

***Pratiques préventives
en cancer du sein : comparaison
de trois milieux de pratique médicale***

**Claude Rossi¹
Francine Borduas²
Claude Gagnon¹
Louise Moreault²
Lucie Vaillancourt³**

**Groupe de travail Actions-médecins
en cancer du sein**

**Équipe Organisation des services et évaluation
Direction régionale de santé publique
de la Capitale nationale**

Novembre 2004

1. Agent de recherche, Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale.
2. Médecin-conseil, Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale.
3. Médecin, Centre de coordination des services régionaux du PQDCS, Hôpital du Saint-Sacrement, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec.

Personne à contacter pour obtenir un exemplaire du rapport :

Sylvie Bélanger
Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale
Centre de documentation
2400, avenue D'Estimauville
Beauport (Québec) G1E 7G9
Téléphone : (418) 666-7000, poste 217
Télécopieur : (418) 666-2776
Courriel : s_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Coût du rapport : 12,00 \$
plus TPS : 12,84 \$
payable à l'avance par chèque à l'ordre du CHUQ CHUL

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM
Dépôt légal : Bibliothèque du Canada, 2004
Dépôt légal : Bibliothèque du Québec, 2004
ISBN : 2-89496-271-1

Citation proposée :

ROSSI, C., F. BORDUAS, C. GAGNON, L. MOREAULT et L. VAILLANCOURT. *Pratiques préventives en cancer du sein : comparaison de trois milieux de pratique médicale*, Beauport, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, Direction régionale de santé publique, 2004, 80 p.

REMERCIEMENTS

Les membres du Groupe de travail Actions-médecins en cancer du sein tiennent à remercier particulièrement les trois médecins contacts du groupe de médecine familiale, du centre local de services communautaires et de la clinique médicale qui ont permis la réalisation de cette étude.

Nos remerciements vont également aux vingt médecins des trois milieux qui ont bien voulu répondre à notre questionnaire.

Nous désirons enfin souligner l'excellent travail de M^{ne} Claire Marmen, de la Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale, pour la mise en page et l'édition de ce rapport.

RÉSUMÉ

Cette étude du Groupe de travail Actions-médecins en cancer du sein de la Direction régionale de santé publique (DSP) de la Capitale nationale vise à approfondir la connaissance des pratiques de référence au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) des médecins omnipraticiens de trois milieux de pratique différents. Le but principal de cette étude est d'adapter les interventions du Groupe de travail Actions-médecins pour favoriser la référence des femmes du groupe cible au PQDCS.

La première partie du document, le contexte, décrit brièvement la problématique du cancer du sein, la mise en œuvre du PQDCS et les actions réalisées dans la région. On y présente également des informations sur la participation au programme et les caractéristiques de la population des trois territoires étudiés. Ces données montrent que le territoire 3 présente un taux de participation au PQDCS nettement plus bas que la moyenne régionale. Elles indiquent aussi que le territoire 1 compte un nombre de femmes du groupe cible du programme sensiblement plus important que les deux autres territoires retenus ainsi qu'une population féminine plus défavorisée.

La seconde partie du document présente les objectifs de l'étude et la méthode utilisée. Les objectifs de cette étude visent à connaître les particularités de trois milieux de pratique médicale (GMF, CLSC, clinique médicale), à identifier, dans chacun des milieux, les barrières à la référence au PQDCS, à identifier, dans chacun des milieux, des moyens pour favoriser la référence au PQDCS et à proposer des solutions pour surmonter les barrières à la référence dans chaque milieu.

La stratégie de recherche utilisée pour atteindre les objectifs visés est descriptive et comparative. Elle privilégie l'utilisation de méthodes qualitatives et quantitatives, et la mise à profit de plusieurs sources de données. Cette étude a été réalisée entre les mois de décembre 2003 et juillet 2004.

La troisième partie, les résultats, décrit les trois milieux de pratique, les barrières à la référence au PQDCS et les moyens pour favoriser la référence au programme.

Il ressort de la description des trois milieux de pratique que :

- le volume de consultation semble moins élevé au CLSC que dans les deux autres milieux et la plupart des médecins des trois milieux déclarent rencontrer souvent des femmes du groupe cible du programme;
- un des milieux (CLSC) est composé en grande partie de femmes médecins plus jeunes, qui ont moins d'années de pratique que les médecins des deux autres milieux, et qui semblent recevoir une proportion plus importante de femmes en consultation. Un autre milieu (GMF) se démarque par une majorité d'hommes médecins avec un plus grand nombre d'années de pratique;

- deux milieux (GMF et CLSC) ont des infirmières pour réaliser des activités préventives, alors que la clinique médicale en est dépourvue;
- dans les trois milieux, les médecins sont favorables à la prévention en général et déclarent en faire dans leur pratique;
- l'examen clinique des seins semble surtout pratiqué par les femmes médecins et moins par les hommes médecins;
- les médecins de deux milieux (GMF et CLSC) disent connaître assez bien le PQDCS, alors que ceux de la clinique semblent moins le connaître;
- la plupart des médecins disent référer au programme les femmes du groupe cible (50-69 ans) dans le cadre de visites avec rendez-vous; certains prescrivent aussi des mammographies de dépistage à des femmes d'autres groupes d'âge;
- plusieurs médecins ne semblent pas connaître précisément le CRID;
- les médecins informent les patientes à propos du PQDCS, mais leur donnent peu de documentation à ce sujet.

Globalement, les principales barrières à la référence identifiées par les médecins sont : le manque d'information sur le PQDCS, le manque de temps pour présenter le programme aux patientes, le manque de clarté concernant la prise en charge des patientes, le manque d'outils à remettre aux patientes, une méconnaissance du fonctionnement du PQDCS et un manque d'intérêt de certains médecins pour les pratiques cliniques préventives en cancer du sein.

Les principaux moyens proposés par les médecins pour référer davantage les femmes au programme sont : des activités de formation médicale continue sur le cancer du sein, des systèmes de rappel pour les médecins (calendrier, affiches, cartes, système informatique), des outils d'aide à la pratique (algorithmes, guide de pratique) et des outils d'information à donner aux patientes (dépliants, affiches, cartes).

La discussion propose des interventions pour le Groupe de travail Actions-médecins en considérant ce que nous apprend la littérature et l'analyse globale des trois milieux. Les barrières relevées dans la littérature se situent au niveau des médecins (connaissances, attitudes et comportements), des préférences des patients, du contexte des organisations et des recommandations proposées dans les guides de pratique. Ces barrières devront être bien identifiées pour pouvoir ensuite adopter des interventions appropriées visant à modifier certaines pratiques des médecins tout en tenant compte des différents obstacles existants.

Dans la littérature consultée, les stratégies les plus efficaces pour modifier les pratiques préventives des médecins et accroître le dépistage par mammographie s'articulent autour d'interventions de type cognitif qui visent à modifier la connaissance et les attitudes des médecins (visites éducatives et présentations à caractère scientifique, réunions éducatives interactives), des interventions axées sur les comportements des médecins (système de

rappel), des interventions qui visent aussi d'autres professionnels (ex. : infirmières dans un centre médical) et des interventions multiples qui, dans certains contextes, semblent plus efficaces que des interventions uniques.

Compte tenu de ce que nous apprend la littérature, des caractéristiques des trois milieux étudiés, des barrières et des moyens identifiés, une ou plusieurs des interventions suivantes sont proposées pour chacun des milieux :

- Au GMF : des réunions éducatives interactives pour les médecins (formation médicale continue), qui porteraient particulièrement sur les pratiques préventives en cancer du sein, notamment l'examen clinique des seins, des formations pour les infirmières (en évaluant la faisabilité) et la mise en place d'un système de rappel pour les médecins (en évaluant la faisabilité).
- Au CLSC : des réunions éducatives interactives (formation médicale continue) qui s'adresseraient aux médecins du CLSC mais aussi à ceux des cliniques médicales du territoire, des formations pour les infirmières (en évaluant la faisabilité) et la mise en place d'un système de rappel pour les médecins (en évaluant la faisabilité).
- À la clinique médicale : des réunions éducatives interactives (formation médicale continue) qui pourraient, entre autres, permettre de clarifier le fonctionnement et les avantages du PQDCS pour les patientes et les médecins, et la mise en place d'un système de rappel ou l'amélioration du mécanisme de rappel existant pour les médecins (en évaluant la faisabilité).

Précisons que deux des moyens suggérés dans les trois milieux, les outils d'aide à la pratique (matériel éducatif) et les outils d'information pour les patientes, ne sont pas des interventions reconnues très efficaces selon la littérature consultée mais ils pourraient être utilisés pour renforcer l'efficacité des interventions précédentes, comme le suggère la littérature préconisant des interventions multiples.

Cette étude vise à proposer des interventions pour surmonter les barrières au dépistage du cancer du sein et pour favoriser la référence au PQDCS dans chacun des milieux analysés. Les principaux résultats révèlent que certaines interventions reconnues efficaces pourraient être mises en œuvre sans trop de difficultés (formation médicale continue interactive), alors que d'autres demanderont plus d'efforts du Groupe de travail auprès des responsables de chaque milieu (système de rappel, formation des infirmières). Enfin, les résultats de cette étude permettront de répondre directement aux besoins en formation des médecins consultés. En effet, les membres du Groupe de travail ont élaboré un atelier de formation qui sera offert, dans un premier temps, aux médecins des trois sites étudiés.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	11
SIGLES ET ACRONYMES	13
INTRODUCTION	15
1 CONTEXTE.....	17
2 OBJECTIFS ET MÉTHODE.....	21
3 RÉSULTATS.....	25
3.1 Description des trois milieux de pratique	25
3.1.1 La clientèle	25
3.1.2 Les ressources humaines	26
3.1.3 Les services de consultation offerts	27
3.1.4 Les activités de prévention en général.....	27
3.1.5 Les activités de prévention liées au PQDCS	28
3.2 Les barrières à la référence au PQDCS	32
3.3 Les moyens pour favoriser la référence au PQDCS.....	33
4 DISCUSSION.....	35
4.1 Les barrières et les moyens pour favoriser la référence au PQDCS selon la littérature.....	35
4.2 Synthèse des barrières et des moyens proposés dans les trois milieux pour favoriser la référence au PQDCS	41
4.3 Des interventions à privilégier pour favoriser la référence au PQDCS	42
4.4 Propositions d'interventions adaptées à chaque milieu.....	44
CONCLUSION	47
BIBLIOGRAPHIE	49
ANNEXES.....	51
Annexe 1 — Résultats de l'analyse des données quantitatives	53
Annexe 2 — Schéma d'entrevue	65
Annexe 3 — Questionnaire	71
Annexe 4 — Grille d'analyse des données	77

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Taux de participation des femmes de 50-69 ans au PQDCS dans les trois territoires de CLSC et dans la région de Québec, 2001-2002	19
Tableau 2	Nombre et proportion de femmes âgées de 50-69 ans dans les trois territoires de CLSC et dans la région de Québec, 2002	19
Tableau 3	Proportion de femmes et de la population vivant sous le seuil de faible revenu dans les trois territoires de CLSC et dans la région de Québec, 1995.....	20
Tableau 4	Efficacité des stratégies pour favoriser les interventions préventives	38
Tableau 5	Barrières à la référence au PQDCS et moyens pour favoriser la référence au PQDCS.....	41

SIGLES ET ACRONYMES

AES :	Auto-examen des seins
CCSR :	Centre de coordination des services régionaux du PQDCS de Québec
CDD :	Centre de dépistage désigné
CH :	Centre hospitalier
CLSC :	Centre local de services communautaires
CRID :	Centre de référence et d’investigation désigné
DSP :	Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale
ECS :	Examen clinique des seins
GMF :	Groupe de médecine familiale
HSS :	Hôpital du Saint-Sacrement du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
PQDCS :	Programme québécois de dépistage du cancer du sein

INTRODUCTION

Cette étude du Groupe de travail Actions-médecins en cancer du sein de la Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale (DSP) vise à approfondir la connaissance des pratiques de référence au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) des médecins omnipraticiens de trois milieux de pratique différents. Le but principal de cette étude est d'adapter les interventions du Groupe de travail Actions-médecins afin de favoriser la référence des femmes du groupe cible au PQDCS.

La première partie du document, le contexte, décrit brièvement la problématique du cancer du sein, la mise en œuvre du PQDCS et les actions réalisées dans la région de la Capitale nationale. On y présente également des informations sur la participation au programme et les caractéristiques de la population des trois territoires étudiés. Les objectifs de l'étude et la méthode utilisée sont présentés dans la seconde partie du document. La troisième partie, les résultats, décrit les trois milieux de pratique, les barrières à la référence au PQDCS et les moyens proposés pour favoriser la référence à ce programme.

La dernière partie, la discussion, examine ce que nous apprend la littérature à propos des barrières et des stratégies pour favoriser les pratiques cliniques préventives des médecins de première ligne, en particulier la référence à un programme de dépistage du cancer du sein. On y propose aussi des interventions pour le Groupe de travail Actions-médecins. La conclusion résume les principales propositions et ouvre la réflexion sur les interventions futures du Groupe de travail Actions-médecins.

1 CONTEXTE

La lutte au cancer du sein est, depuis plusieurs années, une problématique importante couverte par plusieurs politiques de santé. Elle constitue une des priorités en matière de santé et de bien-être de la province de Québec et de la région de la Capitale nationale. Rappelons aussi que le cancer du sein est la seconde cause de mortalité par cancer chez la femme.

Le PQDCS est le moyen privilégié dont s'est doté le Québec, ainsi que la région de la Capitale nationale, afin de réduire de 25 % la mortalité par cancer du sein sur une période de dix ans. Pour atteindre cet objectif, le programme devra rejoindre, de façon régulière, 70 % de l'ensemble des femmes âgées entre 50 et 69 ans.

Avec un taux de participation des femmes au PQDCS de 52,7 % en 2001-2002¹ (INSPQ, 2003), la région de Québec se situe parmi les plus performantes du Québec, même si ce résultat reste bien en deçà du taux requis pour atteindre l'objectif visé. Les données sur la participation des femmes de la région de Québec révèlent que la majorité d'entre elles utilisent une prescription médicale lors de leur première mammographie de dépistage dans le cadre du PQDCS. Ce résultat concorde avec les données de la littérature qui indiquent que la recommandation du médecin est un facteur déterminant dans la décision de la femme de passer une mammographie (Santé Canada, 2003).

Pour accroître le rôle des médecins de première ligne et les inciter à référer les femmes du groupe cible au PQDCS, un groupe de travail de la DSP, le « Groupe de travail Actions-médecins », en collaboration avec le Centre de coordination des services régionaux du PQDCS (CCSR), a réalisé en 2002 une étude exploratoire. Celle-ci visait à mieux connaître la perception des médecins de la région de Québec à l'égard du PQDCS et à définir des stratégies pour améliorer la référence médicale au programme (Borduas *et al.*, 2002).

Les résultats de cette étude suggèrent des pistes d'action qui pourraient améliorer la référence médicale et la participation des femmes au programme. Il s'agit de mesures concernant le fonctionnement du programme, d'interventions à réaliser auprès des médecins de première ligne et d'interventions auprès de la population. Pour inciter les médecins à référer leurs patientes au PQDCS, plusieurs interventions sont proposées. Elles visent à mieux les informer sur le programme par différents moyens, à clarifier son mode de fonctionnement et le rôle des médecins, et à valoriser l'implication du médecin de famille dans les pratiques préventives à l'aide de différents outils.

1. Les données les plus récentes indiquent pour 2001-2003 un taux de participation au PQDCS de 55,6 % pour la région de Québec (INSPQ, 2004). Cependant, les données par district de CLSC pour 2001-2003 n'étant pas encore disponibles au moment de la rédaction de ce rapport, nous utilisons les données de 2001-2002.

À partir des résultats de cette étude exploratoire, une intervention de promotion et de sensibilisation au PQDCS auprès des médecins de première ligne (omnipraticiens et gynécologues) a été entreprise. Cette intervention a permis d'élaborer des outils d'information pour les médecins comme le proposait l'étude exploratoire précédente (Borduas *et al.*, 2002). Une évaluation préliminaire de cette intervention révèle, entre autres, que les médecins sont majoritairement d'accord avec le fait que le PQDCS est une mesure préventive efficace et que la recommandation du médecin traitant est un facteur déterminant dans la décision de passer une mammographie de dépistage. Le principal irritant perçu par les médecins est lié au processus administratif du programme.

Les résultats des interventions précédentes ont amené le Groupe de travail Actions-médecins à poursuivre les interventions auprès des médecins en proposant un plan d'action dont le but principal est d'adapter des interventions pour inciter les médecins omnipraticiens à référer davantage les femmes du groupe cible (50-69 ans) au PQDCS.

Pour débiter, ces interventions devaient être réalisées d'abord dans un nombre restreint de milieux de pratique dans des territoires de CLSC où les taux de participation des femmes au PQDCS sont parmi les plus bas de la région. Ainsi, trois milieux différents de pratique médicale, situés dans trois territoires de CLSC, ont été retenus par le Groupe de travail :

- un groupe de médecine familiale (GMF) en milieu urbain (site 1, territoire 1);
- un CLSC en milieu semi-rural (site 2, territoire 2);
- une clinique médicale privée en milieu semi-rural (site 3, territoire 3).

LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DES TROIS TERRITOIRES DE CLSC

Cette section décrit de façon générale quelques caractéristiques de la population des trois territoires de CLSC où sont situés le GMF, le CLSC et la clinique médicale. Les informations sur les trois territoires concernent :

- le taux de participation au PQDCS des femmes de 50-69 ans;
- le nombre et la proportion de femmes âgées de 50-69 ans;
- le pourcentage de femmes et de la population vivant sous le seuil de faible revenu.

➤ **Taux de participation au PQDCS**

La participation des femmes du groupe cible (50-69 ans) au PQDCS est inférieure à la moyenne régionale dans les trois territoires retenus pour cette étude. Cette participation est légèrement inférieure à la moyenne régionale (52,7 %) dans le territoire du CLSC (52,4 %), inférieure à la moyenne régionale dans le territoire du GMF (46,7 %) et nettement inférieure dans le territoire de la clinique médicale (29,2 %). Ce dernier taux s'expliquerait en bonne partie par la mise en place plus tardive du programme sur ce territoire (tableau 1).

Tableau 1
Taux de participation des femmes de 50-69 ans au PQDCS
dans les trois territoires de CLSC et dans la région de Québec, 2001-2002¹

Territoires	Taux de participation au PQDCS 2001-2002
Territoire 1 (GMF) ²	46,7 %
Territoire 2 (CLSC)	52,4 %
Territoire 3 (Clinique) ²	29,2 %
Région de Québec	52,7 %

➤ **Nombre et pourcentage des femmes du groupe cible**

Les femmes du groupe cible (50-69 ans) sont plus nombreuses dans le territoire 1 (GMF) que dans les deux autres territoires. De plus, la proportion des femmes du groupe cible du programme dans les trois territoires examinés est comparable à la moyenne régionale (tableau 2).

Tableau 2
Nombre et proportion de femmes âgées de 50-69 ans
dans les trois territoires de CLSC et dans la région de Québec, 2002³

Territoires	Population totale de femmes	Nombre de femmes de 50-69 ans	% femmes 50-69 ans / total des femmes
Territoire 1 (GMF)	43 229	11 189	25,9 %
Territoire 2 (CLSC)	22 827	5 533	24,2 %
Territoire 3 (Clinique)	15 098	3 812	25,2 %
Région de Québec	334 709	79 997	23,9 %

1. Direction régionale de santé publique, 2003.
2. Habituellement, les données du système d'information du PQDCS sont présentées par district de CLSC (DSP, 2003). Pour les besoins de la présentation par territoire de CLSC dans ce tableau, nous avons fusionné les données de deux districts pour les territoires 1 et 3.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004.

➤ **Proportion de femmes vivant sous le seuil de faible revenu**

Les données du tableau 3 indiquent clairement que la population féminine du territoire où est situé le GMF est particulièrement défavorisée. Ainsi, la proportion de femmes de 45-64 ans vivant sous le seuil de faible revenu est de 44,5 % dans ce territoire, alors qu'elle est de 20,5 % dans la région. Les deux autres territoires se situent près de la moyenne régionale dans ce domaine.

Tableau 3
Proportion de femmes et de la population
vivant sous le seuil de faible revenu dans les trois territoires de CLSC
et dans la région de Québec, 1995¹

Territoires	% des femmes de 45-64 ans vivant sous le seuil de faible revenu	% de toutes les femmes vivant sous le seuil de faible revenu	% de toute la population vivant sous le seuil de faible revenu
Territoire 1 (GMF)	44,5 %	50,2	48,2 %
Territoire 2 (CLSC)	17,2 %	16,3 %	15,2 %
Territoire 3 (Clinique)	20,7 %	19,9 %	18,8 %
Région de Québec	20,5 %	24,8 %	22,9 %

En résumé :

Les informations sur la population des trois territoires sont importantes à considérer pour orienter le choix des interventions futures. Ces données montrent en particulier :

- un territoire (3) où le taux de participation au PQDCS est nettement plus bas que la moyenne régionale;
- un territoire (1) où le nombre de femmes du groupe cible du programme est plus important que dans les deux autres territoires;
- un territoire (1) où la population féminine est nettement plus défavorisée que celle des deux autres territoires et que celle de la région.

1 Pageau et Ferland, 2002.

2 OBJECTIFS ET MÉTHODE

Compte tenu du contexte des trois milieux étudiés et afin de mieux cibler les interventions à réaliser auprès des médecins, le Groupe de travail Actions-médecins a décidé de réaliser une étude visant à mieux connaître les trois milieux de pratique. Les objectifs spécifiques de cette étude sont les suivants :

- connaître les particularités des trois milieux de pratique médicale (GMF, CLSC, clinique médicale);
- identifier, dans chacun des milieux, les barrières à la référence au PQDCS;
- identifier, dans chacun des milieux, des moyens pour favoriser la référence au PQDCS;
- proposer des solutions pour surmonter les barrières à la référence dans chaque milieu.

DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Pour atteindre les objectifs visés et produire une information utile pour orienter les interventions du Groupe de travail Actions-médecins de la DSP, la stratégie de recherche utilisée est descriptive et comparative. Cette étude a privilégié l'utilisation de méthodes qualitatives et quantitatives et la mise à profit de plusieurs sources de données. En effet, les résultats s'appuient sur les perceptions de trois médecins contacts rencontrés en entrevue, sur les réponses de vingt médecins des trois milieux à un questionnaire et sur la consultation de documents et de la littérature scientifique. Cette étude a été réalisée entre le mois de décembre 2003 et le mois de juillet 2004.

➤ *Les variables de l'étude*

Les variables étudiées sont regroupées autour de trois thèmes principaux : le milieu de pratique des médecins, les barrières à la référence au PQDCS et les moyens pour favoriser la référence (voir le schéma d'entrevue à l'annexe 2 et le questionnaire à l'annexe 3).

- ❖ Le milieu de pratique des médecins est circonscrit par :
 - les caractéristiques de la clientèle (volume de consultation, pourcentage de femmes qui consultent, groupes d'âge et autres caractéristiques des femmes qui consultent);
 - les ressources humaines (médecins, infirmières et autres) de chaque milieu, le type de pratique des médecins (santé des femmes, etc.) et la formation médicale;
 - les services offerts (rendez-vous, sans rendez-vous, et autres services offerts);
 - les activités de prévention en général concernant les habitudes de vie (counselling, remise de dépliants);

- les activités de prévention en cancer du sein et celles liées au PQDCS portant sur :
 - ✓ les pratiques préventives en cancer du sein (examen clinique des seins, enseignement de l'auto-examen des seins);
 - ✓ la connaissance du programme;
 - ✓ la référence au PQDCS;
 - ✓ la prescription de mammographies de dépistage;
 - ✓ l'endroit de référence des patientes pour une mammographie de dépistage;
 - ✓ la connaissance du Centre de référence et d'investigation désigné (CRID) de la région;
 - ✓ les informations données sur le PQDCS et la documentation remise aux patientes.

- ❖ Les barrières à la référence au PQDCS ont été recueillies à partir d'une liste préétablie de barrières relevées dans la littérature, parmi lesquelles les médecins choisissaient celles qu'ils estimaient les plus importantes. Des barrières ont aussi été identifiées par les répondants dans leurs réponses aux questions ouvertes de l'entrevue et du questionnaire.

- ❖ Quant aux moyens favorisant la référence au programme, les plus importants pour les médecins ont été recueillis parmi une liste préétablie de moyens relevés dans la littérature. D'autres moyens favorisant la référence sont mentionnés dans les réponses aux questions ouvertes de l'entrevue et du questionnaire.

➤ **La collecte et les sources des données**

La première étape de cette étude visait à connaître les trois milieux choisis. Il s'agissait donc de recueillir des informations auprès des médecins de ces trois lieux de pratique. Pour ce faire, un médecin contact a été identifié dans chacun d'eux. Il était entendu que ce médecin devait appuyer la collecte des données quantitatives dans son milieu. Les trois sites retenus sont un GMF en milieu urbain (site 1, territoire 1), un CLSC en milieu semi-rural (site 2, territoire 2) et une clinique médicale en milieu semi-rural (site 3, territoire 3). La collecte des informations s'est effectuée entre les mois de février 2004 et avril 2004.

Un schéma d'entrevue (annexe 2) a été élaboré et des entrevues semi-structurées ont ensuite été réalisées avec chacun des trois médecins contacts. Ces entrevues ont été menées par deux personnes : chacun des trois médecins du Groupe de travail Actions-médecins (à tour de rôle) et le professionnel chargé de réaliser cette étude. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites par la suite.

Un questionnaire (annexe 3) à remplir par les médecins des 3 milieux retenus a été élaboré par les membres du Groupe de travail Actions-médecins et remis aux médecins contacts pour qu'ils le distribuent à leurs collègues. Dans les 3 milieux, au total, 20 des 31 médecins

ont complété et retourné leur questionnaire, soit un taux de réponse de 64,5 % (3/7 au GMF, 11/13 au CLSC et 6/11 à la clinique médicale).

Des documents ont été utilisés pour compléter la collecte d'information sur les trois milieux (la population des trois territoires, le nombre de médecins et leur nombre d'années de pratique). La littérature scientifique sur les barrières et les éléments favorisant la mise en place de pratiques cliniques préventives, et celle portant sur la référence à un programme de dépistage du cancer du sein ont aussi été consultées, ainsi que les rapports et les évaluations sur la mise en œuvre du PQDCS dans la région.

➤ L'analyse des données

Une analyse combinée de données qualitatives et quantitatives a été réalisée en s'inspirant des méthodes d'analyse de Huberman et Miles (1991). Une grille d'analyse regroupant les principales variables de l'étude pour les trois sites (GMF, CLSC, Clinique) a été élaborée (annexe 4).

Les entrevues avec les médecins contacts ont d'abord été transcrites et classifiées une par une dans les catégories d'analyse et, par la suite, intégrées dans la grille d'analyse. Les informations quantitatives contenues dans les réponses au questionnaire ont été saisies à l'aide d'un logiciel de traitement de données quantitatives (EPI info, version 6.1). Les données qualitatives du questionnaire ont été traitées manuellement. Une première analyse des réponses au questionnaire de chaque site a d'abord été réalisée autour de chacune des questions. Les résultats de cette analyse ont été intégrés à la grille d'analyse et aux données recueillies d'autres sources (entrevues, documents).

Toutes les informations disponibles ont donc été intégrées dans un document qui présente les trois milieux de pratique étudiés, les barrières à la référence au programme et les moyens favorisant celle-ci. Ce document a été transmis pour validation aux membres du Groupe de travail Actions-médecins.

Par la suite, une analyse globale des trois sites a permis de préciser les principales barrières et les moyens suggérés, et de proposer une synthèse de ceux-ci. Cette analyse a pris en compte toutes les données disponibles (contexte, milieux de pratique, activités générales de prévention, activités liées au PQDCS, barrières, moyens et suggestions) et a relevé les convergences et les différences significatives entre les trois sites.

La littérature consultée (sur les barrières et les facteurs favorisant les pratiques cliniques préventives et la référence à un programme de dépistage) associée aux analyses des données recueillies auprès des médecins a permis d'identifier des interventions à réaliser dans les trois milieux, tout en tenant compte de leurs caractéristiques particulières.

➤ **Validité de l'étude**

Les résultats de cette étude sont basés sur un nombre relativement restreint d'acteurs rencontrés en entrevue ou qui ont répondu au questionnaire. Toutefois, cette recherche repose sur plusieurs sources de données, s'appuie sur une revue de la littérature et les connaissances d'experts du groupe de travail, renforçant d'autant la validité interne (trois sites différents) et externe (littérature, experts) des résultats obtenus. Dans ce type d'étude, la validité des résultats repose principalement sur la convergence des informations recueillies auprès d'un échantillon d'acteurs ainsi que sur le degré de concordance avec les connaissances dégagées d'autres travaux.

3 RÉSULTATS

Les résultats sont regroupés dans trois sections principales :

- la description des trois milieux de pratique;
- les barrières à la référence au PQDCS;
- les moyens pour favoriser la référence au PQDCS.

3.1 Description des trois milieux de pratique

La description des trois milieux de pratique est organisée autour des points suivants : la clientèle, les ressources humaines, les services de consultation offerts, les activités de prévention en général et les activités de prévention liées au PQDCS.

3.1.1 La clientèle

VOLUME DE CONSULTATION

Il est très difficile d'établir des comparaisons au sujet du volume de consultation entre les trois milieux de pratique (GMF, CLSC, clinique). En effet, les modes de pratique varient d'un milieu à l'autre. Toutefois, selon les médecins rencontrés, il semblerait que le volume de consultation soit moins élevé au CLSC que dans les deux autres milieux. Par ailleurs, les motifs de consultation de la clientèle sont très variés.

PROPORTION DE FEMMES QUI CONSULTENT

En général, les entrevues livrent peu d'information sur la proportion de femmes qui consultent, si ce n'est qu'au GMF le médecin contact mentionne une augmentation du nombre de femmes de 50 ans et plus qui consultent. Toutefois, les réponses au questionnaire nous informent à ce sujet.

Au CLSC, la presque totalité des répondants (9/11) au questionnaire disent voir entre 60 et 80 % de femmes en consultation. À la clinique médicale, la moitié des répondants (3/6) déclarent en voir entre 70 et 75 %. Au GMF, les trois répondants reçoivent plus de 60 % de femmes en consultation. Donc, globalement, il semble y avoir une majorité de femmes qui consultent, avec une proportion plus importante au CLSC, ensuite à la clinique médicale et, enfin, au GMF (annexe 1, tableau 1).

CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTÈLE FÉMININE

Dans les réponses au questionnaire, un grand nombre de médecins disent rencontrer « souvent » ou « très souvent » des femmes de moins de 30 ans (17/20) et des femmes de 30 à 49 ans (19/20). Pour ce qui est de la fréquence des rencontres avec des femmes du groupe cible du programme (50-69 ans), encore là, la majorité des médecins (18/20) des trois milieux déclarent en rencontrer « souvent » ou « très souvent ». Par ailleurs, plusieurs répondants (12/20) disent rencontrer « souvent » ou « très souvent » des femmes de plus de 70 ans. Les résultats de l'analyse des réponses au questionnaire n'indiquent pas de différences significatives entre les trois milieux (annexe 1, tableau 2).

Selon les données recueillies en entrevue, la clientèle du GMF présenterait plusieurs facteurs de risque pour divers problèmes de santé, serait plutôt défavorisée et peu scolarisée. Les données disponibles dans la région sur le contexte (voir le tableau 3 dans la deuxième partie) vont dans le même sens et montrent que la population du territoire 1 (GMF) est nettement plus défavorisée que celle des deux autres territoires. La clientèle du CLSC et celle de la clinique médicale semblent plus variées en termes d'âge et certains sous-groupes de population de ces territoires seraient plutôt défavorisés selon les médecins contacts.

3.1.2 Les ressources humaines

LES MÉDECINS

Selon les informations disponibles au moment de la collecte des données, 13 médecins font de la consultation au CLSC, 7 au GMF et 11 à la clinique médicale. Au CLSC, les femmes médecins sont majoritaires (10 femmes, 3 hommes); au GMF, on compte une majorité d'hommes médecins (5/7), alors que la clinique médicale se situe entre ces deux pôles (5 femmes et 6 hommes). Pour ce qui est des années de pratique, les médecins du CLSC ont en moyenne 10,6 années de pratique, ceux du GMF, 23 ans, et ceux de la clinique médicale, 17 ans (AMOQ, 2003). Les médecins du GMF et du CLSC concentrent leurs activités dans leur milieu, alors que ceux de la clinique partagent leurs activités professionnelles entre la clinique et le centre hospitalier (CH) du territoire. Trois médecins du GMF travaillent également dans un centre hospitalier de soins de longue durée (annexe 1, tableau 3).

L'entrevue avec le médecin contact révèle que les médecins du CLSC (en majorité des femmes) verraient plus de femmes en consultation, seraient plus orientés vers la santé des femmes et privilégieraient une pratique préventive en consultation. Dans ce milieu, trois des répondants au questionnaire mentionnent avoir un champ d'intérêt particulier en santé des femmes.

Par ailleurs, le médecin contact de la clinique médicale souligne que trois femmes médecins voient surtout des femmes et que la plupart des médecins de la clinique semblent favorables

à des activités de prévention. Dans le questionnaire, quatre répondants de la clinique déclarent avoir un intérêt particulier en santé des femmes. Au GMF, selon le médecin contact, seule une femme médecin aurait un intérêt particulier en santé des femmes et les médecins seraient généralement favorables à des activités de prévention dans leur pratique.

LA FORMATION MÉDICALE

Des activités de formation sont offertes de façon régulière dans chacun des milieux. Certaines activités sont réalisées en collaboration avec des compagnies pharmaceutiques. Dans les trois milieux, les activités de formation ont lieu le soir ou le midi, parfois sur une période de trois heures durant la journée. Sur le territoire du CLSC, les activités de formation données tôt le matin semblent préférables pour éviter les pertes de temps dues à la distance.

LE PERSONNEL INFIRMIER

Le CLSC et le GMF ont un personnel infirmier pour appuyer les activités des médecins et les interventions préventives. Par contre, la clinique médicale n'a pas de personnel affecté à des activités de prévention (annexe 1, tableau 3).

3.1.3 Les services de consultation offerts

Le GMF et la clinique médicale offrent des consultations avec rendez-vous et sans rendez-vous selon des périodes définies dans un seul lieu de consultation. Le CLSC offre des consultations avec rendez-vous dans plusieurs points de services sur le territoire. Il n'y a pas réellement de périodes prévues pour des consultations sans rendez-vous, mais les médecins font parfois des consultations sans rendez-vous « informelles » lorsqu'un patient se présente. Les trois milieux sont associés à un service d'urgence pour prendre en charge leur clientèle lorsque l'établissement est fermé (nuits et fins de semaine).

3.1.4 Les activités de prévention en général

Dans les trois milieux, selon les informations recueillies en entrevue, les médecins réalisent des activités de prévention et pensent que, de manière générale, les omnipraticiens doivent être actifs en prévention auprès de leurs patients. Au CLSC, il semble que les médecins, en particulier les plus jeunes, soient plus sensibilisés à la prévention. Certains médecins de la clinique médicale auraient été actifs dans des activités de prévention avec la Santé publique. Au GMF, l'arrivée des infirmières aurait amené des changements dans la pratique des médecins. En effet, il semble que les infirmières aient contribué à faire connaître aux médecins les services offerts au CLSC de leur territoire et qu'elles fassent souvent le lien

avec cet établissement. Ainsi médecins et infirmières partageraient certaines activités de prévention et l'enseignement au patient (ex. : patients diabétiques).

Pour ce qui est du « counselling préventif » sur les habitudes de vie, la grande majorité des médecins (18/20) ayant répondu au questionnaire disent en faire «souvent» ou «très souvent». Par contre, en ce qui concerne la remise des dépliants d'information aux patients, la majorité des répondants (15/20) déclarent le faire seulement «parfois» (annexe 1, tableau 4).

3.1.5 Les activités de prévention liées au PQDCS

Cette section examine les pratiques préventives des médecins en cancer du sein et leur connaissance du PQDCS. Les thèmes suivants sont abordés :

- l'examen clinique des seins (ECS) et l'enseignement de l'auto-examen des seins (AES);
- la connaissance du PQDCS;
- la référence des patientes au PQDCS;
- la prescription de mammographies;
- l'endroit de référence pour une mammographie de dépistage;
- la connaissance du Centre de référence et d'investigation désigné (CRID) de la région;
- les informations données sur le PQDCS et la documentation remise aux patientes.

EXAMEN CLINIQUE DES SEINS ET ENSEIGNEMENT DE L'AES

L'analyse des entrevues réalisées avec les médecins contacts suggère que ce sont surtout des femmes médecins qui font l'examen clinique des seins (ECS) et l'enseignement de l'AES. Un des médecins contacts a dit commencer l'enseignement de l'AES avec les jeunes femmes. Les informations issues des entrevues laissent croire que les hommes médecins auraient un intérêt moindre pour ces deux activités.

Par contre, dans les réponses au questionnaire, la majorité des médecins disent proposer un ECS à leurs patientes. La plupart des médecins (17/20) déclarent proposer l'ECS « souvent » ou « très souvent » à leurs patientes de moins de 50 ans. Les 20 répondants disent le proposer « souvent » ou « très souvent » aux femmes de 50 à 69 ans (le groupe cible du PQDCS). Quant aux patientes de 70 ans et plus, c'est aussi une majorité de répondants (17/20) qui déclarent proposer cette pratique «souvent» ou «très souvent» (annexe 1, tableau 5).

CONNAISSANCE DU PQDCS

Les entrevues avec les médecins contacts incitent à penser que les médecins du GMF et ceux du CLSC connaissent le fonctionnement du PQDCS, alors qu'à la clinique médicale on semble moins informé et on ne paraît pas bien saisir l'utilité du programme pour les femmes qui consultent. Il semble que, pour les médecins de la clinique médicale, l'accès adéquat à des services d'investigation et de traitement bien organisés, à l'extérieur du PQDCS, fait que le programme est perçu comme étant peu utile.

RÉFÉRENCE DES PATIENTES AU PQDCS

Au GMF et au CLSC, les médecins contacts pensent que les médecins de leur milieu respectif réfèrent généralement les femmes au PQDCS lors de visites avec rendez-vous. À la clinique médicale, la compréhension du fonctionnement du programme (avec la lettre d'invitation envoyée aux femmes) n'est pas claire et on ne semble pas saisir l'utilité de celui-ci, car, de toute façon, les médecins rappelleraient à leurs patientes de 50 ans ou plus de passer une mammographie de dépistage aux deux ans. Soulignons que, pour référer les patientes pour une mammographie de dépistage, les médecins de la clinique médicale seraient appuyés par un mécanisme de rappel pour les examens médicaux périodiques. Ce mécanisme, interne à la clinique, serait géré par les secrétaires. Mentionnons aussi que deux des médecins contacts estiment que, de manière générale, les omnipraticiens devraient référer leurs patientes au PQDCS.

Selon l'analyse des réponses au questionnaire, les trois quarts des médecins (15/20) déclarent référer « souvent » ou « très souvent » les patientes de 50 à 69 ans au PQDCS. De façon générale, la référence des patientes au PQDCS est faite « souvent » ou « très souvent » dans le cadre de l'examen médical périodique pour la plupart des répondants (18/20) et rarement dans le cadre de visites sans rendez-vous (annexe 1, tableau 6).

PRESCRIPTION DE MAMMOGRAPHIES

Dans l'entrevue, le médecin contact de la clinique médicale dit prescrire des mammographies aux femmes de 50 ans et plus qui le veulent. Au GMF, selon le médecin contact, il semble que les médecins prescrivent des mammographies pour les femmes du groupe cible et les femmes à risque de moins de 50 ans. Au CLSC, selon le médecin contact, les médecins prescriraient plus de mammographies depuis qu'il y a un CDD au CH local.

Les réponses au questionnaire indiquent qu'une majorité de médecins (16/20) prescrivent « parfois » des mammographies de dépistage à des femmes de moins de 50 ans. Notons aussi qu'une proportion importante de répondants (15/20) déclare prescrire « parfois » des mammographies de dépistage à des femmes de 70 ans et plus.

Par ailleurs, la plupart des médecins (18/20) ayant répondu au questionnaire disent faire la distinction entre une mammographie « de dépistage » et une mammographie « diagnostique » lors de la prescription des mammographies (annexe 1, tableau 7).

ENDROIT DE RÉFÉRENCE POUR UNE MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE

Selon les réponses au questionnaire, les médecins réfèrent généralement leurs patientes dans leur territoire pour une mammographie de dépistage. Ainsi, la plupart des répondants (9/11) du CLSC déclarent référer leurs patientes pour une mammographie de dépistage au CH local où se trouve un CDD. Cinq médecins du CLSC indiquent aussi d'autres lieux de référence au centre-ville de Québec. À la clinique médicale, les six répondants disent référer au CH local où se trouve un CDD. Au GMF, un médecin réfère dans un CDD près du GMF, et un autre à la convenance de la patiente (annexe 1, tableau 8).

CONNAISSANCE DU CENTRE DE RÉFÉRENCE ET D'INVESTIGATION DÉSIGNÉ (CRID) DE LA RÉGION

Lorsqu'on demande aux médecins, dans le questionnaire, à quel endroit ils réfèrent les femmes pour une investigation en cas d'anomalie de la mammographie de dépistage, peu d'entre eux déclarent spontanément référer au CRID. Ainsi, au CLSC, cinq médecins disent référer au CH Saint-Sacrement (un seul précise référer au CRID) et quatre autres réfèrent à la clinique des maladies du sein du CH Saint-Sacrement. Au GMF, un répondant dit référer au CH Saint-Sacrement, en précisant à la « clinique du sein », et un autre dans un CDD près du GMF. À la clinique médicale, les six répondants disent référer au CH local. Parmi ceux-ci, un médecin mentionne aussi la « clinique du sein ». Par ailleurs, dans les trois milieux, la plupart des répondants (19/20) mentionnent que la référence est facilement accessible pour une investigation en cas d'anomalie (annexe 1, tableau 9).

Par contre, quand on demande aux médecins s'il connaissent spécifiquement le CRID, la plupart des répondants déclarent le connaître (15/20) et disent vouloir que les participantes au PQDCS soient dirigées directement au CRID en cas d'anomalie de la mammographie de dépistage (14/20). Parmi tous les répondants, quatre mentionnent vouloir être informés lorsque la référence a été faite. Enfin, cinq répondants disent ne pas connaître le CRID (annexe 1, tableau 10).

INFORMATION DONNÉE SUR LE PQDCS ET DOCUMENTATION REMISE AUX PATIENTES

Les entrevues et les réponses au questionnaire indiquent que la plupart des vingt médecins semblent informer leurs patientes sur le PQDCS. Une femme médecin contact dit informer ses patientes et constate que celles-ci sont de plus en plus sensibilisées à la prévention du cancer du sein. Cette dernière pense que le médecin de famille doit rassurer les femmes et

leur expliquer le programme. De plus, au CLSC, il semble que les infirmières connaissent le PQDCS et informent les femmes à ce sujet. Les données du questionnaire indiquent que, dans les trois milieux, la majorité des médecins (17/20) disent parler du PQDCS à leurs patientes de 50 à 69 ans « souvent » ou « très souvent ». Par ailleurs, l'analyse des réponses au questionnaire et des entrevues indique que peu de répondants remettent de la documentation écrite à leurs patientes à propos du PQDCS (annexe 1, tableau 11).

En résumé :

Il ressort de la description des trois milieux de pratique que :

- le volume de consultation semble moins élevé au CLSC que dans les deux autres milieux et la plupart des médecins des trois milieux déclarent rencontrer souvent des femmes du groupe cible du programme;
- un des milieux (CLSC) est composé en grande partie de femmes médecins plus jeunes, qui ont moins d'années de pratique que les médecins des deux autres milieux, et qui semblent voir une proportion plus importante de femmes en consultation. Un autre milieu (GMF) se démarque par une majorité d'hommes médecins avec un plus grand nombre d'années de pratique;
- deux milieux (GMF et CLSC) ont des infirmières pour réaliser des activités préventives, alors que la clinique médicale en est dépourvue;
- dans les trois milieux, les médecins sont favorables à la prévention en général et déclarent en faire dans leur pratique;
- l'examen clinique des seins semble surtout pratiqué par les femmes médecins et moins par les hommes médecins;
- les médecins de deux milieux (GMF et CLSC) disent connaître assez bien le PQDCS, alors que ceux de la clinique semblent moins le connaître;
- la plupart des médecins disent référer au PQDCS les femmes du groupe cible (50-69 ans) dans le cadre de visites avec rendez-vous. Certains prescrivent aussi des mammographies de dépistage à des femmes d'autres groupes d'âge;
- plusieurs médecins ne semblent pas connaître précisément le CRID;
- les médecins informent leurs patientes à propos du programme, mais leur donnent peu de documentation à ce sujet.

3.2 Les barrières à la référence au PQDCS

Dans les entrevues, les trois médecins contacts mentionnent peu de barrières à la référence au PQDCS. Les seules barrières mentionnées concernent quelques médecins des cliniques privées d'un territoire qui ne référerait pas leurs patientes au programme par crainte de perdre une partie de leur clientèle. Toutefois, la description des trois milieux suggère qu'il existe une certaine méconnaissance du fonctionnement du PQDCS (en particulier dans un des milieux) et, chez certains médecins, surtout des hommes, un manque d'intérêt pour les pratiques cliniques préventives (ECS et AES) en cancer du sein.

D'autres barrières mentionnées par les médecins contacts concernent surtout les patientes. Le problème d'accessibilité géographique (distance) au programme pour certaines femmes et le manque d'intérêt ou de conviction de certaines patientes au sujet de la prévention et du dépistage du cancer du sein sont soulignés. En effet, il semble que certaines femmes reçoivent la lettre du PQDCS mais ne veulent pas passer de mammographie.

De la même façon, dans les réponses au questionnaire, peu de barrières à la référence au PQDCS sont identifiées par les médecins. Notons que c'est à la clinique médicale que les médecins identifient le plus grand nombre de barrières. Pour les trois milieux, les principales barrières identifiées par les répondants sont : le manque d'information sur le PQDCS (4/19), le manque de temps pour présenter le programme (4/19), le manque de clarté en ce qui concerne la prise en charge des patientes (3/19), et le manque d'outils à remettre aux patientes (3/19) (annexe 1, tableau 12).

En résumé :

L'analyse de toutes les informations recueillies montre que, en général, peu de barrières sont identifiées par les médecins des trois milieux. Toutefois, on note une différence entre les milieux qui devrait être considérée dans le choix des interventions à mettre en place. En effet, c'est dans un des milieux (clinique médicale) que les médecins identifient nettement le plus grand nombre de barrières.

Globalement, les principales barrières identifiées par les médecins sont :

- le manque d'information sur le PQDCS;
- le manque de temps pour présenter le programme aux patientes;
- le manque de clarté concernant la prise en charge des patientes;
- le manque d'outils à remettre aux patientes;
- une méconnaissance du fonctionnement du PQDCS;
- un manque d'intérêt de certains médecins pour les pratiques cliniques préventives en cancer du sein.

3.3 Les moyens pour favoriser la référence au PQDCS

Tant dans les entrevues que dans les réponses aux questions ouvertes du questionnaire, la formation sur le cancer du sein et sur le PQDCS est un des principaux moyens suggérés par les médecins pour améliorer la référence au PQDCS. Cette formation devrait être accréditée et elle devrait aussi permettre de mieux comprendre le fonctionnement du programme. De plus, dans deux milieux, un système de rappel pour les médecins (informatique ou autre) est aussi proposé.

Dans les réponses au questionnaire, plusieurs moyens pour inciter les femmes à participer au PQDCS sont aussi proposés par les médecins. Les moyens les plus utiles pour une majorité de médecins (14/20) sont des outils d'aide à la pratique (algorithme, guide de pratique). La formation médicale sur le dépistage du cancer du sein est aussi un moyen privilégié par une majorité de répondants (13/20). Sont ensuite proposés des outils d'information pour les patientes (dépliants, affiches, cartes) (12/20) et un système de rappel (affiches, cartes, système informatique) (9/20), qui sont considérés comme «assez » utiles ou «beaucoup » utiles par plusieurs médecins des trois milieux (annexe 1, tableau 13).

De façon beaucoup moins importante, dans les entrevues et dans les réponses aux questions ouvertes du questionnaire, quelques médecins proposent aussi d'utiliser, dans les formations, la crédibilité de médecins convaincus (leaders d'opinion) en vue de montrer aux médecins les avantages et la pertinence de référer leurs patientes au PQDCS, de développer l'intérêt des hommes médecins pour les pratiques de prévention et de dépistage du cancer du sein et de proposer des modifications au mode de rémunération pour compenser financièrement le temps investi dans des activités cliniques préventives. L'affiche (« La santé de mes seins, j'y vois ») et le calendrier produit par le CCSR sont aussi considérés, par quelques répondants, comme des moyens complémentaires pour favoriser le dépistage du cancer du sein et la référence au PQDCS. De plus, il est proposé d'utiliser des outils simples, de disposer d'un algorithme du programme, de produire des messages de prévention pour les femmes de 50 ans et plus et de continuer à envoyer la lettre du programme à celles-ci. Enfin, un médecin suggère d'accroître l'utilisation de dépliants et de documents d'information pour mieux faire connaître le programme.

En résumé :

Selon les médecins consultés dans les trois milieux étudiés, plusieurs interventions peuvent les aider à référer davantage de femmes au PQDCS. Les principaux moyens proposés sont :

- des activités de formation médicale continue sur le cancer du sein (incluant la prévention et le dépistage);
- des systèmes de rappel pour les médecins (calendrier, affiches, cartes, système informatique);
- des outils d'aide à la pratique (algorithme, guide de pratique);
- des outils d'information à donner aux patientes (dépliants, affiches, cartes).

4 DISCUSSION

Cette partie examine :

- ce que nous apprend la littérature à propos des barrières et des stratégies pour favoriser les pratiques cliniques préventives des médecins de première ligne, en particulier la référence à un programme de dépistage du cancer du sein;
- les barrières et les moyens identifiés dans les trois milieux étudiés pour favoriser la référence au PQDCS;
- des interventions à privilégier pour favoriser la référence au PQDCS;
- des propositions pour les interventions du Groupe de travail Actions-médecins de la DSP.

4.1 Les barrières et les moyens pour favoriser la référence au PQDCS selon la littérature

Nous présenterons d'abord les barrières à l'adoption des pratiques cliniques préventives, pour ensuite aborder celles, plus spécifiques, au dépistage et aux pratiques cliniques préventives en cancer du sein.

LES BARRIÈRES AUX PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

La littérature fait état de barrières à l'introduction de pratiques cliniques préventives (Burak, 1989; Frame, 1992) au niveau des médecins, des patients et de l'organisation du système de soins. Pour Frame (1992), la barrière la plus importante pour les médecins est le manque de temps, d'où, selon cet auteur, l'intérêt d'avoir un personnel paramédical (ou des infirmières) pour appuyer les activités de prévention. Selon Burak (1989), les barrières pour les médecins sont associées au manque de reconnaissance des pratiques préventives, au remboursement insuffisant, aux recommandations conflictuelles et au questionnement sur l'efficacité des interventions. Pour les patients, les barrières sont liées à une mauvaise information, à une motivation insuffisante et à des inconvénients potentiels. Pour le système de soins, les barrières peuvent être liées aux ressources inadéquates (personnel, équipement) et aux règles ou politiques inappropriées.

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (1999) relève des obstacles associés à l'utilisation concrète des guides de pratique. Ainsi, dans les faits, il peut y avoir une opposition entre, d'une part, les guides et, d'autre part, les choix des patients, les pratiques cliniques existantes et l'organisation du système de soins. De plus, plusieurs obstacles sont associés aux guides eux-mêmes (grande quantité d'information, coût et temps pour les produire).

Dans une revue exhaustive de la littérature sur l'efficacité de la diffusion des guides de pratique chez les médecins (dont plusieurs visent à introduire des pratiques préventives), Koutsavlis (2001) en arrive sensiblement aux mêmes conclusions que les études précédentes en examinant particulièrement les barrières liées aux connaissances, aux attitudes et aux comportements des médecins. Les barrières associées aux connaissances sont dues à l'ignorance ou à la méconnaissance des guides de pratique. Les barrières liées aux attitudes des médecins proviennent généralement du désaccord avec les recommandations proposées dans les guides, du manque de confiance en soi, du peu d'attentes face aux résultats et d'expériences antérieures non concluantes. Les barrières qui influencent les comportements des médecins sont associées à des obstacles externes comme les préférences des patients, le manque d'adaptation des milieux de pratique ou la difficulté d'appliquer les recommandations proposées.

LES BARRIÈRES AU DÉPISTAGE ET AUX PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES EN CANCER DU SEIN

Selon plusieurs auteurs, une des principales barrières au dépistage du cancer du sein par mammographie est l'absence de recommandation du médecin (Santé Canada, 2003; Borduas, 2002; Sharon, 2000; Mandelblatt et Yabroff, 1999). Il semble que la recommandation du médecin augmente l'utilisation de la mammographie par au moins quatre fois (Santé Canada, 2003). Il s'agit donc d'essayer de mieux comprendre pourquoi certains médecins ne recommandent pas cette pratique largement reconnue actuellement.

Plusieurs auteurs ont identifié des barrières au dépistage et aux pratiques cliniques préventives en cancer du sein associées aux contextes, aux recommandations proposées et aux attitudes des médecins. Dans l'Étude exploratoire des perceptions des médecins au regard du PQDCS, Borduas *et al.* (2002) ont identifié des barrières à la participation au PQDCS qui étaient liées aux contextes de pratique des médecins, qui n'étaient pas toujours adaptés à la participation à un programme de dépistage du cancer du sein (ex. : clinique sans rendez-vous) et aux exigences logistiques et administratives du PQDCS, qui étaient initialement perçues comme inadaptées à la pratique médicale courante (barrières liées aux recommandations du programme).

Dans un article portant sur les effets d'une formation médicale continue et sur l'introduction de pratiques cliniques préventives en cancer du sein, Parochka et Paprockas (2001) ont relevé le manque de consensus parmi les collègues et la communauté médicale (barrière liée aux médecins), le manque de temps et l'absence d'incitatifs financiers (obstacles liés aux contextes de pratique) comme étant les barrières les plus importantes.

En résumé :

Retenons qu'avant de réaliser des interventions qui visent à introduire des changements dans la pratique médicale, il est important de connaître les différentes barrières à l'introduction et à l'adoption des changements proposés. Dans la littérature, ces barrières se situent au niveau des médecins (connaissances, attitudes et comportements), des préférences des patients, des contextes des organisations et des recommandations proposées dans les guides de pratique (ou les programmes). Ces barrières devront être bien identifiées pour pouvoir ensuite adopter des interventions appropriées visant à modifier certaines pratiques des médecins tout en tenant compte des différents obstacles existants. Avant de proposer des interventions, il faut examiner dans la littérature quelles sont les stratégies les plus efficaces pour introduire des changements dans la pratique médicale.

LES STRATÉGIES FAVORISANT LA MISE EN ŒUVRE D'INTERVENTIONS PRÉVENTIVES

La revue de la littérature sur la diffusion des guides de pratique (Koutsavlis, 2001) et le rapport sur la diffusion et la mise en oeuvre d'interventions préventives pour les médecins de première ligne (Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 1999) permettent d'évaluer l'efficacité des interventions qui visent à modifier les pratiques des médecins.

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (1999) en arrive à la conclusion que les méthodes de distribution d'information nouvelle aux médecins fondées sur la participation ou sur les influences sociales sont les plus prometteuses et les plus efficaces selon la littérature examinée. Les auteurs de ce rapport estiment que les stratégies « actives » ou « interactives » auprès des médecins sont plus efficaces que les stratégies « passives » (ex. : réunions éducatives didactiques). De plus, plusieurs études examinées par les auteurs privilégient les stratégies multiples pour modifier les comportements cliniques des médecins. Toutefois, la modification des comportements des médecins dépend non seulement des caractéristiques personnelles de ces derniers, mais aussi de celles de leur contexte clinique. On recommande aussi l'utilisation de stratégies multiples pour modifier le système dans lequel le médecin pratique.

La revue de la littérature de Koutsavlis (2001) en arrive sensiblement aux mêmes conclusions générales que le rapport précédent à propos de l'efficacité des méthodes « actives » et multiples. Par ailleurs, à la différence du rapport du Groupe d'étude canadien, les interventions étudiées par cet auteur sont analysées et classifiées de façon systématique selon que leur efficacité est constante, variable, limitée ou nulle (tableau 4).

Tableau 4
Efficacité des stratégies pour favoriser les interventions préventives

Efficacité constante	Efficacité variable	Efficacité limitée ou nulle
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Visites éducatives et présentation à caractère scientifique ❖ Rappels ❖ Réunions éducatives interactives (formation médicale continue) ❖ Interventions multidisciplinaires ou multiples 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Vérification et rétroaction ❖ Leaders d'opinion locaux ❖ Consensus locaux ❖ Interventions fondées sur l'opinion du patient 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Réunions éducatives didactiques (formation médicale continue) ❖ Matériel éducatif

Les interventions d'efficacité constante sont celles qui proposent :

- des visites éducatives et des présentations à caractère scientifique (efficaces en particulier pour les services préventifs);
- les différentes formes de rappel (surtout pour les services préventifs et pour le dépistage);
- des réunions éducatives interactives (formation médicale continue);
- des interventions multidisciplinaires ou multiples qui désignent deux ou plusieurs des interventions d'efficacité constante, variable ou limitée présentées par cet auteur.

Les interventions d'efficacité variable sont celles qui s'appuient sur :

- la vérification et la rétroaction;
- les leaders d'opinion locaux;
- le processus consensuel local;
- les interventions fondées sur l'opinion du patient (particulièrement dans les stratégies préventives).

Les interventions d'efficacité limitée ou nulle sont celles qui misent uniquement sur :

- la distribution de matériel éducatif;
- les réunions éducatives didactiques (formation médicale continue).

Quant aux interventions faisant appel à des mesures incitatives d'ordre économique ou législatif, il n'y a pas assez d'information dans la littérature pour évaluer l'efficacité de ces mesures (Koutsavlis, 2001).

LES STRATÉGIES POUR ACCROÎTRE L'UTILISATION DE LA MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE

Une méta-analyse de l'efficacité des interventions auprès des médecins et des autres professionnels de la santé pour accroître l'utilisation de la mammographie de dépistage (Mandelblatt et Yabroff, 1999) classe les stratégies utilisées dans les catégories suivantes :

- stratégies comportementales (interventions utilisant un système de rappel);
- stratégies cognitives (interventions orientées vers les perceptions, l'information et le matériel éducatif);
- stratégies sociologiques (interventions par des infirmières dans un centre médical).

Selon ces auteurs (Mandelblatt et Yabroff, 1999), tous les types d'intervention se sont révélés efficaces et ont entraîné une hausse du recours à la mammographie pouvant atteindre 13,2 % (stratégies comportementales), 18,6 % (cognitives) et 13,1 % (sociologiques). Les auteurs soulignent que les systèmes de rappel pour le dépistage se sont révélés un outil efficace pour améliorer les mesures préventives. Par ailleurs, les interventions ciblant à la fois les femmes et les professionnels de la santé ne sont pas significativement plus efficaces que celles visant uniquement les professionnels de la santé. En outre, il semble que les interventions utilisant des approches d'intervention multiples (par ex. : comportementales et cognitives) ne se sont pas avérées, de manière significative, plus efficaces que les interventions utilisant une seule approche.

Ces résultats semblent contredire en partie les résultats des études examinées précédemment (Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 1999, et Koutsavlis, 2001) qui soutiennent que les interventions multiples sont plus efficaces que les stratégies uniques pour introduire des changements dans la pratique. Mentionnons que les constats précédents s'appuyaient sur la littérature (beaucoup plus vaste) portant sur l'introduction de guides de pratique et d'intervention préventives, alors que Mandelblatt et Yabroff (1999) se sont penchés, de façon plus spécifique, sur l'efficacité des interventions pour accroître l'utilisation du dépistage par mammographie. On peut supposer que, selon les contextes et les objectifs visés, deux interventions classées par Koutsavlis (2001) « d'efficacité constante » ou « d'efficacité variable » pourraient être plus efficaces qu'une seule, alors que deux interventions « d'efficacité limitée ou nulle » le seraient peu. Il faudrait poursuivre les recherches dans ce domaine pour vérifier ces hypothèses.

En résumé :

On retiendra que les stratégies les plus efficaces pour modifier les pratiques préventives des médecins et accroître le dépistage par mammographie s'articulent autour :

- d'interventions de type cognitif qui visent à modifier la connaissance et les attitudes des médecins (visites éducatives et présentations à caractère scientifique, réunions éducatives interactives);
- d'interventions axées sur les comportements des médecins (système de rappel);
- d'interventions qui visent aussi d'autres professionnels (ex. : infirmières dans un centre médical);
- des interventions multiples qui, dans certains contextes, semblent plus efficaces que des interventions uniques.

4.2 Synthèse des barrières et des moyens proposés dans les trois milieux pour favoriser la référence au PQDCS

Le tableau 5 présente les principales barrières relevées lors de l'analyse globale des trois milieux et les principaux moyens proposés par les médecins.

Tableau 5
Barrières à la référence au PQDCS et moyens pour favoriser la référence au PQDCS

Les barrières à la référence au PQDCS	Les moyens pour favoriser la référence au PQDCS
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Barrières liées à la connaissance du programme par les médecins : <ul style="list-style-type: none"> ✓ manque d'information sur le PQDCS; ✓ méconnaissance du fonctionnement du PQDCS. ❖ Barrière liée à l'attitude des médecins : <ul style="list-style-type: none"> ✓ manque d'intérêt de certains médecins pour les pratiques cliniques préventives en cancer du sein. ❖ Barrières liées aux contextes de pratique : <ul style="list-style-type: none"> ✓ manque de temps pour présenter le programme aux patientes; ✓ manque d'outils à remettre aux patientes. ❖ Barrière liée au programme : <ul style="list-style-type: none"> ✓ manque de clarté concernant la prise en charge des patientes. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Moyens suggérés pour améliorer la connaissance et l'attitude des médecins : <ul style="list-style-type: none"> ✓ activités de formation médicale continue sur le cancer du sein (incluant la prévention et le dépistage); ✓ outils d'aide à la pratique (algorithme, guide de pratique). ❖ Moyens suggérés pour améliorer les contextes de pratique : <ul style="list-style-type: none"> ✓ systèmes de rappel pour les médecins (calendrier, affiches, cartes, système informatique); ✓ outils d'information à donner aux patientes (dépliants, affiches, cartes).

La description des barrières dans les trois milieux de pratique étudiés montre que celles-ci se situent principalement au niveau de la connaissance et de l'attitude des médecins, du contexte organisationnel de la pratique et du PQDCS. Les moyens proposés par les médecins répondent en quelque sorte aux barrières qu'ils identifient dans la mesure où ces moyens visent à améliorer leurs connaissances et leur attitude par la formation médicale continue, de l'information sur la prévention et le dépistage, et des outils d'aide à la pratique. Ils visent également à modifier le comportement des médecins en intervenant dans le contexte par des systèmes de rappel et à informer les patientes à l'aide d'outils d'information.

4.3 Des interventions à privilégier pour favoriser la référence au PQDCS

Les trois milieux de pratique sont relativement différents sous plusieurs aspects. Il semble donc important de développer des interventions qui soient adaptées, dans la mesure du possible, à chacun des contextes. Ces stratégies devraient tenir compte des barrières identifiées et des moyens suggérés par les médecins, du contexte de chaque milieu et des stratégies efficaces relevées dans la littérature pour modifier les pratiques et accroître la référence au programme.

En prenant en considération les informations connues sur les trois milieux (contexte, milieu de pratique, barrières et moyens suggérés), les informations sur les stratégies efficaces pour introduire des pratiques cliniques préventives en cancer du sein et les possibilités d'action pour favoriser la référence au PQDCS, les interventions du Groupe de travail Actions-médecins devraient être axées sur une ou plusieurs des activités suivantes :

- des activités de formation médicale continue qui pourraient prendre la forme de réunions éducatives interactives;
- la mise en place de systèmes de rappel;
- des formations pour les infirmières présentes dans deux milieux de pratique;
- des outils d'aide à la pratique (matériel éducatif);
- des outils d'information pour les patientes.

Deux interventions suggérées par les médecins des trois milieux (formation médicale continue et système de rappel) sont des interventions reconnues efficaces dans la littérature examinée. Une autre intervention (formation des infirmières) n'a pas été proposée par les médecins des trois milieux mais donne des résultats positifs (selon la littérature consultée) pour favoriser la référence à un programme de dépistage. Dans cette section nous analysons brièvement les avantages de ces trois types d'interventions qui sont reconnues efficaces pour accroître les pratiques préventives en cancer du sein et le dépistage. Certaines activités complémentaires qui pourraient aider à surmonter certaines barrières sont aussi présentées.

LA FORMATION MÉDICALE CONTINUE SUR LE CANCER DU SEIN

L'étude de Borduas *et al.* (2002) a noté l'importance d'une formation continue permettant d'améliorer les connaissances sur les facteurs de risque et le dépistage, et de développer une meilleure confiance dans la capacité de faire l'examen clinique des seins. De plus, d'autres auteurs (dans le document de Santé Canada, 2003) soulignent que l'éducation des médecins concernant le dépistage doit être axée non seulement sur la nécessité du dépistage mais également sur les avantages (pour les médecins et les patientes) associés au dépistage dans un centre spécialisé plutôt que dans une unité diagnostique. Par ailleurs, pour être efficace, la formation médicale continue devrait privilégier des réunions éducatives

interactives (pour une efficacité constante) plutôt que des réunions éducatives didactiques (efficacité limitée ou nulle) (Koutsavlis, 2001).

LES SYSTÈMES DE RAPPEL POUR LE DÉPISTAGE

Plusieurs médecins des trois milieux ont proposé la mise en place de systèmes de rappel pour la référence des patientes au PQDCS. Soulignons que dans un des milieux (clinique médicale) il semble y avoir déjà un mécanisme de rappel pour les examens médicaux périodiques. Les auteurs consultés soulignent que les systèmes de rappel pour le dépistage (messages à la main dans les dossiers médicaux ou générés par ordinateur) se sont révélés des outils efficaces pour améliorer les mesures préventives (Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 1999; Koutsavlis, 2001) et le recours au dépistage par mammographie (Mandelblatt et Yabroff, 1999; Santé Canada, 2003).

DES FORMATIONS POUR LES INFIRMIÈRES PRÉSENTES DANS LES MILIEUX DE PRATIQUE

Étant donné que, dans deux des milieux, des infirmières appuient déjà les médecins pour des activités préventives et que le troisième milieu pourrait disposer d'un personnel infirmier dans un proche avenir, il semble important de miser sur ce personnel qui pourrait, selon la littérature, favoriser la référence au PQDCS. En effet, une des barrières à la référence mentionnée par plusieurs médecins est le temps requis pour expliquer le fonctionnement du programme. Les infirmières présentes dans les milieux de pratique pourraient, si elles avaient la formation appropriée, prendre en charge une partie des activités préventives auprès des patientes (en précisant le rôle des médecins et celui des infirmières) et favoriser la référence au PQDCS. L'utilisation de professionnels de la santé comme les infirmières est un des moyens efficaces suggérés dans la littérature pour améliorer les pratiques de référence à un programme de dépistage du cancer du sein (Mandelblatt et Yabroff, 1999; Santé Canada, 2003).

DES ACTIVITÉS COMPLÉMENTAIRES

Les autres activités proposées par les médecins (outils d'aide à la pratique et outils pour les patientes) pourraient aider à surmonter certaines barrières (manque d'information, manque de temps, manque d'outils) et renforcer l'efficacité de certaines activités si elles sont associées à une ou plusieurs de celles-ci dans les trois milieux, comme le montre la littérature examinée précédemment.

4.4 Propositions d'interventions adaptées à chaque milieu

Les interventions présentées dans cette section sont basées sur les résultats de l'analyse globale des trois milieux et sur la littérature consultée. Soulignons que deux des moyens suggérés précédemment, les outils d'aide à la pratique (matériel éducatif) et les outils d'information pour les patientes, pourraient être utilisés pour appuyer les interventions dans les trois milieux. Les interventions proposées prennent en compte les contextes particuliers de chacun des milieux.

LES INTERVENTIONS AU GMF

Les médecins du GMF sont bien informés du fonctionnement du programme, mais, certaines pratiques préventives en cancer du sein, notamment l'examen clinique des seins, semblent peu appliquées par plusieurs d'entre eux. Des infirmières sont actives en prévention dans ce milieu et appuient les médecins dans leurs activités, mais pas particulièrement en cancer du sein. Pour les interventions dans ce milieu, il semble donc important de privilégier une ou plusieurs des activités suivantes :

- des réunions éducatives interactives pour les médecins (formation médicale continue) qui porteraient particulièrement sur les pratiques préventives en cancer du sein, notamment l'examen clinique des seins;
- des formations pour les infirmières du GMF (en évaluant au préalable le besoin, leurs connaissances dans ce domaine et la faisabilité de l'intervention);
- la mise en place d'un système de rappel pour les médecins du GMF (en évaluant la faisabilité dans l'organisation).

LES INTERVENTIONS AU CLSC

Au CLSC, les médecins (surtout des femmes) sont bien informés sur le PQDCS, réfèrent leurs patientes au programme et ont des pratiques préventives en cancer du sein. On note aussi au CLSC la présence d'infirmières qui peuvent soutenir les activités préventives des médecins et qui connaissent déjà le PQDCS. Pour les interventions dans ce milieu, il semble donc important de privilégier une ou plusieurs des activités suivantes :

- des réunions éducatives interactives (formation médicale continue) qui s'adresseraient aux médecins du CLSC mais aussi à ceux des cliniques médicales du territoire;
- des formations pour les infirmières du CLSC (en évaluant au préalable le besoin, leurs connaissances dans ce domaine et la faisabilité de l'intervention);
- la mise en place d'un système de rappel pour les médecins du CLSC (en évaluant la faisabilité dans l'organisation).

LES INTERVENTIONS À LA CLINIQUE MÉDICALE

Les médecins de la clinique médicale semblent moins informés sur le fonctionnement et les avantages du PQDCS pour la prise en charge de leurs patientes. On constate aussi que la mise en œuvre du programme a été réalisée plus tardivement dans ce territoire que dans les autres territoires de la région et que ce sont les médecins de ce milieu qui ont identifié le plus grand nombre de barrières à la référence au programme. Par ailleurs, plusieurs médecins semblent avoir des pratiques préventives en cancer du sein et réfèrent leurs patientes pour des mammographies de dépistage au CDD du CH local où la plupart des médecins de la clinique sont aussi actifs. En outre, actuellement, la clinique médicale est dépourvue d'infirmières pour appuyer les médecins. Pour les interventions dans ce milieu, il semble donc important de privilégier une ou plusieurs des activités suivantes :

- des réunions éducatives interactives (formation médicale continue) qui pourraient, entre autres, permettre de clarifier le fonctionnement et les avantages du programme pour les patientes et les médecins;
- la mise en place d'un système de rappel pour les médecins, ou l'amélioration de celui existant déjà (en évaluant la faisabilité dans l'organisation).

CONCLUSION

Cette étude visait à proposer des interventions pour surmonter les barrières au dépistage du cancer du sein et à la référence au PQDCS dans chacun des milieux analysés. Les principaux résultats révèlent que certaines interventions reconnues efficaces pourraient être mises en œuvre sans trop de difficultés (formation médicale continue interactive), alors que d'autres demanderont plus d'efforts du Groupe de travail auprès des responsables de chaque milieu (systèmes de rappel, formation des infirmières).

Ainsi, l'implantation de systèmes de rappel devra prendre en considération les particularités et les limites des organisations actuelles, et les difficultés d'implantation de systèmes informatisés ou l'utilisation de messages à la main dans les dossiers médicaux. Notons qu'un des milieux mentionnait avoir un système de rappel pour les examens médicaux périodiques. Il pourrait être intéressant d'explorer davantage cette avenue.

Pour ce qui est de la formation des infirmières actives dans les milieux de pratique, l'étude de Borduas *et al.* (2002) a montré que les médecins étaient d'accord pour que ce rôle soit assumé par des infirmières en établissement, mais qu'ils n'étaient pas d'accord pour la participation d'une infirmière dans les cabinets privés. Pour les interventions futures, il faudra évaluer les possibilités de réaliser ce type de formation dans des milieux comme les CLSC ou les GMF, milieux dans lesquels des infirmières sont déjà engagées dans des activités préventives.

Par ailleurs, les résultats de cette étude permettent de répondre directement aux besoins en formation des médecins consultés. En effet, les membres du Groupe de travail ont commencé à élaborer un atelier de formation qui vise en particulier à: conduire une investigation en présence de problèmes mammaires courants, maîtriser l'examen clinique des seins, prescrire les examens de dépistage et de diagnostic du cancer du sein, et assurer le suivi en fonction des résultats de l'investigation. Pour renforcer l'efficacité des ateliers de formation, et comme le suggèrent les résultats de cette étude, des outils seront aussi proposés aux médecins (outils d'aide à la pratique, algorithme du programme, outils pour les patientes).

Cette étude aura permis de proposer des interventions concrètes, adaptées à différents milieux de pratique, en vue d'améliorer le dépistage du cancer du sein et de favoriser la référence au PQDCS. Dans ses travaux futurs, le Groupe de travail Actions-médecins devra aussi se pencher sur la mise en œuvre et la faisabilité des autres interventions proposées (systèmes de rappel, formation des infirmières). Notons que, étant donné les caractéristiques des trois territoires examinés dans cette étude, le Groupe de travail aura sans doute à se questionner sur la priorité à donner aux interventions dans les territoires où les taux de participation au programme sont les plus faibles et où il y a un nombre important de femmes du groupe cible non rejointes par le programme.

BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC (AMOQ). Bottin 2003, 194 p.

BORDUAS, F., L SAUVAGEAU, 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*, Direction de santé publique de Québec, Coordination des services régionaux de Québec, Programme québécois de dépistage du cancer du sein, 2002, 40 p.

BURAK, R.C. «Barriers to clinical preventive medicine », *Primary Care*, 1989, vol. 16, p. 245-250.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. *Système d'information du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2003 (document de travail).

FRAME, P.S. « Health maintenance in clinical practice : strategies and barriers », *American Family Physician*, 1992, vol. 45, p. 1192-1200.

GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS. « Distribution et mise en œuvre efficaces des guides du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif », *Santé Canada*, 1999, 63 p.

HUBERMAN, A.M., et M.B MILES. « *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes* », trad. De C. De Backer et V. Lamongie de l'association ERASME, Bruxelles : De Boeck-Wesmael, s. a., 1991, 480 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE. *Système d'information du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*, 2003 (document de travail).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE. *Système d'information du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*, 2004 (document de travail).

KOUTSAVLIS, A.T. « Dissémination des guides de pratiques chez les médecins », Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et Institut national de santé publique du Québec, 2001, 54 p.

MANDELBLATT, J.K., et K.R. YABROFF, « Effectiveness of Interventions Designed to Increase Mammography Use : A Meta-analysis of Provider-targeted Strategies, *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 1999, vol. 8, p. 759-767.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC - STATISTIQUES DE POPULATION, 2004, [en ligne] www.msss.gouv.qc.ca.

PAGEAU, M., et M. FERLAND. « Le portrait de santé. La région de Québec et ses territoires de CLSC », Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2002, 346 p.

PAROCHKA, J., et K. PAPROCKAS. « A continuing medical education lecture and workshop, physician behavior, and barriers to change », *J. Con. Educ. Health Prof.*, 2001, vol. 21, n° 2, p. 110-116.

SANTÉ CANADA. « Détermination de la qualité des programmes organisés de dépistage du cancer du sein », 2003, 86 p.

SHARON, A. GEORGE. « Barriers to Breast Cancer Screening : an Integrative Review », *Health Care for Women International*, 2000, vol. 21, p. 53-65.

ANNEXES

Annexe 1

Résultats de l'analyse des données quantitatives

Tableau 1
Nombre de médecins selon la proportion des femmes qui consultent, par site

Proportion des femmes	Site 1 GMF	Site 2 CLSC	Site 3 Clinique	Total
50 % – 55 %	—	2	2	4
60 % – 65 %	3	4	—	7
70 % – 80 %	—	5	3	8
n.d.	—	—	1	1

Tableau 2
Nombre de médecins selon la fréquence des rencontres avec des femmes en consultation en fonction des groupes d'âge, par site

	Site 1 GMF	Site 2 CLSC	Site 3 Clinique	Total
Femmes de moins 30 ans :				
Très souvent	—	5	4	9
Souvent	2	4	2	8
Parfois	1	2	—	3
Jamais	—	—	—	—
Femmes de 30 à 49 ans :				
Très souvent	1	3	4	8
Souvent	2	7	2	11
Parfois	—	1	—	1
Jamais	—	—	—	—
Femmes de 50 à 69 ans :				
Très souvent	3	2	2	7
Souvent	—	8	3	11
Parfois	—	1	1	2
Jamais	—	—	—	—
Femmes de 70 ans et plus :				
Très souvent	2	1	1	4
Souvent	1	5	2	8
Parfois	—	5	3	8
Jamais	—	—	—	—

Tableau 3
Caractéristiques des ressources humaines, par site

	Site 1 GMF	Site 2 CLSC	Site 3 Clinique
Médecins :	7	13	11
femmes	2	10	5
hommes	5	3	6
Nb moyen d'années de pratique	23	10,6	17
Autre personnel clinique :			
Infirmières	2 (temps complet)	Infirmières du CLSC	
Autres	—	Autre personnel du CLSC	—

Tableau 4
**Nombre de médecins selon la fréquence
des activités préventives générales, par site**

	Site 1 GMF	Site 2 CLSC	Site 3 Clinique	Total
Counselling préventif :				
Très souvent	3	4	2	9
Souvent	—	6	3	9
Parfois	—	—	1	1
Jamais	—	—	—	—
n.d.	—	1	—	1
Remise de dépliants aux patients :				
Très souvent	—	—	1	1
Souvent	—	2	1	3
Parfois	3	9	3	15
Jamais	—	—	1	1

Tableau 5
Nombre de médecins selon la fréquence à laquelle ils proposent l'examen clinique des seins (ECS) en fonction des groupes d'âge, par site

	Site 1 GMF	Site 2 CLSC	Site 3 Clinique	Total
Femmes de moins 50 ans :				
Très souvent	—	7	5	12
Souvent	2	3	—	5
Parfois	1	1	1	3
Jamais	—	—	—	—
Femmes de 50 à 69 ans :				
Très souvent	2	9	6	17
Souvent	1	2	—	3
Parfois	—	—	—	—
Jamais	—	—	—	—
Femmes de 70 ans et plus :				
Très souvent	1	7	2	10
Souvent	2	3	2	7
Parfois	—	1	2	3
Jamais	—	—	—	—

Tableau 6
Nombre de médecins selon les caractéristiques de la référence au PQDCS, par site

	Site 1 GMF	Site 2 CLSC	Site 3 Clinique	Total
Référence des femmes de 50- 69 ans :				
Très souvent	—	7	5	12
Souvent	2	3	—	5
Parfois	1	1	1	3
Jamais	—	—	—	—
Référence lors d'un examen médical périodique :				
Très souvent	3	8	2	13
Souvent	—	3	2	5
Parfois	—	—	2	2
Jamais	—	—	—	—
Référence lors de clinique sans rendez-vous :				
Très souvent	—	—	—	—
Souvent	—	—	—	—
Parfois	2	6	1	9
Jamais	1	4	4	9
n.d.	—	1	1	2

Tableau 7
Nombre de médecins selon les caractéristiques
de la prescription de mammographies de dépistage, par site

	Site 1 GMF	Site 2 CLSC	Site 3 Clinique	Total
Femmes de moins de 50 ans :				
Très souvent	—	1	2	3
Souvent	—	1	—	1
Parfois	3	9	4	16
Jamais	—	—	—	—
Femmes de 70 ans et plus :				
Très souvent	—	1	—	1
Souvent	—	2	1	3
Parfois	3	8	4	15
Jamais	—	—	1	1
Distinction entre mammographie de dépistage et mammographie diagnostique :				
Oui	3	10	5	18
Non	—	—	1	1
n.d.	—	1	—	1

Tableau 8
Nombre de médecins selon l'endroit de référence
pour une mammographie de dépistage, par site

	Site 1 GMF	Site 2 CLSC	Site 3 Clinique	Total
Endroit de référence:				
CDD local	1	4	6	11
CDD local et autres CDD	—	5	—	5
Autres CDD	—	1	—	1
Préférence des patientes	1	1	—	2
n.d.	1	—	—	1

Tableau 9
Nombre de médecins selon l'endroit de référence
en cas d'anomalie de la mammographie de dépistage, par site

	Site 1 GMF	Site 2 CLSC	Site 3 Clinique	Total
Endroit de référence :				
HSS	—	3	—	3
HSS et CRID	—	1	—	1
HSS et CDD local	—	1	—	1
Clinique du sein du HSS	1	4	—	5
CDD local	1	1	5	7
CDD local et clinique du sein	—	—	1	1
Autres CDD	—	1	—	1
Préférence des patientes	1	—	—	1
Référence accessible en cas d'anomalie :				
Oui	3	10	6	19
Non	—	1	—	1

Tableau 10
Nombre de médecins selon la connaissance et la référence au CRID,
par site

	Site 1 GMF	Site 2 CLSC	Site 3 Clinique	Total
Connaissance du CRID :				
Oui	3	9	3	15
Non	—	2	3	5
Référence directe au CRID en cas d'anomalie :				
Oui	3	10	1	14
Non	—	—	2	2
n.d.	—	1	3	4

Tableau 11
Nombre de médecins selon les caractéristiques
de l'information donnée sur le PQDCS, par site

	Site 1 GMF	Site 2 CLSC	Site 3 Clinique	Total
Parler du PQDCS aux femmes de 50-69 ans :				
Très souvent	2	7	2	11
Souvent	—	3	3	6
Parfois	1	1	1	3
Jamais	—	—	—	—
Remise de documentation sur le PQDCS :				
Très souvent	—	—	—	—
Souvent	—	1	—	1
Parfois	—	4	4	8
Jamais	3	6	2	11

Tableau 12
Nombre de médecins selon l'importance
des barrières à la référence au PQDCS, par site

	Site 1 GMF	Site 2 CLSC	Site 3 Clinique	Total
Manque d'information :				
Beaucoup	—	—	—	—
Assez	—	2	2	4
Peu	—	4	1	5
Très peu	3	5	2	10
n.d.	—	—	1	1
Manque de conviction :				
Beaucoup	—	—	—	—
Assez	—	—	2	2
Peu	—	4	—	4
Très peu	3	7	3	13
n.d.	—	—	1	1
Manque de clarté concernant la prise en charge :				
Beaucoup	—	—	1	1
Assez	—	1	1	2
Peu	—	3	—	3
Très peu	3	7	3	13
n.d.	—	—	1	1
Lourdeur administrative :				
Beaucoup	—	—	1	1
Assez	1	—	—	1
Peu	1	5	1	7
Très peu	1	6	3	10
n.d.	—	—	1	1
Nécessité argumentation auprès des patientes :				
Beaucoup	—	—	—	—
Assez	—	1	2	3
Peu	—	5	1	6
Très peu	3	5	2	10
n.d.	—	—	1	1

Tableau 12
Nombre de médecins selon l'importance
des barrières à la référence au PQDCS, par site

(SUITE)

	Site 1 GMF	Site 2 CLSC	Site 3 Clinique	Total
Manque de temps pour présenter le PQDCS :				
Beaucoup	—	—	—	—
Assez	2	1	1	4
Peu	1	5	3	9
Très peu	—	5	1	6
n.d.	—	—	1	1
Manque de temps pour le suivi des patientes :				
Beaucoup	—	—	—	—
Assez	—	1	—	1
Peu	1	3	4	8
Très peu	2	7	1	10
n.d.	—	—	1	1
Manque d'outils pour les patientes :				
Beaucoup	—	—	1	1
Assez	—	1	1	2
Peu	3	6	2	11
Très peu	—	4	1	5
n.d.	—	—	1	1
Manque d'incitatifs financiers :				
Beaucoup	—	—	1	1
Assez	—	—	—	—
Peu	1	5	3	9
Très peu	2	4	1	7
n.d.	—	2	1	3
Autres facteurs :				
Déplacement:	—	—	1	1
n.d. :	3	11	5	19

Tableau 13
Nombre de médecins selon l'importance des moyens
pour favoriser la référence au PQDCS, par site

Moyens pour favoriser la référence au PQDCS	Site 1 GMF	Site 2 CLSC	Site 3 Clinique	Total
Outils d'information pour les patientes :				
Beaucoup	—	2	2	4
Assez	3	4	1	8
Peu	—	5	3	8
Très peu	—	—	—	—
Outils d'aide à la pratique :				
Beaucoup	—	1	2	3
Assez	3	7	1	11
Peu	—	3	3	6
Très peu	—	—	—	—
Formation médicale en dépistage du cancer du sein :				
Beaucoup	2	2	—	4
Assez	1	4	4	9
Peu	—	4	2	6
Très peu	—	1	—	1
Sujet des formations :				
n.d.	3	11	6	20
Type de formation souhaitée :				
Ateliers	—	1	—	1
Conférences	1	1	1	3
Conférences et groupe de discussion	—	1	—	1
n.d.	2	8	5	15
Système de rappel :				
Beaucoup	—	1	—	1
Assez	1	6	1	8
Peu	2	3	5	10
Très peu	—	1	—	1
Site Web :				
Beaucoup	—	—	—	—
Assez	2	1	—	3
Peu	—	7	4	11
Très peu	1	3	2	6
Autres facteurs :				
n.d. :	3	11	6	20

Annexe 2

Schéma d'entrevue

Schéma d'entrevue avec les médecins contacts

1) *Ressources humaines disponibles dans l'organisation*

- Champs de pratique / intérêts spécifiques / activités particulières des médecins (lesquelles ou laquelle ?).
- Présence des médecins dans le milieu de pratique (temps plein, partiel, combien de jours, heures/semaine).
- Autre personnel (ex. : infirmières) présent dans le milieu, pour quels types d'activités ?

2) *Services offerts dans l'organisation*

- Clinique sur rendez-vous ? Clinique sans rendez-vous ? Horaire (jour/soir, fin de semaine) ?
- Formation médicale continue ? Sur place ? Autre ?
- Autres services offerts dans le milieu ?

3) *Activités de prévention réalisées dans le milieu*

- De façon générale, est-ce que les médecins réalisent des activités de prévention (ex. : habitudes de vie) ? Lesquelles et comment ?
- Pour le GMF :
 - Comment la pratique en GMF a-t-elle modifié votre pratique ?
 - Comment percevez-vous les activités de prévention en GMF par rapport à la pratique en clinique privée ?
 - Quel est le rôle de l'infirmière en GMF ? Par rapport au cancer du sein ?
- Pour le CLSC :
 - Comment percevez-vous les activités de prévention par rapport aux cliniques privées et aux GMF ? Comment ça se déroule dans votre milieu ? Par rapport au cancer du sein ?
- Pour la clinique privée :
 - Comment percevez-vous les activités de prévention ? Opinion sur les GMF ?
 - Comment ça se déroule dans votre milieu ? Par rapport au cancer du sein ?

- Selon vous, quels seraient les meilleurs moyens pour aider les médecins à réaliser des activités de prévention ? Exemples :
 - information / publications (sujets)
 - moyens de diffusion (internet, fax, poste)
 - activités de formation (thèmes/sujets)
 - outils d'aide à la pratique (suggestions)
 - message de prévention déjà préparé (slogan publicitaire, autre)
 - système de rappel

4) Activités de prévention par rapport au PQDCS

- À votre connaissance, dans votre milieu de pratique, est-ce que les médecins font :
 - L'enseignement de l'auto-examen des seins (AES) ou donnent l'information relativement à l'AES ?
 - Des examens cliniques des seins annuellement ? Pour quel groupe d'âge ?
 - Des prescriptions de mammographie de dépistage (référence au PQDCS) ?
 - Est-ce que la plupart le font ? Ou si certains ne veulent pas le faire ?
- À votre connaissance, dans votre milieu de pratique, est-ce que les médecins :
 - Recommandent aux femmes de participer au PQDCS ?
 - Donnent des explications au sujet du PQDCS ?
 - Remettent des documents au sujet du PQDCS ?
 - Participent à des activités en lien avec le PQDCS (formation, etc.) ?
- À votre connaissance, dans votre milieu de pratique :
 - Y-a-t-il des éléments qui pourraient nuire à la référence au PQDCS ? Lesquels ?
 - Qu'est-ce qui pourrait aider les médecins à référer au PQDCS ?
 - Avez-vous des suggestions pour diffuser des messages de prévention pour le PQDCS (formulation, durée, façons de le véhiculer auprès de leur clientèle) ?

5) Implication personnelle

- Comment percevez-vous votre rôle d'omnipraticien en lien avec le PQDCS ?
- Qui serait le « messenger » idéal pour faire la promotion de ces pratiques ?
- Seriez-vous intéressé à être impliqué dans la définition d'une intervention préventive ? Quel type d'intervention ?

6) Clientèles rejointes par l'organisation

- Quels types de clientèles fréquentent votre milieu de pratique (femmes/hommes, jeunes/personnes âgées, famille, etc.) ?
- Est-ce que tous les médecins de la clinique voient des femmes en consultation ?
- Est-ce que des médecins dans votre groupe ont une clientèle majoritairement féminine ?

7) Autres questions importantes pour vous ? Suggestions ?

8) Informations à recueillir sur place après l'entrevue

- Estimation du volume de consultation par jour (RV et sans RV);
- Estimation des raisons de consultation;
- Relever le nombre de médecins dans chaque milieu;
- Ressources matérielles disponibles en lien avec le cancer du sein : affiches, dépliants, informatique, autres (information à jour ?).

Annexe 3
Questionnaire

**Questionnaire sur les habitudes de pratique des médecins
en prévention et dépistage du cancer du sein**

Nous vous remercions de participer à cette étude en lien avec les activités du **Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)**. Plusieurs études ont montré que le rôle des médecins de première ligne est crucial pour inciter les femmes à participer à ce type de programme. C'est pourquoi nous sollicitons votre collaboration pour répondre à ce questionnaire.

Les informations contenues dans ce questionnaire et le traitement de données sont strictement confidentiels. Si vous avez des questions, vous pouvez communiquer avec les responsables de cette étude :

- Francine Borduas (MD)
- Louise Moreault (MD)
- Lucie Vaillancourt (MD)
- Claude Gagnon (MA)
- Claude Rossi (MA)

Groupe de travail Actions-médecins
Direction régionale de santé publique de Québec
Téléphone : 666-7000, poste 490#

1. Dans votre pratique, avez-vous des champs d'intérêt particuliers ? (gériatrie, gynécologie, santé mentale, autres) ?

oui non Si oui, spécifiez : _____

2. Selon votre perception, dans votre pratique, quelle est la proportion de femmes qui vous consultent _____ %

3. Selon vous, à quelle fréquence rencontrez-vous des femmes des groupes d'âge suivants :

a) des femmes de moins de 30 ans ?

Très souvent	Souvent	Parfois	Jamais
--------------	---------	---------	--------

b) des femmes de 30 à 49 ans ?

Très souvent	Souvent	Parfois	Jamais
--------------	---------	---------	--------

c) des femmes de 50 à 69 ans ?

Très souvent	Souvent	Parfois	Jamais
--------------	---------	---------	--------

d) des femmes de 70 ans ou plus ?

Très souvent	Souvent	Parfois	Jamais
--------------	---------	---------	--------

4. En général, faites-vous du « counselling préventif » sur les habitudes de vie (exemple : tabac, activité physique, alimentation) ?

Très souvent	Souvent	Parfois	Jamais
--------------	---------	---------	--------

5. Avez-vous l'habitude de remettre à vos patients des dépliants d'information sur différents sujets touchant la santé ?

Très souvent	Souvent	Parfois	Jamais
--------------	---------	---------	--------

6. Parlez-vous du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) à vos patientes de 50 à 69 ans ?

Très souvent	Souvent	Parfois	Jamais
--------------	---------	---------	--------

7. Remettez-vous des dépliants sur le PQDCS ?

Très souvent	Souvent	Parfois	Jamais
--------------	---------	---------	--------

8. Référez-vous vos patientes de 50 à 69 ans au PQDCS ?

Très souvent	Souvent	Parfois	Jamais
--------------	---------	---------	--------

9. Lorsque vous référez des patientes au PQDCS, le faites-vous :

a) dans le cadre de l'examen médical périodique ?

Très souvent	Souvent	Parfois	Jamais
--------------	---------	---------	--------

b) dans le cadre de visites sans rendez-vous ?

Très souvent	Souvent	Parfois	Jamais
--------------	---------	---------	--------

c) autres : _____

10. De façon générale, proposez-vous un examen clinique des seins :

a) à vos patientes de moins de 50 ans ?

Très souvent	Souvent	Parfois	Jamais
--------------	---------	---------	--------

b) à vos patientes de 50 à 69 ans ?

Très souvent	Souvent	Parfois	Jamais
--------------	---------	---------	--------

c) à vos patientes de 70 ans ou plus ?

Très souvent	Souvent	Parfois	Jamais
--------------	---------	---------	--------

11. Prescrivez-vous des mammographies de dépistage :

a) à des femmes de moins de 50 ans ?

Très souvent	Souvent	Parfois	Jamais
--------------	---------	---------	--------

b) à des femmes de 70 ans ou plus ?

Très souvent	Souvent	Parfois	Jamais
--------------	---------	---------	--------

12. Lorsque vous prescrivez une mammographie, faites-vous la distinction entre mammographie « de dépistage » et mammographie « diagnostique » ?

oui non Je ne prescris pas de mammographie

13. À quel endroit référez-vous vos patientes pour une mammographie de dépistage ?

14. À quel endroit référez-vous vos patientes pour une investigation en cas d'anomalie à la mammographie de dépistage ?

La référence est-elle facilement accessible ? oui non

Commentaires _____

15. Connaissez-vous le Centre de référence et d'investigation désigné (CRID) de la région ?

oui non

16. En cas d'anomalies à la mammographie de dépistage, souhaitez-vous que les participantes au PQDCS soient dirigées directement au CRID ?

oui non

Commentaires : _____

17. Dans quelle mesure les différents énoncés suivants reflètent des situations qui vous empêchent de référer vos patientes au PQDCS :

a) Manque d'information sur le PQDCS

Beaucoup	Assez	Peu	Très peu
----------	-------	-----	----------

b) Manque de conviction quant à la pertinence et à l'efficacité du PQDCS

Beaucoup	Assez	Peu	Très peu
----------	-------	-----	----------

c) Manque de clarté quant à la prise en charge des patientes

Beaucoup	Assez	Peu	Très peu
----------	-------	-----	----------

d) Lourdeur administrative du programme

Beaucoup	Assez	Peu	Très peu
----------	-------	-----	----------

e) Nécessité d'une argumentation auprès de la patiente

Beaucoup	Assez	Peu	Très peu
----------	-------	-----	----------

f) Manque de temps pour présenter le PQDCS aux patientes

Beaucoup	Assez	Peu	Très peu
----------	-------	-----	----------

g) Manque de temps pour assurer le suivi des patientes

Beaucoup	Assez	Peu	Très peu
----------	-------	-----	----------

h) Manque d'outils à remettre aux patientes

Beaucoup	Assez	Peu	Très peu
----------	-------	-----	----------

i) Manque d'incitatifs financiers pour les actes préventifs

Beaucoup	Assez	Peu	Très peu
----------	-------	-----	----------

j) Autres facteurs : _____

18. Dans quelle mesure les moyens suivants pourraient vous être utiles pour inciter vos patientes à participer au PQDCS :

a) Outils d'information pour vos patientes (dépliants, affiches, cartes)

Beaucoup	Assez	Peu	Très peu
----------	-------	-----	----------

b) Outils d'aide à la pratique (par ex. : algorithme, guide de pratique)

Beaucoup	Assez	Peu	Très peu
----------	-------	-----	----------

c) Formation médicale sur le dépistage du cancer du sein

Beaucoup	Assez	Peu	Très peu
----------	-------	-----	----------

Sujets : _____

Formes souhaitées (par ex. : ateliers, conférences) : _____

d) Système de rappel (affiches, cartes, système informatique)

Beaucoup	Assez	Peu	Très peu
----------	-------	-----	----------

e) Site WEB dédié au dépistage du cancer du sein et au PQDCS

Beaucoup	Assez	Peu	Très peu
----------	-------	-----	----------

f) Autres moyens : _____

19. Selon vous, qu'est-ce qui pourrait aider les médecins à réaliser des activités de prévention dans leur pratique ?

20. Selon vous, quel serait un message accrocheur qui aiderait à inciter vos patientes à participer au PQDCS ?

21. Quel serait le meilleur moyen de diffuser ce message ?

22. Commentaires et suggestions :

23. Informations sur le médecin répondant :

Sexe : Femme Homme

Groupe d'âge :

de 20 à 29 ans

de 30 à 39 ans

de 40 à 49 ans

de 50 à 59 ans

60 ans ou plus

Merci

Annexe 4

Grille d'analyse des données

Grille d'analyse des données

	Site 1 GMF	Site 2 CLSC	Site 3 Clinique médicale
Contexte : Population des trois territoires : <ul style="list-style-type: none"> ▪ % participation PQDCS ▪ % femmes 50-69 ans ▪ % faible revenu 	Données quantitatives		
Clientèle du milieu de pratique : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Volume de consultation ▪ Raison de consultation ▪ Caractéristiques de la clientèle ▪ % femmes, âge 	Données qualitatives et quantitatives		
Les ressources humaines : Médecins : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre (F et H) ▪ Champs de pratique ▪ Nb années de pratique ▪ Autres ressources 	Données qualitatives et quantitatives		
Services offerts dans l'organisation : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sur rendez-vous ▪ Sans rendez-vous ▪ Formation ▪ Autres services 	Données qualitatives		
Activités générales de prévention réalisées dans le milieu : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médecins ▪ Infirmières ▪ Autres activités 	Données qualitatives et quantitatives		

Grille d'analyse des données

(SUITE)

	Site 1 GMF	Site 2 CLSC	Site 3 Clinique médicale
Activités de prévention en lien avec le PQDCS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen clinique des seins ▪ Enseignement de l'AES ▪ Connaissance du PQDCS ▪ Référence au PQDCS ▪ Prescription de mammographies ▪ Endroit de référence dépistage ▪ Endroit de référence en cas d'anomalie ▪ Connaissance du CRID ▪ Information aux patientes et documentation remise ▪ Formation ▪ Rôle des infirmières 	Données qualitatives et quantitatives		
Rôle des omnipraticiens en lien avec le PQDCS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Appui en prévention ▪ Message de prévention 	Données qualitatives et quantitatives		
Barrière à la référence au PQDCS :	Données qualitatives et quantitatives		
Facteurs facilitant la référence au PQDCS :	Données qualitatives et quantitatives		