisation de la mammographie de dépistage
Fishman et al., 2000 (États-Unis)	Estimer le rapport coût/efficacité de trois stratégies pour augmenter le dépistage du cancer du sein par mammographie.	<ul style="list-style-type: none"> • Carte postale de relance • Appel téléphonique de relance • Appel téléphonique de motivation 	50-79 ans Femmes inscrites au programme de dépistage du cancer du sein qui n'ont pas passé de mammographie dans les 2 mois suivant la recommandation par lettre	Utilisation de la mammographie de dépistage
Lipkus et al., 2000 (États-Unis)	Comparer l'efficacité du counselling par téléphone et du matériel écrit personnalisé selon les caractéristiques des personnes pour promouvoir le dépistage par mammographie.	<ul style="list-style-type: none"> • Counselling par téléphone • Matériel écrit personnalisé selon les caractéristiques des personnes • Activités habituelles (lettres, etc.) 	> 50 ans	Utilisation de la mammographie de dépistage
Luckman et al., 2003 (États-Unis)	Comparer l'efficacité d'un counselling par téléphone versus une relance postale chez des femmes de 50 à 80 ans par rapport à l'utilisation de la mammographie.	<ul style="list-style-type: none"> • Counselling par téléphone • Relance postale 	50-80 ans	Utilisation de la mammographie de dépistage

Auteur, année et pays	Objectifs poursuivis	Interventions évaluées	Particularités des femmes	Mesure de résultats des interventions
Navarro et al., 1998 (États-Unis)	Décrire l'impact à court terme de l'intervention « Por la vida » sur le dépistage auprès des Latino-Américaines de San Diego.	<ul style="list-style-type: none"> • « Por la vida » consiste en des sessions d'information de groupe données par des conseillères de la santé 	> 18 ans Femmes latino-américaines de faible revenu dont l'accès aux services de santé et les taux de dépistage du cancer du sein et du col sont particulièrement bas comparativement à d'autres groupes socio-économiques comparables	Utilisation de la mammographie de dépistage et du test PAP
Paskett et al., 1999 (États-Unis)	Améliorer l'utilisation du dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus chez les femmes afro-américaines de plus de 40 ans à faible revenu.	<ul style="list-style-type: none"> • Activités promotionnelles dans les cliniques où sont réalisées les mammographies de dépistage • Activités promotionnelles et séances d'information dans des logements sociaux • Comité aviseur constitué de membres de la communauté (community advisory board) pour le choix des interventions 	> 40 ans Femmes à faible revenu (logements sociaux) Prédominance de femmes afro-américaines ou sud-américaines	Taux de dépistage par mammographie
Saywell et al., 1999 (États-Unis)	Déterminer le rapport coût/efficacité de diverses combinaisons : recommandation du médecin, appel téléphonique et counselling individuel par une infirmière pour augmenter l'utilisation de la mammographie de dépistage.	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre d'invitation par le médecin traitant • Counselling par téléphone • Visite à domicile pour faire counselling en personne • Counselling par téléphone suivi d'une lettre du médecin traitant • Counselling en personne plus une lettre du médecin traitant 	> 50 ans	Utilisation de la mammographie de dépistage
Saywell et al., 2003 (États-Unis)	Déterminer le rapport coût/efficacité de cinq combinaisons d'interventions pour augmenter l'adhésion aux recommandations de mammographie chez les femmes de 50 à 85 ans inscrites dans un grand HMO du Midwest.	<ul style="list-style-type: none"> • Cinq combinaisons des interventions suivantes : <ol style="list-style-type: none"> (1) counselling par téléphone (2) counselling en personne (3) recommandation du médecin par lettre (4) counselling par téléphone et recommandation du médecin par lettre (1 et 3) (5) counselling en personne et recommandation du médecin par lettre (2 et 3) 	50-85 ans Femmes qui n'ont pas passé mammographie dans les 15 derniers mois et qui n'ont jamais eu de cancer du sein	Utilisation de la mammographie de dépistage
Segura et al., 2001 (États-Unis)	Comparer la réponse à un programme de dépistage populationnel du cancer du sein selon trois stratégies d'invitation.	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre d'invitation par le médecin du programme • Lettre d'invitation par le médecin traitant • Visite à domicile pour faire counselling en personne 	50-64 ans	Taux de dépistage par la mammographie

Auteur, année et pays	Objectifs poursuivis	Interventions évaluées	Particularités des femmes	Mesure de résultats des interventions
Sin et St Leger, 1999 (Angleterre)	Évaluer l'efficacité de différentes interventions visant à augmenter le dépistage du cancer du sein.	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre de rendez-vous donnée à la femme après le dépistage pour remettre à une amie • Contact par la réceptionniste du médecin (par téléphone ou par lettre) • Visites à domicile avant l'invitation • Informations données dans un salon de coiffure • Lettre d'invitation avec rendez-vous prédéterminé • Lettre de relance par le programme • Lettre de relance avec rendez-vous prédéterminé • Lettre de relance avec lettre d'appui du médecin • Relance téléphonique avec prise de rendez-vous • Offrir un dépistage du col en même temps que l'invitation à la mammographie • Dépliants déposés dans la communauté 	50-64 ans. Résultats présentés selon deux volets : les femmes utilisatrices ou non utilisatrices de la mammographie de dépistage	Taux de participation au dépistage par mammographie
Slater <i>et al.</i>, 1998 (États-Unis)	Tester l'efficacité d'une intervention multidimensionnelle communautaire pour augmenter l'utilisation de la mammographie de dépistage chez les femmes à faible revenu vivant dans des logements sociaux.	<ul style="list-style-type: none"> • Séances d'information ou d'éducation 	50-79 ans Femmes à faible revenu (logements sociaux)	Utilisation de la mammographie de dépistage
Stoddard <i>et al.</i>, 2002 (États-Unis)	Comparer l'efficacité d'un counselling par téléphone visant les barrières à la mammographie parmi cinq sites d'interventions.	<ul style="list-style-type: none"> • Counselling par téléphone 	50-85 ans Femmes non utilisatrices régulières de la mammographie de dépistage	Utilisation de la mammographie de dépistage
Taplin <i>et al.</i>, 2000 (États-Unis)	Mieux comprendre les effets d'un appel téléphonique pour maximiser l'adhésion au dépistage par mammographie.	<ul style="list-style-type: none"> • Appel téléphonique de relance • Carte postale de relance • Appel téléphonique de motivation ciblant les barrières. 	50-79 ans	Utilisation régulière de la mammographie de dépistage

Auteur, année et pays	Objectifs poursuivis	Interventions évaluées	Particularités des femmes	Mesure de résultats des interventions
Urban <i>et al.</i>, 1995 (États-Unis)	Mesurer l'impact d'activités promotionnelles sur l'utilisation du dépistage dans deux communautés où on a fait de l'organisation communautaire, comparativement à deux villes témoins.	<ul style="list-style-type: none"> • Lettre de relance par le médecin traitant • Activités promotionnelles dans la communauté (surtout de la publicité) • Formation et encouragement par le personnel des cliniques médicales, etc. • Mobilisation communautaire • Séances d'information ou d'éducation 	50-75 ans	Utilisation de la mammographie de dépistage
Worden <i>et al.</i>, 1999 (États-Unis)	Analyser le rôle de petits groupes d'éducation implantés par des bénévoles avec une stratégie d'éducation publique pour la promotion du dépistage du cancer du sein dans la communauté.	<ul style="list-style-type: none"> • Séances d'information ou d'éducation • Mobilisation communautaire 	> 40 ans Femmes leaders d'opinion Groupes difficiles à rejoindre (faible niveau d'éducation et de revenu)	Capacité de rejoindre les femmes « difficiles à rejoindre »

ANNEXE 2

Objectifs, activités et principaux résultats des auteurs ayant étudié les interventions multiples ciblant les femmes

ANDERSEN ET AL., 2000

L'étude d'Andersen *et al.* (2000) a évalué l'efficacité de la promotion de la mammographie par des groupes de bénévoles de régions rurales. Les auteurs ont comparé trois types d'interventions : le counselling individuel, les activités communautaires et la combinaison de ces deux stratégies. Les auteurs émettent l'hypothèse que les comportements individuels sont influencés par les attitudes de la communauté. Par conséquent, il faut viser non seulement à changer les comportements individuels, mais aussi la norme sociale de la communauté.

Selon ces auteurs, la promotion de la mammographie peut se faire par des stratégies individuelles, où les femmes sont contactées directement. Elle peut aussi être réalisée par des stratégies communautaires, où les femmes sont approchées comme une partie de la communauté, en utilisant les réseaux sociaux existants comme motivateurs au changement de comportement.

Parmi les types d'activités individuelles, on retrouve l'envoi de dépliants aux femmes de la communauté et du counselling téléphonique pour contrer les barrières à la mammographie chez les femmes non utilisatrices de la mammographie.

Les activités communautaires consistent essentiellement en des activités promotionnelles : des présentations de vidéos, des soirées de bingo sur le thème de la mammographie, la promotion dans les boutiques de beauté, la

présentation des avantages de la mammographie à l'aide d'un tableau éducatif, la production et l'envoi d'un bulletin d'information communautaire (newsletter) et la distribution de matériel montrant des messages sur la mammographie à différents endroits dans la communauté (locaux des clubs, magasins, librairies, etc.).

Un comité a été mis sur pied. Il était formé de bénévoles de la communauté. Toutes les interventions ont été conduites par les bénévoles de ce comité qui avaient été préalablement formés par les coordonnateurs du projet. Il revenait à ces derniers de diriger et de coordonner le comité.

Seules les activités promotionnelles dans la communauté ont eu des effets significatifs sur l'utilisation de la mammographie. En effet, elles ont diminué de façon significative le taux d'abandon par les femmes qui utilisaient déjà les services de mammographie. Les auteurs expliquent leurs résultats par le fait que ces activités auraient joué sur la norme sociale et auraient permis que les femmes soient exposées plusieurs fois aux mêmes messages. Les activités auraient été plus efficaces en milieu rural, où les femmes médecins sont rares et où les taux de dépistage sont les plus bas. Les auteurs n'arrivent pas à expliquer ce lien entre le sexe du médecin et la promotion du dépistage. La mobilisation communautaire a contribué, selon les auteurs, à diminuer le taux d'abandon par les utilisatrices de la mammographie.

Les auteurs font observer que l'intérêt et l'enthousiasme des bénévoles peuvent avoir une influence sur la réussite ou non de ce type de projet où ils occupent souvent une place prépondérante. Il est aussi important de reconnaître que les bénévoles ont des capacités limitées et qu'il y a également des limites à leur capacité d'intervention.

ANDERSEN ET AL., 2002

Ces auteurs ont réalisé une analyse du rapport coût/efficacité des interventions menées dans l'étude présentée précédemment (Andersen *et al.*, 2000). Ils réaffirment l'efficacité des interventions communautaires pour diminuer le taux d'abandon par les utilisatrices de la mammographie et ajoutent qu'elles peuvent encourager les non-utilisatrices à commencer un dépistage régulier. Selon les auteurs, les interventions communautaires sont celles qui se sont avérées les plus efficaces à meilleur coût pour promouvoir l'utilisation de la mammographie.

Les auteurs concluent que le counselling téléphonique individuel serait une activité moins dispendieuse par femme de la communauté, mais qu'elle serait aussi moins efficace pour prévenir l'abandon de l'utilisation de la mammographie par les utilisatrices.

BONFILL ET AL., 2001

Dans les études examinées par Bonfill *et al.* (2001) dans leur revue systématique de la littérature, la combinaison d'une lettre et d'un appel téléphonique avec des séances d'information amènerait une meilleure réponse à la mammographie que des interventions séparées. Cependant, les auteurs soulèvent la

question des coûts plus élevés associés aux interventions combinées. Ils ont aussi observé que les interventions multiples visant la communauté ont surtout été réalisées auprès de femmes à faible revenu et de celles vivant dans un contexte multiethnique afin d'explorer des alternatives aux canaux de communication habituels (lettre ou appel téléphonique). Ces auteurs avancent que des actions simples et à faible coût permettent d'obtenir un taux de réponse à la mammographie qui est acceptable. Toutefois, les études consultées dans le cadre de cette revue systématique de la littérature ne fournissaient aucune donnée sur l'analyse du rapport coût/efficacité des interventions.

DANIGELIS ET AL., 2001

Danigelis *et al.*, (2001) ont comparé deux approches d'éducation communautaire auprès de femmes de plus de 45 ans à faible revenu : l'approche de groupe (Africaines, Latino-Américaines) et l'approche individuelle (Blanches). L'éducation de groupe utilisait la méthode élaborée par Worden *et al.* (1999) décrite plus loin, soit des séances d'information. Dans l'approche individuelle, une intervention unique qui cible la femme, un membre du personnel du programme de dépistage s'installait à un kiosque d'information dans un lieu public (épiceries, centres commerciaux, marchés, etc.) afin de rejoindre le plus grand nombre de femmes à faible revenu. Les résultats de cette étude montrent que ces deux méthodes sont efficaces pour favoriser l'utilisation de la mammographie tant chez les femmes qui n'ont jamais passé cet examen que chez les utilisatrices. Parmi les femmes âgées de 55 ans et plus, spécialement celles de race blanche,

l'approche individuelle était associée plus souvent à un dépistage subséquent que l'approche de groupe. Les femmes afro-américaines et latino-américaines bénéficieraient plus de l'approche de groupe. Selon les auteurs, les deux méthodes constituent de bons mécanismes pour fournir de l'information sur le dépistage du cancer du sein, lorsque l'information est adaptée à la clientèle visée.

PASKETT ET AL., 1999

L'étude de Paskett *et al.* (1999) visait à améliorer la participation au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus chez les femmes afro-américaines âgées de plus de 40 ans, vivant dans des logements sociaux. Diverses activités ont été menées tant dans les logements sociaux que dans les cliniques médicales où sont effectuées les mammographies de dépistage :

Dans les logements sociaux, des séances d'information (de groupe et individuelles) ont été données par un éducateur de la santé, de la documentation a été distribuée, les femmes ont été invitées à participer à des événements communautaires où on abordait le thème de la mammographie. De plus, de la publicité a été véhiculée dans les médias et les femmes ont été invitées à participer à un programme « Taking care of our Sisters » pour les membres féminins de l'Église.

Dans les cliniques médicales où les femmes pouvaient se présenter à une panoplie d'examen autres que la mammographie, on retrouvait des affiches d'information sur la mammographie, des messages dans les salles d'examen, des séances d'information et de la documentation. Des conférences ont aussi été données

au personnel (médecins, infirmières, etc.) sur, entre autres, l'examen clinique des seins et les techniques pour intégrer la prévention dans leurs pratiques professionnelles.

Un consortium de groupes locaux communautaires (ex. : centre de santé communautaire, école de médecine, organisations communautaires orientées vers le cancer, etc.) a été formé afin de fournir un accès à des ressources (ex. : matériel éducatif) et à des activités du projet. L'implication de ce consortium n'est pas directement reliée aux activités réalisées.

Le contenu des interventions a été établi en fonction de différents cadres théoriques :

- PRECEDE/PROCEED (Green et Kreuter, 1991) pour la planification;
- Health Belief Model (Becker, 1974; Rosenstock *et al.*, 1988) pour identifier et contrer les barrières à la mammographie;
- Théorie de l'apprentissage social (Rosenstock *et al.*, 1988; Bandura, 1977) pour transmettre les messages d'éducation et développer un sens d'efficacité personnelle chez les femmes.

Parmi les éléments qui caractérisent ce projet, notons des lieux d'intervention différents (logements sociaux et cliniques médicales), des activités variées (information, séances d'information, médias, activités communautaires, etc.), le déploiement de différents moyens (information écrite, information verbale, etc.) et l'utilisation de multiples cadres théoriques.

Les résultats démontrent une augmentation significative de l'utilisation de la mammographie et du dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes des villes où a eu

lieu l'intervention, suggérant que ce programme d'intervention est efficace. Ces résultats ne seraient pas différents pour divers sous-groupes (âge, race, éducation). Les femmes qui ont passé un test Pap au cours des douze derniers mois et auxquelles leur médecin a recommandé la mammographie étaient plus susceptibles de passer une mammographie. Selon ces auteurs, les croyances, les barrières et les connaissances des femmes ont un impact sur le dépistage et ont été influencées par les interventions.

En ce qui concerne plus spécifiquement les séances d'information, les résultats démontrent que les femmes qui y ont assisté au moins une fois étaient significativement plus susceptibles d'être des utilisatrices régulières de la mammographie, comparativement aux femmes qui n'ont pas assisté à ces séances.

Selon Paskett *et al.* (1999), des interventions multiples peuvent améliorer l'utilisation de la mammographie, plus particulièrement chez les populations à faible revenu. De plus, la combinaison de stratégies d'éducation et de promotion dans des logements sociaux avec celles rattachées à des cliniques médicales où se font les mammographies, a été associée à une augmentation de l'utilisation de la mammographie. Aussi, l'utilisation de multiples cadres théoriques a permis de développer un programme d'interventions pouvant viser les besoins de plusieurs sous-groupes de la population, tout en tentant de contrer les barrières individuelles des femmes. Aucune analyse du rapport coût/efficacité n'a été effectuée par ces auteurs.

SLATER ET AL., 1998

Slater *et al.* (1998) ont démontré que des séances d'information réalisées auprès de

femmes à faible revenu, vivant dans des logements sociaux, ont une efficacité statistiquement significative pour augmenter l'utilisation de la mammographie. Ces séances d'information d'une heure ont été réalisées dans chaque logement social et visaient principalement à lever les barrières à l'égard de la mammographie en favorisant de meilleures connaissances et attitudes envers cet examen de dépistage. La séance était divisée en trois sections. En premier lieu, les participantes ont reçu de l'information sur les avantages du dépistage précoce par mammographie par un médecin ou une infirmière. Par la suite, les femmes ont été rassemblées en petits groupes de discussion, accompagnées d'un modérateur. L'objectif principal de ces groupes de discussion était de motiver les femmes à passer une mammographie, en leur fournissant l'opportunité de participer à des jeux de rôles, d'être exposées à la pression des pairs et de recevoir du soutien social de la part des autres femmes. Les femmes ont aussi été invitées à partager leurs sentiments et leurs inquiétudes concernant le cancer du sein et la mammographie. Dans chacun des groupes, au moins une femme se démarquait des autres et devenait un leader d'opinion favorable à la mammographie. En dernier lieu, le modérateur proposait aux femmes de parler de la mammographie à leur médecin. Le plus près possible de la date prévue de leur prochaine mammographie, une lettre était postée au médecin de la femme, signée par cette dernière. Cette lettre avait pour but d'inciter le médecin à recommander la mammographie.

La stratégie « Friend to Friend » a été retenue comme moyen de recruter les femmes. Ainsi, chaque femme participant à la séance d'information était conviée à en parler aux femmes

de son entourage et à les inviter à ces séances. Cette intervention cherchait à changer un comportement en mettant l'accent sur l'environnement social de l'individu et en capitalisant sur les forces existantes de l'environnement social pour influencer les comportements individuels.

En ce qui a trait à l'organisation communautaire, le comité local de l'association américaine du cancer a été invité à se joindre à quelques bénévoles demeurant dans les logements sociaux. Ce comité a assisté les responsables du projet dans la planification d'activités et a été activement impliqué dans l'implantation de ces dernières, ce qui aurait contribué à augmenter l'efficacité des interventions. Le leadership et la prise de décision étaient partagés entre le comité et les promoteurs du projet.

Les auteurs concluent que ces séances d'information ont augmenté significativement l'utilisation de la mammographie. Les moyens utilisés, l'organisation communautaire, la stratégie « Friend to Friend » de même que la réalisation de l'étude dans un milieu captif (logements sociaux) ont contribué à l'efficacité démontrée et à sensibiliser davantage les femmes à la mammographie. Aucune analyse du rapport coût/efficacité n'a été effectuée.

URBAN ET AL., 1995

Urban *et al.* (1995) ont cherché à mesurer l'impact d'une série d'activités promotionnelles sur l'utilisation de la mammographie dans deux communautés. Plus spécifiquement, les interventions visaient les barrières au changement de comportement des femmes et des médecins de famille concernant l'utilisation

de la mammographie. Tous ont été informés de la gratuité de la mammographie. On a aussi cherché à renseigner les femmes sur les avantages de la mammographie, à promouvoir la communication entre la femme et son médecin et à établir une norme sociale dans la communauté afin d'appuyer le choix des femmes de se présenter régulièrement à une mammographie. L'organisation communautaire a servi de moyen pour rejoindre les femmes de la communauté.

Les activités promotionnelles ont été les principales interventions menées auprès des femmes : publicité dans les journaux locaux et tableaux éducatifs affichés dans divers endroits de la communauté. La formation du personnel des cliniques médicales, afin d'encourager les femmes à utiliser la mammographie, a aussi été effectuée.

Les médecins de famille, quant à eux, ont reçu une lettre les informant du projet et les invitant à participer. Ils ont aussi été invités à une formation sur le dépistage du cancer du sein et à participer à la mise sur pied d'un système de relance de leurs patientes. Les femmes ont donc été rappelées personnellement à la suite d'une première lettre d'invitation à passer une mammographie, signée par leur médecin.

Le volet « organisation communautaire » est une caractéristique importante de ce projet. Ainsi, des groupes et des individus clés parmi les médecins et les personnes des communautés ont été identifiés pour former un comité. Ce dernier a permis d'établir les premières bases de l'organisation communautaire, étape préliminaire aux activités du projet. Ce comité avait pour rôle principal de faciliter la prise de décision relative aux activités à réaliser, de

former et de mobiliser les personnes concernées pour ainsi promouvoir le dépistage par mammographie. Le leadership relié au projet reposait principalement sur les membres du comité.

Les lettres de relance postées aux femmes par leur médecin, la publicité dans les journaux, les tableaux éducatifs affichés dans la communauté, la formation et l'encouragement du personnel des cliniques médicales sont des activités promotionnelles qui ont été associées à une augmentation significative de l'utilisation de la mammographie.

Toutefois, lors du suivi à la 4^e année du projet, l'exposition à ces activités et la prévalence du dépistage n'étaient pas plus élevées dans les communautés où avaient eu lieu les interventions que dans les communautés témoins. Ces résultats laissent croire aux auteurs que l'organisation communautaire ne serait pas essentielle pour promouvoir la mammographie auprès des femmes de la communauté.

Une analyse du rapport coût/efficacité de l'organisation communautaire n'a pas été réalisée par Urban *et al.* (1995). Toutefois, ces auteurs avancent que l'organisation des communautés autour de la promotion de l'utilisation de la mammographie ne semble pas rentable puisqu'elle n'a pas démontré d'augmentation significative du taux d'utilisation de la mammographie à moyen et à long terme.

WORDEN ET AL., 1999

Worden *et al.* (1999) ont analysé le rôle de petits groupes d'éducation implantés dans la communauté par rapport à leur capacité d'atteindre les « groupes difficiles à rejoindre »

parmi lesquels se trouvent des femmes à faible revenu et à faible niveau d'éducation. Ces auteurs présument que ces « groupes difficiles à rejoindre » seraient plus lents à adopter de nouveaux comportements. Cette étude n'a donc pas été conçue pour mesurer l'impact des groupes d'éducation ou des séances d'information sur l'utilisation de la mammographie, mais pour explorer l'utilité de ces dernières pour rejoindre les femmes qui ne se présentent pas à la mammographie.

Les groupes d'éducation ont appliqué les concepts de la théorie de l'apprentissage social (Rogers, 1995) pour promouvoir une norme sociale positive, le soutien social et l'efficacité personnelle par rapport à la participation régulière à un dépistage par mammographie. Ces rencontres, considérées aussi comme étant des séances d'information, débutaient par la présentation d'une vidéo où des femmes atteintes d'un cancer du sein parlaient de l'importance de la détection précoce. Par la suite, le groupe était divisé en sous-groupes. Une modératrice dirigeait la discussion en vue d'obtenir un consensus au sein du sous-groupe afin de créer une norme sociale positive et en arriver à ce que chaque femme connaisse les recommandations du programme de dépistage et les habiletés nécessaires pour y participer. Une quinzaine de minutes étaient dédiées à l'enseignement de l'autoexamen des seins. Enfin, une autre courte vidéo illustrait une mammographie afin de familiariser les femmes avec cette technique et diminuer les peurs relatives à cette procédure. Ces séances d'information se terminaient par la distribution de matériel éducatif et une période de questions.

Pour rejoindre les femmes, les auteurs se sont basés sur des concepts de la théorie des

innovations et de l'organisation communautaire (Carlaw *et al.*, 1984; LeFebvre *et al.*, 1987; Bracht, 1990). Selon cette théorie, la majorité de la population ciblée n'adhérera pas à de nouvelles pratiques ou à de nouveaux comportements tant qu'elle ne sera pas légitimée par des leaders d'opinion. Le contenu des séances d'information a donc été utilisé pour sensibiliser les leaders de la communauté et former un comité composé de ces personnes. La mise sur pied de ce comité visait à faciliter l'implantation du programme d'éducation auprès du public et des professionnels (médecin de famille et radiologistes). Plus spécifiquement, les membres de ce comité ont identifié des bénévoles et des activités qui répondaient le mieux aux besoins de la communauté. Ce comité a aussi contribué à assurer la crédibilité du programme auprès de la population. Pendant la première année, les femmes plus facilement accessibles ont été rejointes. Il s'agissait souvent de femmes ayant un statut socio-économique moyen à élevé. Au cours des années subséquentes, le comité a aidé à créer des liens avec des groupes communautaires et des employeurs qui sont en contact direct avec des femmes « difficiles à rejoindre ».

Deux résultats importants ressortent de cette démarche. Premièrement, ces séances d'information contribueraient à établir le recours

à une mammographie comme étant une norme sociale pouvant être renforcée par la suite lorsque les participantes se rencontrent à nouveau. D'autres auteurs, cités par Worden *et al.* (1999), auraient aussi démontré l'impact du soutien social, mais sur un autre comportement, celui de la pratique de l'autoexamen des seins (Duer et Santurri, 1984; Flynn *et al.*, 1986). Deuxièmement, il s'avère que des séances d'information basées sur la théorie des innovations et de l'organisation communautaire sont une méthode efficace pour rejoindre les femmes dans la communauté, principalement les femmes vulnérables qui ne sont habituellement pas en contact avec les services de santé ou avec un milieu de travail et qui ne participent pas au dépistage du cancer du sein.

Worden *et al.* (1999) ont estimé le rapport coûts/bénéfices de leur stratégie d'intervention à 100 \$ par présentation ou 10 \$ par femme sensibilisée. Selon les auteurs, le rapport coûts/bénéfices de cette approche communautaire serait comparable à celui de l'éducation réalisée par des cliniques médicales en termes d'intensité de l'intervention. Selon l'expérience de ces auteurs, l'approche communautaire serait, de plus, relativement rentable pour rejoindre des sous-groupes les plus vulnérables de la population.