



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE L'ESTRIE

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Référence : 1562-06-02

***Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
(PQDCS)**

**ÉTUDE DE LA PERCEPTION DES MÉDECINS DE L'ESTRIE
EN REGARD DU PQDCS**

Octobre 2002

Sous la direction de :

Aline Émond
Direction de la santé publique et de l'évaluation
SERVICE DU SOUTIEN MÉTHODOLOGIQUE ET
ÉVALUATION

Robert Pronovost
Direction de la santé publique et de l'évaluation
SERVICE PRÉVENTION-PROMOTION

Étude réalisée par :

Anne LeBel, consultante

Avec la collaboration de :

Gilles-Yvon Levesque
Direction de la santé publique et de l'évaluation
SERVICE DU SOUTIEN MÉTHODOLOGIQUE ET
ÉVALUATION

Nicole Desrosiers
Suzanne Robert
Ginette Varin
CHUS-Hôtel-Dieu
CENTRE DE COORDINATION DES SERVICES RÉGIONAUX
PQDCS

Traitement de texte :

Diane Moffet
Geneviève Audet
Direction de la santé publique et de l'évaluation
SERVICE DU SOUTIEN MÉTHODOLOGIQUE ET
ÉVALUATION

Direction de la santé publique et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont collaboré à *l'étude de la perception des médecins de l'Estrie en regard du PQDCS* et plus spécifiquement les médecins traitants qui ont accepté de participer aux groupes de discussion ou aux entrevues individuelles.

Nous désirons souligner la contribution particulière des personnes suivantes :

- Les docteurs Marie-Claude Beaulieu, Gaétane Cinq-Mars, Monique Drapeau et Richard St-Germain qui, par leurs entrevues individuelles, ont permis de bonifier le guide d'entrevue utilisé ultérieurement lors des groupes de discussion (*focus group*).
- Les docteurs Louise Bélanger, Françoise Bilodeau, Robert Cloutier, Bernard Frenette, Claude Cloutier, Raymonde Vaillancourt et Isabelle Vaillancourt qui, par leur excellente collaboration, ont permis la tenue des groupes de discussion dans leur territoire ou établissement.

Des remerciements également à l'équipe du Centre de coordination des services régionaux du Programme québécois de dépistage du cancer du sein de l'Estrie pour leur contribution à chacune des étapes de l'étude, et en particulier au Dre Ginette Varin pour son apport à l'analyse des résultats.

Programme québécois



**DE DÉPISTAGE
DU CANCER DU SEIN**

LE PQDCS EN RÉSUMÉ

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein est un programme de **dépistage systématique** qui vise les femmes de 50 à 69 ans. Le dépistage se fait à l'aide d'une mammographie passée aux deux ans. Toutes les Estriennes éligibles sont invitées à passer cette mammographie au moyen d'une lettre d'invitation personnalisée acheminée par courrier. Elles peuvent également se prévaloir du service par une ordonnance médicale de leur médecin traitant.

Sans pouvoir adhérer au programme, les femmes de 70 ans et plus ainsi que les femmes de 40 à 49 ans chez qui le médecin reconnaît la pertinence d'un tel examen, peuvent passer une mammographie de dépistage **uniquement au moyen d'une prescription médicale de leur médecin traitant**. Ne pouvant adhérer au programme, elles ne recevront ni les résultats de leur mammographie par courrier, ni de lettre de rappel les invitant à repasser une mammographie de dépistage aux deux ans. Ceci relève uniquement de la responsabilité de leur médecin traitant.

Le programme de dépistage comprend l'ensemble des services liés au dépistage, allant de l'invitation par courrier jusqu'à l'établissement du diagnostic histopathologique, s'il y a lieu.

Les services à la clientèle comprennent notamment :

- l'information sur le programme;
- l'invitation au dépistage par courrier;
- le dépistage par mammographie et son suivi des résultats;
- l'investigation, incluant le diagnostic histopathologique.

Le PQDCS a débuté ses activités en Estrie le 25 mai 1998. La responsabilité du programme relève de la Direction de la santé publique et de l'évaluation (DSPÉ). Le programme repose sur :

- trois Centres de dépistage désignés;
 - Deux centres privés : le Centre radiologique de Sherbrooke et le Centre radiologique de l'Estrie
 - Un centre public : le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) – Hôtel-Dieu
- un Centre de référence pour investigation désigné : le CHUS - Hôtel-Dieu;
- un Centre de coordination des services régionaux PQDCS incluant un médecin responsable clinique et une coordonnatrice administrative.

La performance du programme repose également sur un plan de communication efficace, un système d'information complexe, un programme de formation pour toutes les personnes concernées ainsi qu'un programme d'assurance de la qualité touchant toutes les composantes du PQDCS en Estrie. La présente étude s'inscrit dans cette assurance de la qualité en permettant d'améliorer certains éléments identifiés par les médecins traitants de l'Estrie.

PRINCIPALES CONCLUSIONS ET PISTES D'ORIENTATION

Résultats en bref...

Le PQDCS est cité par les médecins comme un exemple à suivre en matière de dépistage. Les recommandations diffusées, les tests et examens accessibles ainsi qu'un cheminement clinique plus systématique constituent des avantages appréciables pour eux.

Malgré les lacunes identifiées, les médecins interrogés reconnaissent notamment :

- la notoriété et l'importance du programme;
- les bienfaits de la systématisation du dépistage du cancer du sein;
- l'efficacité du système de dépistage et d'investigation mis en place;
- l'accessibilité et la qualité des services de dépistage au sein du programme;
- l'efficacité des mécanismes de recrutement des femmes de 50 à 69 ans;
- l'efficacité du système d'information aux médecins et surtout aux femmes;
- l'apport des plans de communication au recrutement des femmes de 50 à 69 ans en les sensibilisant au cancer du sein et à son dépistage.

Les médecins s'accordent pour affirmer que le Programme québécois de dépistage du cancer du sein a surtout facilité leur pratique quotidienne par l'implantation des mécanismes d'invitation et de rappel systématique aux deux ans.

Cependant, des inquiétudes demeurent chez certains médecins quant à la fiabilité du système de rappel, des patientes n'ayant pas reçu une nouvelle invitation passé le délai de deux ans (situation maintenant corrigée). De plus, plusieurs médecins continuent leur pratique de prescription acquise antérieurement envers les patientes sensibilisées qui consultent *annuellement*.

Parmi les insatisfactions et les irritants, les médecins ont notamment souligné :

- des rapports de résultat de mammographie de dépistage nettement insatisfaisants, tout particulièrement ceux de résultat anormal;
- des lignes de conduite variables par les trois Centres de dépistage désignés (CDD) relativement à la prescription et à l'exécution des examens complémentaires;
- des délais d'attente qui sont actuellement beaucoup trop longs pour obtenir des examens complémentaires au Centre de référence pour investigation désigné (CRID).

L'échographie, par son accessibilité limitée, est une source importante d'irritants pour les médecins et amène même certains d'entre eux à favoriser la réalisation de cet examen dans des centres autres que ceux désignés par le programme.

La plupart des médecins sont favorables à ce que les femmes qui ont un résultat anormal de mammographie de dépistage n'aient pas à obtenir de leur part une prescription et qu'elles soient *automatiquement évaluées* par un radiologiste pour tous types d'examen complémentaires à l'exception des examens « invasifs » (ex. : biopsie au trocart).

PRINCIPALES PISTES D'ORIENTATION RETENUES

Il ressort de l'étude certains éléments sur lesquels il est important d'agir :

- L'amélioration du rapport de résultat de mammographie de dépistage;
- L'adoption par les trois Centres de dépistage désignés d'une même ligne de conduite pour la prescription et l'exécution des examens complémentaires;
- La correction des délais d'attente beaucoup trop longs pour obtenir des examens complémentaires au CRID (CHUS);
- Le renforcement des lignes de conduite par la diffusion, auprès des médecins traitants, d'informations complémentaires relativement à la prescription des mammographies de dépistage et des examens d'investigation, la prise en charge du suivi des femmes, etc.;
- L'intensification des campagnes d'information et de promotion auprès des Estriennes.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES VOLETS	VIII
LISTE DES ANNEXES	VIII
LISTE DES ACRONYMES	IX
INTRODUCTION	1
BUTS ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	2
MÉTHODOLOGIE	3
RÉSULTATS : PERCEPTION DES MÉDECINS RELATIVEMENT AU PQDCS EN ESTRIE.....	4
1. ASPECTS POSITIFS ET FACILITANTS DU PQDCS.....	4
1.1. <i>Lettres envoyées aux femmes</i>	4
1.2. <i>Mode de transmission des résultats aux médecins traitants et délais pour les recevoir</i>	4
1.3. <i>Services de dépistage et d'investigation</i>	5
1.4. <i>Centre de coordination des services régionaux du PQDCS</i>	5
2. FAIBLESSES ET IRRITANTS DE L'ORGANISATION DU PQDCS.....	6
2.1. <i>Âges cibles et intervalle de temps exigé</i>	6
2.2. <i>Lettres envoyées aux femmes</i>	6
2.3. <i>Lettre de résultat</i>	7
2.4. <i>Résultats acheminés aux médecins traitants</i>	7
2.5. <i>Services de dépistage et d'investigation</i>	7
2.6. <i>Centre de coordination des services régionaux du PQDCS</i>	8
2.7. <i>Ressources de soutien et d'accompagnement pour les femmes</i>	8
3. RÉTICENCE DES FEMMES À PASSER UNE MAMMOGRAPHIE	9
4. ADHÉSION DES MÉDECINS AU PQDCS	10
5. PROGRAMME DE COMMUNICATION, D'INFORMATION ET DE FORMATION	11
5.1. <i>Activités de communication et de publicité s'adressant aux femmes</i> :	11
5.2. <i>Besoins de formation au regard du cancer du sein et du PQDCS</i> :	11
PISTES D'ORIENTATION ET RECOMMANDATIONS	13
CONCLUSION.....	15

LISTE DES VOLETS

Volet I – La vision globale du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.....	22
Volet II – La prescription	24
Volet III – Les résultats de la mammographie de dépistage	27
Volet IV – Les services offerts en Estrie.....	29
Volet V – La coordination des services régionaux du PQDCS.....	34
Volet VI – Les bénéfiques pour les femmes et les médecins	36
Volet VII – La formation ainsi que le programme de communication et d’information	40

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : PORTRAIT RÉGIONAL DU CANCER DU SEIN	16
ANNEXE 2 : PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES RÉSULTATS.....	21

LISTE DES ACRONYMES

- CCSR** : Centre de coordination des services régionaux du PQDCS
- CDD** : Centre de dépistage désigné
- CHUS** : Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- CRID** : Centre de référence pour investigation désigné
- PQDCS** : Programme québécois de dépistage du cancer du sein
- RRSSSE** : Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie

INTRODUCTION

Le cancer du sein constitue, par son incidence et ses impacts sur la santé, une priorité de santé publique tant sur le plan provincial que régional. Seconde cause de mortalité par cancer chez la femme, le taux brut de mortalité augmente avec l'âge et atteint chez les Estriennes de 65 ans et plus, 131 décès par 100 000 femmes. Malgré un taux ajusté de mortalité qui semble diminuer, il est observé, de 1986 à 1997, une moyenne de 50 décès par année. En Estrie, le nombre annuel de nouveaux cas de cancer du sein est passé d'une moyenne de 112 pour la période 1986-1988 à une moyenne de 150 en 1994-1996¹ (voir annexe 1). Les facteurs de risque étant difficilement modifiables, le dépistage du cancer du sein, à l'aide de la mammographie et de l'examen clinique des seins, devient essentiel dans la lutte contre ce cancer. Débuté en mai 1998, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) a déjà complété son second cycle d'activités en Estrie. Son objectif premier est de réduire d'au moins 25 % sur 10 ans la mortalité causée par le cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans.

Dans une visée d'assurance de la qualité, la présente **étude qualitative** permet de mieux connaître certaines insatisfactions et faiblesses identifiées par les médecins interrogés relativement au PQDCS en Estrie. Les résultats obtenus rejoignent ceux de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal dans leur « *Enquête sur les opinions des médecins omnipraticiens de la région montréalaise concernant les recommandations sur le dépistage du cancer du sein et de la prostate* » et ceux de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec dans leur « *Étude exploratoire des perceptions des médecins au regard du Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN* ».

Soulignons que s'il est trop tôt pour juger de l'impact du programme sur la mortalité, **l'analyse quantitative** de divers indicateurs du PQDCS démontre globalement la bonne performance du programme régional considérant les taux de participation au dépistage, d'adhésion au programme, de référence et de la rétention de la clientèle. Du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2001, 18 115 Estriennes ont passé au moins une mammographie de dépistage, ce qui représente un taux brut de 57,4 % (objectif : 70 %). Comparativement aux autres régions du Québec, le taux de mammographie de dépistage est parmi le plus élevé autant pour l'ensemble de la région que pour chacune des MRC. De plus, le nombre de cancers détectés appuie l'efficacité du programme avec la détection de 85 cas pour la période allant de janvier 2000 à décembre 2001.

¹ LEVESQUE, G.Y. *Cancer du sein et PQDCS : État de situation*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Sherbrooke Réf. : 4651-18-01.

BUTS ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Le but poursuivi par l'étude de la perception des médecins est d'apprécier les améliorations à apporter au Programme québécois de dépistage du cancer du sein en Estrie.

Il est plus précisément visé de :

- connaître leurs perceptions du programme, des services, des mécanismes de coordination, des mécanismes de suivi ainsi que des activités de communication, d'information et de formation;
- recueillir les commentaires et suggestions des médecins pour permettre :
 - d'augmenter le taux de participation des femmes et des médecins au programme;
 - de favoriser la fidélité des femmes à passer une mammographie de dépistage aux deux ans;
 - de renforcer les activités d'information destinées aux médecins;
 - d'élaborer des activités de formation.

MÉTHODOLOGIE

En raison des préoccupations inhérentes à cette étude et du caractère qualitatif du type d'informations souhaitées, la collecte de l'information a été réalisée au moyen de groupes de discussion semi-dirigée d'une durée moyenne de 60 minutes. Sept rencontres ont été réalisées dans six MRC du territoire de la région 05 entre octobre et décembre 2001. Notons qu'en l'absence de la tenue d'un groupe de discussion dans la MRC du Granit, deux entrevues téléphoniques ont été réalisées. Pour la MRC de la Région-Sherbrookoise², deux rencontres ont été tenues.

L'organisation des groupes de discussion s'est faite avec l'excellente collaboration de médecins représentant leur sous-région ou leur établissement au sein du Département régional de la médecine générale de la Régie régionale de l'Estrie.

L'échantillon obtenu de 44 médecins est composé de 21 femmes et de 23 hommes qui exercent leur pratique médicale dans différents milieux (ex. : clinique privée, hôpital, CLSC). Pour la majorité de ces médecins, les femmes âgées entre 50 et 69 ans représentent une proportion importante de leur clientèle respective. La prescription de mammographie de dépistage et l'examen clinique des seins figurent parmi leurs pratiques médicales régulières.

Les entrevues ont été animées par une consultante externe à la Régie qui a également colligé les données et réalisé une première analyse des résultats. Elles ont été réalisées à partir d'un guide d'entrevue pré-testé auprès de médecins. Le contenu devait permettre d'explorer sept thèmes distincts sous-jacents aux objectifs poursuivis. Les informations recueillies ont été résumées en respectant l'ordre des sept thèmes abordés et avec le souci, comme convenu, de préserver l'identité des participants et participantes. Les données significatives sont classées par catégorie, selon les points de convergences ou de divergences. Les informations recueillies sont présentées en détail à l'annexe 2.

Avis important relativement à la nature qualitative de l'étude

Compte tenu de la nature qualitative et exploratoire de la méthode de groupe de discussion, aucune valeur statistique ne peut être accordée aux différentes considérations émises au sein du présent document. Celles-ci doivent plutôt être abordées sous le seul angle des tendances qu'elles sont susceptibles de cerner et de traduire afin de nourrir la révision des façons de faire en Estrie.

² Depuis janvier 2002, territoire équivalent à une MRC : Ville de Sherbrooke.

RÉSULTATS : PERCEPTION DES MÉDECINS RELATIVEMENT AU PQDCS EN ESTRIE

La présente section vise à présenter les résultats de façon à faire ressortir les forces et faiblesses du programme ainsi que les suggestions et les commentaires des médecins interrogés en regard des plans de communication, de la formation, des stratégies de recrutement, etc.

1. Aspects positifs et facilitateurs du PQDCS

Globalement

La notoriété du PQDCS et de ses services régionaux est bien en place. Le programme et ses modalités semblent bien connus et appréciés par les médecins interrogés. Les recommandations formulées, les tests et examens généralement accessibles et un cheminement clinique plus systématique constituent des attributs importants qui facilitent grandement les pratiques cliniques préventives et le dépistage.

1.1. Lettres envoyées aux femmes

Lettres d'invitation, de relance et de rappel (aux deux ans)

L'ensemble des médecins ayant participé aux groupes de discussion s'accorde pour affirmer que le programme de dépistage du cancer du sein a facilité leur pratique quotidienne, notamment par l'implantation des mécanismes d'invitation et de rappel systématique aux deux ans. De l'avis de plusieurs médecins, la lettre d'invitation est utile de diverses façons. En plus d'être en soi une prescription, cette lettre peut servir de stimulus amenant une femme à consulter pour son examen annuel. Elle peut leur servir également de prétexte pour discuter avec la patiente du cancer du sein et de l'importance de passer une mammographie de dépistage. La lettre d'invitation permet aussi de rejoindre les femmes qui n'ont pas de médecin ou qui consultent rarement. Même si la plupart des médecins ne connaissent pas le contenu de la lettre envoyée à leurs patientes, ils apprécient ce mécanisme qu'ils considèrent important.

Lettre de résultat

L'envoi des lettres de résultat aux femmes, qu'il soit normal ou anormal, est apprécié. L'ensemble des médecins interrogés se disent satisfaits et en accord avec ce processus. Il s'agit là d'une rétroaction rapide et très pertinente pour les femmes. Certains vont jusqu'à mentionner que cet envoi diminue leur charge de travail lorsque les résultats de la mammographie sont normaux n'ayant pas alors à rappeler les femmes. Fait important pour les médecins, il est rare que les femmes reçoivent un résultat anormal de mammographie avant eux.

1.2. Mode de transmission des résultats aux médecins traitants et délais pour les recevoir

Les médecins se disent satisfaits des mécanismes de transmission des résultats de la mammographie de dépistage et des délais pour les recevoir. Toutefois, le format et le type d'information contenu dans le rapport suscitent certaines insatisfactions (voir la section 2.4).

1.3. Services de dépistage et d'investigation

Pour les médecins interrogés, le PQDCS a permis la mise en place d'un système efficace de dépistage et d'investigation. Les services sont de qualité et globalement plus accessibles.

Il ressort des groupes de discussion que les médecins apprécient tout particulièrement l'approche utilisée par les deux CDD privés. Si la patiente a besoin d'exams complémentaires, celle-ci est automatiquement contactée par le centre et un rendez-vous lui est donné (sans la nécessité d'avoir une prescription de son médecin traitant). Aux yeux des médecins interrogés, ceci accélère et allège le cheminement des patientes. De plus, le fait qu'il est fréquent que le même radiologiste procède au dépistage et à l'investigation radiologique complémentaire est perçu comme un avantage supplémentaire.

1.4. Centre de coordination des services régionaux du PQDCS

Quoique peu nombreux, les médecins qui affirment connaître les rôles et fonctions du Centre de coordination des services régionaux (CCSR) du PQDCS se disent satisfaits des services offerts. Pour plusieurs, les demandes provenant du *médecin responsable clinique* de la CCSR sont perçues comme une sécurité supplémentaire dans le suivi des dossiers.

Selon les médecins interrogés, le PQDCS permet :

- de sensibiliser les femmes à la problématique du cancer du sein et à la nécessité de se faire dépister par les campagnes d'information tenues;
- de sensibiliser les femmes à l'importance de passer une mammographie et, conséquemment, d'aider les médecins à convaincre les femmes réticentes;
- de rejoindre les femmes qui n'ont pas ou qui ne consultent pas régulièrement un médecin traitant;
- d'inciter les Estriennes de 50 à 69 ans à passer régulièrement une mammographie de dépistage grâce au rappel systématique aux deux ans;
- d'augmenter l'accessibilité à la mammographie de dépistage;
- d'améliorer le processus de dépistage et d'investigation;
- de réduire les délais pour obtenir les résultats de la mammographie de dépistage;
- de rassurer rapidement les femmes lorsque le résultat est normal.

Il est à noter que, selon les médecins interrogés, 80 % à 90 % des femmes acceptent de passer la mammographie de dépistage lorsqu'elle est prescrite.

2. Faiblesses et irritants de l'organisation du PQDCS

Si, globalement, le PQDCS est apprécié en Estrie, il n'en demeure pas moins que de nombreuses questions sont soulevées et divers irritants sont identifiés au regard de certains principes, d'aspects logistiques et organisationnels, et plus particulièrement de la prise en charge des patientes au moment d'une investigation diagnostique.

2.1. Âges cibles et intervalle de temps exigé

L'intervalle de deux ans pour passer une mammographie de dépistage à l'intérieur du PQDCS ainsi que l'exclusion du programme des femmes de 40 à 49 ans suscitent un questionnement de la part des médecins. Ils ont besoin d'informations sur les justifications invoquées ainsi que sur la possibilité de prescrire plus précocement une mammographie de dépistage selon les risques de la patiente.

2.2. Lettres envoyées aux femmes

Lettre d'invitation, de relance et de rappel (aux deux ans)

Les médecins connaissent l'utilisation de la lettre d'invitation comme moyen de recruter les femmes et comme prescription. Ils reconnaissent son efficacité et sa pertinence. Toutefois, le contenu de celle-ci est inconnu de la plupart des médecins.

Pour plusieurs, les lettres d'invitation, de relance et de rappel envoyées aux femmes ont peu modifié leurs habitudes de prescription de mammographies de dépistage. Seul un petit nombre d'entre eux se fient sur le fait que les femmes reçoivent ces lettres, allant jusqu'à s'abstenir de prescrire cet examen.

Certaines inquiétudes sont soulevées par les médecins quant à la fiabilité du système de rappel, certaines de leurs patientes n'ayant pas reçu une nouvelle invitation passé le délai de deux ans³.

Parmi les raisons invoquées par les médecins interrogés pour continuer à prescrire les mammographies de dépistage aux femmes de 50 à 69 ans, nous retrouvons :

- par souci de s'assurer qu'aucune femme ne soit oubliée;
- par crainte que certaines femmes n'aient pas reçu leur lettre de rappel passé le délai de deux ans;
- pour palier aux ratés de l'invitation, des femmes jettant la lettre ou choisissant de ne pas y donner suite.

³ Situation corrigée au moment de la rédaction du présent rapport.

2.3. Lettre de résultat

La méconnaissance du contenu des lettres envoyées aux femmes cause un problème. Certains médecins interrogés croient que la lettre de résultat est identique au rapport sommaire qu'ils reçoivent, ce qui est alors considéré comme inadéquat.

2.4. Résultats acheminés aux médecins traitants

Le rapport sommaire est l'objet de nombreuses plaintes de l'ensemble des médecins rencontrés. Sa lecture est laborieuse. Le rapport de résultat anormal fait tout particulièrement l'objet d'insatisfactions.

Les principales critiques sont les suivantes :

- Les informations inscrites par les radiologistes dans le rapport ne permettent souvent pas de juger de la gravité de l'anomalie identifiée et de déterminer le suivi à assurer auprès de la patiente. Un rapport dicté du radiologiste est attendu des médecins afin de leur permettre de mieux informer, soutenir et orienter leurs patientes vers les examens appropriés. Les CDD privés donnent ce service. Les médecins aimeraient que les radiologistes du CHUS – Hôtel-Dieu procèdent de la même façon. Il est à souligner que le programme ne favorise pas une telle pratique, les renseignements adéquats devant apparaître à l'intérieur des rapports générés par le système d'information du PQDCS.
- Le format du rapport est peu apprécié, les informations recherchées étant difficiles à trouver. Il y a des problèmes de lisibilité (*c'est écrit trop petit* selon les médecins interrogés) et des difficultés à identifier rapidement les informations pertinentes.
- Certains rapports reçus des CDD privés démontrent qu'il arrive parfois qu'aucune comparaison avec les mammographies antérieures n'a été effectuée (les femmes n'ayant probablement pas apporté les films de leurs examens antérieurs).

2.5. Services de dépistage et d'investigation

Un des problèmes majeurs réside dans le fait que plusieurs médecins disent ne plus savoir s'ils doivent ou non prescrire les examens complémentaires en suivi d'un rapport de résultat anormal de mammographie. L'investigation complémentaire est parfois initiée automatiquement par le radiologiste (CDD privés) et d'autres fois non (CDD-CRID du CHUS⁴). Avec ce suivi inégal, une patiente risque de « tomber entre deux chaises » selon eux. Cette situation peut créer certains malentendus entre les femmes et leur médecin.

La plupart des médecins sont favorables à ce que les femmes soient systématiquement vues par un radiologiste pour les examens complémentaires. Toutefois, certains refusent que des examens considérés « invasifs » (ex. : biopsie au trocart) soient pratiqués sans leur consentement, désirant prescrire eux-mêmes ces examens complémentaires et référer leurs patientes à un spécialiste.

⁴ Situation modifiée depuis la tenue des groupes de discussion.

En fait, pour plusieurs, la solution réside dans la systématisation de l'investigation, pour d'autres dans la mise sur pied d'un centre spécialisé dans la santé du sein à Sherbrooke. Tous exigent d'être étroitement informés du suivi de leurs patientes à chaque étape quel que soit le cheminement utilisé.

Comme autre problème important, il est souligné par plusieurs médecins qu'au CHUS – Hôtel-Dieu, les délais sont trop longs pour une investigation, en particulier pour l'échographie. Les pressions qu'ils doivent faire pour accélérer le processus sont déplorées.

Dans quelques MRC (Le Granit, Memphrémagog, Asbestos et au moment de l'enquête Coaticook), dans une visée d'accessibilité accrue, certains médecins réfèrent leurs patientes aux services locaux (non désignés à l'intérieur du PQDCS) pour l'échographie. Dans la MRC de Memphrémagog, des biopsies et des chirurgies sont mêmes exécutées.

2.6. Centre de coordination des services régionaux du PQDCS

Si la plupart des médecins ne connaissent pas les rôles et fonctions du CCSR, pour eux l'important est que le programme existe et qu'il fonctionne correctement. Pour certains, le rôle du *médecin responsable clinique* est précieux, assurant un suivi sécuritaire. Pour d'autres, ce mécanisme est perçu comme du dédoublement. Certains vont même jusqu'à questionner l'utilité de ce mécanisme sauf s'il s'agit d'un mécanisme de suivi de plainte des patientes.

Très peu de médecins ont dit avoir des demandes d'informations de la part du *médecin responsable clinique*.

2.7. Ressources de soutien et d'accompagnement pour les femmes

Les médecins connaissent peu ou pas les ressources de la région en matière de soutien psychologique aux femmes dans un tel contexte médical.

Plusieurs médecins interrogés mentionnent que les interventions à privilégier sont celles qui permettent aux femmes :

- de recevoir leurs résultats rapidement;
- d'avoir des informations sur la maladie et les traitements possibles;
- d'être rassurées et de pouvoir ventiler leurs émotions.

De l'avis de plusieurs médecins interrogés, la réduction des délais demeure la première solution pour réduire l'anxiété générée par l'attente de diagnostic.

3. Réticence des femmes à passer une mammographie

L'ensemble des médecins interrogés spécifient que de 5 % à 25 % des femmes refusent de passer une mammographie de dépistage, la moyenne se situant autour de 10 %. Certains d'entre eux se sentent dépourvus d'arguments lorsqu'ils n'arrivent pas à convaincre une femme de passer une mammographie de dépistage. Ils aimeraient obtenir de nouveaux éléments de persuasion.

Comme principale raison et plainte invoquées par les femmes, les médecins citent la douleur.

Raisons et plaintes les plus fréquemment citées par les femmes aux médecins :

- la douleur causée par l'examen;
- la croyance que la pression exercée sur le sein ou que le niveau de radiation peut provoquer un cancer;
- une expérience antérieure traumatisante (douleur ou manque de délicatesse du personnel lors de l'examen);
- la perception de ne pas être à risque de développer un cancer du sein;
- la peur qu'un cancer soit découvert;
- l'obtention d'informations invalidant l'efficacité de la mammographie;
- la crainte d'être considérée comme un objet d'étude;
- le refus de subir des traitements;
- les distances à parcourir pour certaines femmes (des localités éloignées).

Selon les médecins interrogés, des stratégies pour sensibiliser les femmes réticentes sont à développer. De plus, même si plusieurs avantages sont identifiés, tout n'est pas au point et certains correctifs devront être apportés.

Plusieurs moyens et activités sont proposés par les médecins consultés pour favoriser la participation des femmes :

- développer une technologie de dépistage moins douloureuse (principale stratégie);
- augmenter le confort des femmes lors des mammographies;
- informer les femmes sur les dangers réels de la mammographie et leur expliquer la raison de la pression exercée sur le sein lors de cet examen;
- ajouter dans les lettres d'invitation et de rappel des statistiques démontrant l'efficacité du programme;
- faire connaître publiquement le nombre de cancers dépistés grâce au programme;
- mettre sur pied des organisations locales de femmes ayant eu des maladies du sein afin qu'elles puissent promouvoir auprès des autres femmes les avantages du dépistage;
- organiser des concours pour promouvoir la participation au programme;
- présenter des kiosques d'information et de sensibilisation à l'entrée des marchés d'alimentation pour rejoindre les femmes visées par le programme;

- organiser une campagne publicitaire nationale, faire des annonces à la télévision ou dans les revues féminines, etc.;
- développer un mécanisme qui permettrait d'identifier les femmes de 50 à 69 ans qui n'ont pas passé de mammographie et de les rejoindre par le biais de leur médecin de famille;
- mettre sur pied une *équipe volante* rendant plus accessible le dépistage du cancer du sein aux femmes des MRC plus éloignées;
- ajouter des plages horaires les fins de semaine pour augmenter l'accessibilité des services;
- adopter *un discours politique* qui encourage les femmes à participer.

4. Adhésion des médecins au PQDCS

Si la notoriété du PQDCS n'est plus à faire auprès d'un grand nombre de médecins, la fidélisation à celui-ci et la connaissance des diverses composantes exigent des efforts supplémentaires, certains correctifs et tout particulièrement des activités d'information et de promotion.

Pour favoriser l'adhésion des médecins au PQDCS, il est suggéré :

- de transmettre les résultats des premières années d'implantation pour démontrer l'efficacité du programme (nombre de femmes rejointes, nombre de cancers découverts, etc.);
- de rappeler régulièrement l'existence du programme par des campagnes annuelles ou des affiches dans les salles d'attente;
- de laisser une certaine latitude de décision aux médecins;
- d'informer les médecins sur les ressources disponibles pour soutenir les femmes en attente d'un diagnostic;
- de poursuivre la diffusion d'outils tels que les carnets de prescriptions qui facilitent le travail des médecins;
- de connaître les rôles et les fonctions du *médecin responsable clinique*;
- de transmettre les commentaires reçus lors de cette étude aux centres de dépistage, surtout au CHUS – Hôtel-Dieu afin que des correctifs puissent être apportés;
- de mettre à la disposition des médecins une liste de chirurgiens avec lesquels ils pourraient communiquer et collaborer aux suivis de leurs patientes;
- d'augmenter l'accessibilité aux examens complémentaires et de réduire les délais pour obtenir les résultats.



5. Programme de communication, d'information et de formation

5.1. Activités de communication et de publicité s'adressant aux femmes :

Les activités de communication et de promotion du programme s'adressant aux femmes de l'Estrie sont peu connues des médecins. Il est suggéré un renforcement des activités et la tenue d'une campagne promotionnelle *provinciale*.

Il est suggéré par les médecins consultés :

- de poursuivre l'utilisation de personnalités significatives pour les femmes afin de les sensibiliser à l'importance du dépistage du cancer du sein;
- d'utiliser les médias de communication populaires auprès des femmes comme les revues *Bel Âge* et *Châtelaine* ainsi que des messages télévisés ou radiophoniques diffusés à des moments stratégiques de la journée;
- de tenir et renforcer les campagnes annuelles de sensibilisation tant pour les femmes que pour les médecins. Les résultats obtenus par le PQDCS en Estrie pourraient être présentés tout en rappelant l'importance de participer au programme.

5.2. Besoins de formation au regard du cancer du sein et du PQDCS :

Très peu de besoins sont exprimés en matière de formation sur le programme, sur ses directives, sur son fonctionnement ou sur ses lignes directrices. Une formation serait jugée pertinente s'il survient des changements majeurs dans le fonctionnement du programme ou dans ses lignes directrices.

Plusieurs sont intéressés à participer à des rencontres sur des sujets controversés telles les recommandations concernant la pratique de l'auto-examen des seins ou la position adoptée par le PQDCS envers les femmes de 40 à 49 ans et celles de 70 ans et plus.

Les médecins interrogés précisent toutefois que les séances d'information offertes au moment de l'implantation du PQDCS en région ont permis de comprendre adéquatement le programme, ses lignes directrices, ses directives et son fonctionnement. Le « *cartable* » initialement offert sur le programme est complet, quoique volumineux. Il est peu consulté par les médecins et nécessiterait une mise à jour.

Concernant la formation médicale continue sur le cancer du sein et son dépistage, les besoins des médecins sont variés et le format idéal de formation ne fait pas non plus l'unanimité. La formule *dîner-conférence* est celle qui reçoit le plus d'adhésion.

Quelques médecins considèrent que ce n'est pas le rôle de la Direction de la santé publique et de l'évaluation d'investir pour éduquer les médecins. D'autres estiment avoir suffisamment d'opportunités de formation annuellement et n'ont aucune attente en terme de formation médicale continue à ce sujet.

Formules suggérées :



- un « dîner-conférence »;
- un « souper-conférence »;
- des articles dans des revues telles que *Médecins du Québec*;
- des informations accessibles sur un site « Web » spécifique au programme;
- un « *real video* »;
- des formations spécifiques d'une journée sur le cancer du sein;
- des ateliers inclus dans une formation générale sur les cancers les plus fréquents;
- des petits documents écrits.

Thèmes suggérés:

- cheminement clinique parcouru par les femmes : du dépistage au traitement (afin d'en informer celles-ci, de les soutenir et de les rassurer s'il y a lieu);
- examens d'investigation : choix et indications;
- interprétation des résultats relatifs à une mammographie ou aux examens complémentaires;
- choix de traitements offerts (tout particulièrement les plus récents) et fondements de ceux-ci.



PISTES D'ORIENTATION ET RECOMMANDATIONS

Les commentaires formulés par les médecins sur les aspects cliniques, organisationnels et communicationnels du PQDCS ont permis d'identifier certaines stratégies à adopter, ainsi que des améliorations à apporter.

En regard du programme régional et de son organisation :

- Le mécanisme de rappel des femmes est à améliorer⁵.
- Une mise au point sur la fréquence de la mammographie de dépistage, ainsi que sur l'âge de la clientèle visée est à faire auprès des médecins.
- Une présentation des modèles de lettres utilisés (d'invitation, de relance, de rappel et de résultat) est à prévoir pour informer les médecins de leur contenu.
- Les rapports sommaires de mammographie de dépistage adressés aux médecins sont à améliorer. L'utilisation de rapport dicté est à clarifier. La différence entre un rapport de mammographie de dépistage et un rapport de mammographie diagnostique est à faire connaître aux médecins traitants.
- Afin de dissiper toute confusion se rapportant au CCSR, il est essentiel :
 - de rappeler les rôles et fonctions de celui-ci;
 - de rappeler les fonctions du *médecin responsable clinique* et en particulier, de préciser son rôle dans le suivi des dossiers (décrire le processus de suivi et en expliquer la raison d'être).

En regard du cheminement clinique des femmes :

- La réduction des délais pour une investigation, en particulier au CHUS – Hôtel-Dieu, est nécessaire. Les délais d'attente pour passer une échographie en CRID doivent être réduits.
- Les pratiques relatives à l'investigation complémentaire doivent être analysées et harmonisées tout en consolidant la continuité et la complémentarité des services offerts par les CDD et le CRID. La systématisation des examens doit être étudiée tout en considérant les impacts organisationnels et cliniques, tout particulièrement sur le suivi des femmes par leurs *médecins traitants*.
- Les mécanismes d'information aux médecins traitants doivent être renforcés tout au long du continuum de services, et ce, en respectant la responsabilité des établissements et des professionnels (tout spécialement des radiologistes) en la matière.
- Un mécanisme de soutien psychologique pour les femmes en attente d'un diagnostic est à développer.

⁵ Correctifs déjà apportés au moment de la rédaction du présent rapport.



En regard des informations à diffuser et des communications :

ENVERS LES FEMMES DE L'ESTRIE

- Les stratégies médiatiques et publicitaires, ainsi que la tenue de campagnes promotionnelles est à renforcer tant au niveau régional que provincial.

ENVERS LES MÉDECINS

- Une argumentation et des stratégies sont à développer pour convaincre les femmes de passer une mammographie de dépistage. La douleur est un élément sur lequel une attention particulière doit être consacrée (informer les femmes par un plan de communication bien ciblé, sensibiliser les technologues, etc.).
- Une mise à jour succincte des principales lignes directrices et de la procédure (sous forme de dépliant ou de feuille plastifiée 8½ x 11, etc.) est nécessaire.
- Une diffusion des résultats obtenus par le PQDCS en Estrie est à réaliser auprès des médecins.
- Une diffusion des résultats de la présente étude est également à réaliser auprès des médecins.

CONCLUSION

Cette étude a permis d'explorer la perception des médecins omnipraticiens de l'Estrie en regard du programme, des services de dépistage et d'investigation, des mécanismes de coordination et de suivi, des activités de communication, d'information et de formation. Des améliorations à apporter ont été identifiées relativement au cheminement clinique des femmes à l'intérieur du PQDCS ainsi qu'à des éléments de communication, d'information et de formation. L'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la complémentarité des services offerts a été soulignée par les médecins consultés, citons : la réduction des délais pour une investigation, l'uniformisation des pratiques au regard de la prescription et de la réalisation des examens complémentaires ainsi que le renforcement des mécanismes d'information aux médecins traitants.

Il s'avère important d'harmoniser les pratiques actuelles tout en assurant une continuité et une complémentarité efficace des CDD et du CRID. Un mécanisme de soutien pour les femmes en attente de diagnostic est à développer. Une mise au point sur les lignes directrices du dépistage du cancer du sein et sur le programme est à faire auprès des médecins. Les stratégies médiatiques et publicitaires, ainsi que la tenue de campagnes promotionnelles sont à renforcer. Il faut de l'information et encore plus d'informations aux femmes et aux médecins.

Soulignons en terminant que le PQDCS est globalement bien apprécié dans la région et qu'il est cité comme un exemple à suivre. Des lignes directrices claires, les tests et examens plus accessibles et une trajectoire clinique plus systématique constituent des attributs importants qui facilitent, malgré les lacunes observées, les pratiques cliniques préventives et le dépistage. Pour les médecins consultés, quoique insuffisante, la présence de campagnes d'information et d'éducation à la population vient sensibiliser les femmes au cancer du sein et à l'importance du dépistage.

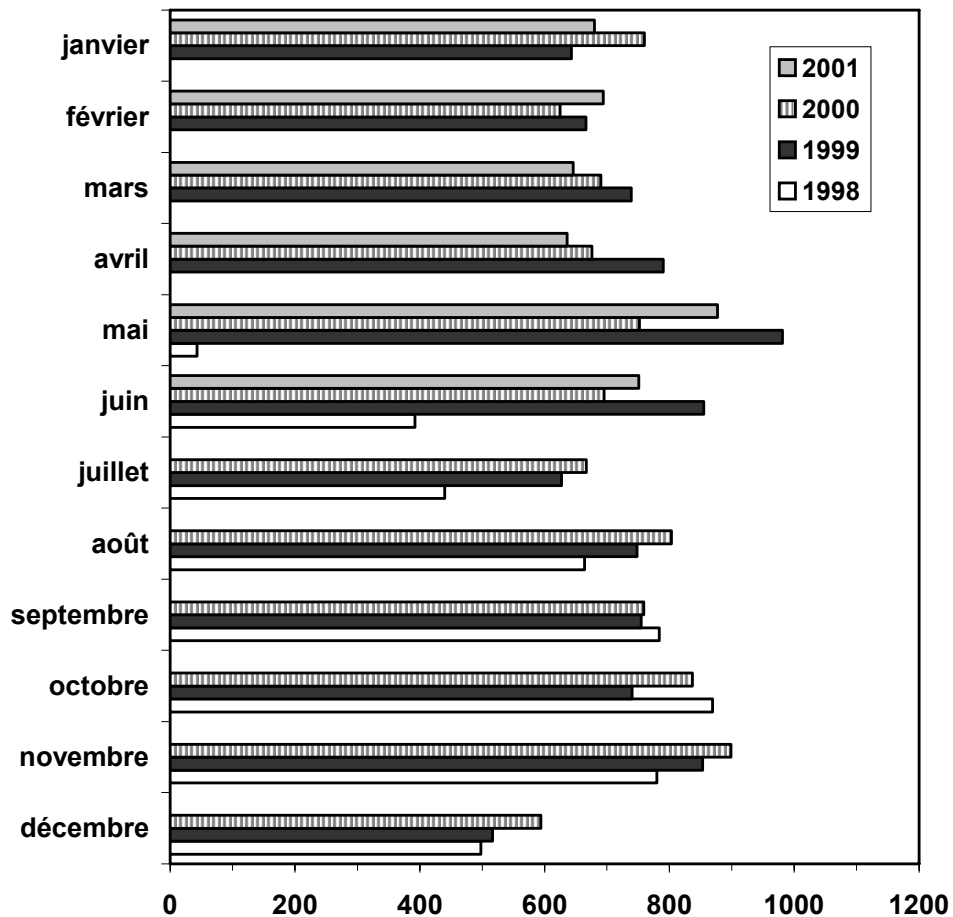
ANNEXE 1 : PORTRAIT RÉGIONAL DU CANCER DU SEIN

- **Mammographie de dépistage et diagnostique**
 - **Médecins prescripteurs de mammographie de dépistage**
-

MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE (PQDCS)

De la fin mai 1998 (début du programme) à juin 2001, 26 425 Estriennes de 50 à 69 ans ont passé une mammographie de dépistage dans le cadre du **PQDCS**. Le nombre annuel est légèrement inférieur à 9 000 (8 914 en 1999 et 8 757 en 2000). Les six premiers mois de 2001 sont semblables aux mois correspondants des années 1999 et 2000. Globalement, le nombre de mammographies de dépistage est assez stable dans le temps (à l'exception des premiers mois du programme).

Tableau I - Nombre de mammographies de dépistage par mois, résidentes de l'Estrie, 50 à 69 ans, 1998-2001



Le taux de participation au dépistage est la proportion de femmes d'un groupe d'âge ayant eu une mammographie de dépistage au cours d'une période donnée (de préférence un cycle complet de deux ans) par rapport à la population admissible (femmes inscrites à la RAMQ).

Pour 1999-2000, premier cycle complet, le taux estrien est de 58,3 % pour l'ensemble des 50-69 ans, l'objectif étant de 70 %. Il n'est que de 51 % pour les 65-69 ans par comparaison à environ 60 % pour les autres groupes quinquennaux.

Tableau II – Taux de participation au dépistage chez les résidentes de l'Estrie, 1999-200, mammographies de dépistage, PQDCS, femmes de 50-69 ans

	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	50-69 ans
Population 1999 (RAMQ) en Estrie	9 937	7 842	6 247	6 094	30 120
Mammographies de dépistage 1999-2000	5 936	4 812	3 693	3 112	17 553
Taux de couverture (%)	59,7	61,4	59,1	51,1	58,3

Le taux de participation au dépistage par MRC s'échelonne de 50 % (MRC du Granit) à 61 % (Ville de Sherbrooke). Ces différences doivent toutefois être interprétées avec une grande prudence compte tenu de l'influence combinée de certains facteurs non contrôlables⁶.

De plus, le choix de la période de vingt-quatre mois est critique. Un simple décalage de six mois (soit l'utilisation de deux périodes ayant dix-huit mois en commun) est suffisant pour modifier de façon importante le taux de participation au dépistage par MRC, l'écart pouvant atteindre 12 %. Le principal facteur explicatif serait le mode d'invitation saisonnier. Pour minimiser le plus possible l'influence de tous ces facteurs, les comparaisons devraient se faire entre deux périodes identiques de vingt-quatre mois (1999-2000 c. 2001-2002 par exemple), en autant que la répartition temporelle des invitations reste sensiblement la même.

⁶ Dans environ 5 % des cas, la MRC où réside la femme n'est pas inscrite au fichier des mammographies et pour un autre 5 %, la MRC n'est pas inscrite à la RAMQ.



MAMMOGRAPHIE (TOUS TYPES)

L'ensemble des mammographies (de type dépistage, diagnostic ou non classé) permet d'obtenir une vue globale du *taux de couverture* (au moins une mammographie au cours d'une période de deux ans) des femmes de l'Estrie et du Québec.

Tableau III – Taux de couverture chez les résidentes de l'Estrie, mammographies de tous types, par groupe d'âge, 1993-1994 à 1998-1999

Groupe d'âge	MAMMOGRAPHIES DE TOUS TYPES - TAUX DE COUVERTURE EN POURCENTAGE					
	1993 et 1994		1996 et 1997		1998 et 1999	
	Estrie	Québec	Estrie	Québec	Estrie	Québec
20 - 29 ans	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
30 - 39 ans	8 %	7 %	6 %	6 %	7 %	6 %
40 - 49 ans	32 %	29 %	32 %	29 %	31 %	28 %
50 - 59 ans	48 %	45 %	57 %	53 %	72 %	64 %
60 - 69 ans	38 %	34 %	48 %	43 %	69 %	57 %
70 ans et +	15 %	13 %	17 %	16 %	22 %	19 %
50 - 69 ans	43 %	40 %	53 %	49 %	71 %	61 %

Le taux estrien pour les femmes de 50-69 ans passe de 43 % en 1993-1994 à 53 % en 1996-1997, une progression de 10 % en trois ans. En 1998-1999, début du programme en Estrie, la progression est encore plus marquée : 18 % en deux ans (de 53 % à 71 %). Le taux de couverture des 60-69 ans augmente plus rapidement que celui des 50-59 ans. En cinq ans (de 1993-1994 à 1998-1999), les valeurs de la progression sont de 31 % (38 % à 69 %) pour les 60-69 ans et de 24 % (48 % à 72 %) pour les 50-59 ans.

Au Québec, la tendance est la même, mais elle est moins accentuée. L'écart Estrie – Québec passe de 3 % en 1993-1994 à 10 % en 1998-1999 chez les 50-69 ans.

L'Estrie est la seule région à atteindre le niveau de 70 % de couverture (tous types de mammographies confondus) pour les femmes de 50 à 69 ans.

Pour les autres groupes d'âge, la situation est différente. Le taux de couverture demeure stable chez les 49 ans et moins, mais augmente chez les 70 ans et plus. Cette dernière hausse est de 6 % à 7 % en cinq ans, tant en Estrie qu'au Québec.

L'examen du taux de couverture par MRC met en évidence le peu d'écart par rapport à la région. Le taux minimum est observé dans la MRC du Haut-Saint-François (65 % pour les 50-69 ans), alors que le maximum est rapporté dans la Ville de Sherbrooke (73 %).

MÉDECIN RESPONSABLE (PQDCS)

Un très grand nombre de médecins agit comme « médecin responsable » dans le cadre du PQDCS. Pour la période juillet 1999 – juin 2001, le nom de 768 médecins est mentionné pour les résidentes de l'Estrie âgées de 50 à 69 ans. La plupart de ces médecins n'ont toutefois qu'un seul dossier (348 sur 768 = 45 %) ou un nombre restreint de 2 à 5 dossiers (125 sur 768 = 16 %).

Tableau IV - Nombre de médecins selon le nombre de mammographies de dépistage où ils sont impliqués, par MRC de pratique et pour l'Estrie 1999-2001

PQDCS - juillet 1999 à juin 2001				nombre de médecins par MRC de pratique								
Catégorie (nombre de dépistages)	Nombre de médecin (total)	%	cumulatif								Hors-région	indéterminé
				Le Granit	Asbestos	Le Haut-Saint-François	Le Val-Saint-François	Coaticook	Memphrémagog	La Région-Sherbrookoise		
100 à 241	59	49,6	49,6	3	3	2	2	3	9	37	0	0
50 à 99	61	25,2	74,8	2	2	7	7	2	9	31	1	0
25 à 49	66	13,3	88,1	4	4	5	6	0	5	39	1	2
12 à 24	54	5,2	93,3	3	0	1	1	4	5	21	4	15
6 à 11	55	2,6	95,9									
2 à 5	125	2,1	98,0									
1	348	2,0	100,0									
Toutes	768	100,0		12	9	15	16	9	28	128	6	17

Notes : Résidentes de l'Estrie, 50 à 69 ans; 1er juillet 1999 au 30 juin 2001.
17 281 dépistages dont 39 cas sans médecin responsable identifié.

Il est à souligner que la moitié des mammographies sont rattachées à seulement 59 médecins responsables, dont 37 dans la Ville de Sherbrooke. Vingt-cinq pour-cent des mammographies concernent 61 autres médecins, dont 31 dans la Ville de Sherbrooke. Donc, les trois quarts des femmes ayant subi une mammographie n'ont impliqué que 120 médecins sur une période de deux ans.

Le nombre de médecins responsables ayant au moins douze cas au cours d'une période de 24 mois varie de neuf à seize par MRC, à l'exception de deux MRC où le nombre est beaucoup plus élevé (28 au Memphrémagog et 128 dans la Ville de Sherbrooke).

ANNEXE 2 : PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES RÉSULTATS

Volet I – La vision globale du Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Thématique	Élément facilitant	Élément à améliorer ou insatisfaction	Suggestion ou attente des médecins
<p>Impacts du programme sur la pratique des médecins :</p> <p>Le programme a surtout facilité la pratique des médecins par l'implantation des mécanismes d'invitation, de relance et de rappel systématique aux deux ans. L'envoi des résultats aux femmes est apprécié et rassure plus rapidement les femmes (quand le résultat est normal).</p> <p>Malgré les mécanismes mis en place, les médecins s'assurent que les femmes ont répondu à la lettre d'invitation. Ils doivent dans certains cas insister auprès de celles-ci et prescrire à nouveau une mammographie de dépistage.</p> <p>Certains médecins doutent de la fiabilité du système de rappel. De plus, certaines femmes semblent ne pas comprendre la complémentarité des moyens utilisés pour favoriser une plus grande participation de leur part au programme de dépistage (la lettre d'invitation suscitant parfois de la confusion).</p>	<p>Comme éléments facilitants, le PQDCS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sensibilise davantage les femmes à l'importance de passer une mammographie de dépistage et aide conséquemment les médecins à convaincre les femmes réticentes; ▪ permet de rejoindre les femmes qui ne consultent pas régulièrement leur médecin ou qui en ont pas un; ▪ réduit les délais pour obtenir les résultats de la mammographie de dépistage; ▪ facilite et assure globalement le rappel systématique aux deux ans; ▪ augmente l'accessibilité à la mammographie et améliore le processus de dépistage; ▪ rassure rapidement les femmes lorsque le résultat est normal et permet alors pour certains médecins de ne pas faire de suivis téléphoniques. 	<p>Les éléments à améliorer et les insatisfactions sont à l'effet que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ le résultat normal semble induire la croyance chez les femmes que la mammographie est le seul moyen efficace pour dépister un cancer du sein et qu'ainsi l'examen clinique n'est plus nécessaire; ▪ certaines femmes ne donnent pas suite à la lettre obligeant les médecins à vérifier et à prescrire une mammographie de dépistage; ▪ certaines femmes n'ont pas reçu une nouvelle invitation passé le délai de deux ans, ce qui engendre des doutes sur la fiabilité du système de rappel; ▪ le programme a provoqué un peu de confusion chez les femmes, tout particulièrement à ses débuts, qui le percevaient comme un dédoublement puisque leur médecin leur prescrivait régulièrement une mammographie de dépistage. Maintenant, cette situation serait maintenant corrigée. 	<p>Voir le volet VI pour des suggestions</p>

Thématique	Élément facilitant	Élément à améliorer ou insatisfaction	Suggestion ou attente des médecins
<p>Impacts du programme sur la pratique des médecins :</p> <p>Plusieurs médecins avaient pour habitude de prescrire annuellement des mammographies de dépistage à toutes leurs patientes âgées de plus de quarante ans ou à toutes celles qui en faisaient la demande.</p> <p>Pour certains d'entre eux, la venue du programme a modifié la fréquence du dépistage en passant d'annuelle à bi-annuelle pour leurs patientes de 50 à 69 ans et en restreignant la prescription aux autres femmes jugées à risque uniquement (selon les facteurs de risque reconnus par le PQDCS).</p> <p>Malgré le programme mis en place, plusieurs médecins continuent de prescrire annuellement des mammographies de dépistage à leurs patientes à partir de quarante ans ou selon les habitudes qu'ils ont développées (voir Volet II).</p>		<p>Plusieurs médecins ont accepté de recevoir les résultats de femmes qui n'ont pas de médecin de famille. Parmi ceux-ci, certains ont de l'inquiétude à l'égard de la procédure de transmission des résultats anormaux de la mammographie de dépistage. Compte tenu qu'ils ne connaissent pas ces femmes, cela complique quelque peu leur suivi.</p>	<p>Tous ne sont pas convaincus du bien-fondé de faire des mammographies aux deux ans et d'exclure les femmes de 40 à 49 ans du programme. Ces médecins aimeraient que ces choix leur soient expliqués.</p>



Volet II – La prescription

Thématique	Élément facilitant	Élément négatif ou à améliorer	Suggestion ou attente des médecins
<p>Fréquence et nature des mammographies :</p> <p>La prescription de mammographie figure parmi les pratiques préventives de la plupart des médecins rencontrés.</p> <p>Certains se fient sur le fait que les femmes reçoivent la lettre d'invitation et prescrivent peu de mammographies de dépistage.</p> <p>Lors de la prescription, les médecins spécifient la nature de la prescription. Dans une forte proportion, il s'agit de mammographie de dépistage (les autres étant de diagnostic).</p>	<p>De 80 % à 90 % des femmes acceptent de passer une mammographie de dépistage lorsqu'elle est suggérée par leur médecin.</p>	<p>De 5 % à 25 % des femmes qui consultent pour leur « examen annuel » refusent de passer une mammographie de dépistage et invoquent les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la douleur causée par l'examen; ▪ la crainte que la pression exercée sur le sein puisse causer des dommages; ▪ la croyance que le niveau de radiation puisse provoquer un cancer; ▪ une expérience antérieure traumatisante (douleur ou manque de délicatesse du personnel); ▪ la non reconnaissance du risque de développer un cancer du sein; ▪ la peur qu'un cancer soit découvert; ▪ l'obtention d'informations invalidant l'efficacité de la mammographie; ▪ la peur d'être considérées comme un objet d'étude; ▪ le refus de subir des traitements; ▪ la distance à parcourir pour passer une mammographie. 	<p>Voir le volet VI pour les suggestions.</p>

Thématique	Raison pour appliquer les recommandations	Raison invoquée pour continuer à prescrire des mammographies de dépistage	Suggestion ou attente des médecins
<p>Capacité d'appliquer les recommandations</p> <p>Les opinions sont partagées concernant les recommandations du programme. Certains médecins appliquent ces recommandations à l'ensemble de leur clientèle, d'autres continuent de prescrire des mammographies de dépistage sans en tenir compte.</p>	<p>Certains médecins sont entièrement d'accord avec les recommandations du programme concernant la prescription de la mammographie de dépistage aux deux ans pour les femmes de 50 à 69 ans (surtout pour les femmes ne présentant pas d'autres facteurs de risque que l'âge).</p> <p>Certains médecins jugent les mécanismes mis en place efficaces afin d'assurer que toutes les femmes de 50 à 69 ans du programme aient une mammographie de dépistage aux deux ans.</p>	<p>Parmi les raisons invoquées pour continuer à prescrire, nous retrouvons :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ par souci qu'aucune femme ne soit oubliée, ni initialement, ni aux deux ans; ▪ pour insister auprès des femmes qui ne répondent pas à l'invitation; ▪ pour prescrire une mammographie de dépistage aux femmes de 40 à 49 ans dont l'examen clinique est difficile ou qui le demandent tout simplement (même si elles ne présentent aucun facteur de risque); ▪ pour prescrire une mammographie de dépistage aux femmes qui ne veulent pas faire parti du programme et qui demande une prescription personnelle. 	<p>Certains médecins espèrent que les femmes de 40 à 49 ans pourront être incluses dans le dépistage systématique et faire ainsi parti du programme.</p>



Thématique	Élément facilitant	Élément à améliorer ou difficulté identifiée	Suggestion ou attente des médecins
<p>Lettre d'invitation envoyée aux femmes</p> <p>La lettre envoyée aux femmes pour les inviter à participer au programme a très peu modifié les habitudes de prescription des médecins.</p> <p>Si la lettre d'invitation constituait une source de confusion pour les femmes au début du programme, ce n'est plus le cas actuellement.</p> <p>Certaines femmes ont le réflexe de consulter leurs médecins lorsqu'elles reçoivent la lettre dans le but de les en informer.</p> <p>Toutefois, peu de femmes demandent à leur médecin leur avis suite à la réception de la lettre.</p>	<p>Élément facilitant</p> <p>La lettre d'invitation du PQDCS agit parfois auprès des femmes comme un incitatif à prendre rendez-vous chez leur médecin pour leur « examen annuel ». Elle peut également inciter certaines femmes qui consultent peu ou pas un médecin à le faire.</p> <p>La lettre d'invitation ne soulève pas d'inquiétude chez les femmes. Occasionnellement, certaines valident auprès de leur médecin la pertinence de s'inscrire au PQDCS.</p> <p>La lettre sert de prétexte au médecin pour discuter avec sa patiente de l'importance de passer une mammographie de dépistage. Elle permet de faire ressortir les craintes associées à cet examen.</p>	<p>Élément à améliorer ou difficulté identifiée</p>	<p>Suggestion ou attente des médecins</p> <p>Voir le volet VI pour les suggestions.</p>



Volet III – Les résultats de la mammographie de dépistage

Thématique	Élément positif	Élément à améliorer ou insatisfaction	Suggestion ou attente des médecins
Mode de transmission et délais pour recevoir les résultats :			
MÉDECINS : Les médecins se disent globalement satisfaits de la façon avec laquelle sont transmis les résultats des mammographies de dépistage et des délais pour les recevoir. Le type de rapport suscite toutefois certaines insatisfactions.			Les rapports de résultat anormal étant acheminés rapidement par télécopieur, il est mentionné par certains médecins qu'il serait très apprécié de recevoir la copie officielle de ce rapport par courrier, compte tenu que les télécopies s'altèrent avec le temps. (Cette copie est dans les faits envoyée aux médecins).
FEMMES : Les médecins savent que les femmes reçoivent les résultats par la poste, mais ils ignorent le contenu de la lettre. Certains croient qu'elles ont le même rapport qu'eux, ce qu'ils jugent inadéquat. Ils soulignent que même si le résultat de leur mammographie est normal, certaines femmes ont quand même besoin d'être rassurées par eux.	L'envoi des résultats aux patientes est considéré comme un mécanisme important pour éviter qu'une femme ne soit oubliée. Règle générale, les médecins reçoivent les résultats avant leurs patientes. Certains médecins apprécient ce mécanisme parce qu'il diminue, entre autres, leur charge de travail n'ayant pas à rappeler leurs patientes dans le cas de résultats normaux.	En de rares occasions, des femmes ont reçu un résultat anormal de mammographie avant leur médecin, générant beaucoup d'anxiété chez ces dernières.	Les médecins manifestent de l'intérêt pour connaître le contenu de la lettre de résultat.

Thématique	Élément positif	Élément à améliorer ou insatisfaction	Suggestion ou attente des médecins
<p>Informations contenues dans le rapport</p> <p>Les informations contenues dans le rapport et la façon dont elles sont présentées ne permettent pas de juger de la gravité de l'anomalie identifiée et de déterminer le suivi à assurer auprès de la patiente.</p>	<p>Informations contenues dans le rapport sommaire envoyé aux médecins :</p> <p>Les informations contenues dans le rapport soulèvent beaucoup d'insatisfactions et sont adressées plus particulièrement au CHUS - Hôtel-Dieu. Il est mentionné :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ le manque de clarté; ▪ la carence d'informations; ▪ le manque de précision. <p>Les médecins soulignent également la difficulté d'obtenir la collaboration des radiologistes du CHUS - Hôtel-Dieu pour avoir des éclaircissements sur les anomalies identifiées.</p> <p>Les médecins s'accordent à dire que le format du rapport est inadéquat et que les informations recherchées sont difficiles à trouver.</p> <p>De plus, la lecture de certains rapports porte quelques médecins à penser qu'il n'y a pas toujours de comparaison des clichés radiologiques de la mammographie passée avec celles réalisées antérieurement.</p>	<p>Un rapport détaillé du radiologiste est attendu des médecins. En effet, des informations plus complètes, claires et précises permettraient aux médecins de mieux informer, soutenir et orienter leurs patientes vers les examens appropriés.</p> <p>Il est suggéré d'améliorer le format du rapport sommaire en le simplifiant et en l'uniformisant au niveau de sa structure. Un formulaire pour les mammographies de dépistage et un autre pour les mammographies diagnostiques comprenant la description claire du suivi à réaliser auprès de la patiente est également suggéré.</p>	

Volet IV – Les services offerts en Estrie

Thématique	Élément positif	Élément à améliorer ou insatisfaction	Suggestion ou attente des médecins
<p>Services de dépistage et d'investigation :</p> <p>Les femmes sont davantage satisfaites des services reçus dans les cliniques privées qu'au CHUS – Hôtel-Dieu.</p> <p>Dans certaines MRC, les médecins réfèrent leurs patientes aux services locaux pour les examens complémentaires et parfois font appel à leurs propres réseaux de spécialistes pour les traitements appropriés.</p>	<p>Les services de mammographies de dépistage offerts sont de qualité et globalement accessibles.</p> <p>Pour plusieurs médecins, les services offerts <i>dans les cliniques privées</i> en matière de dépistage sont très appréciés pour leur qualité et leur rapidité. De plus, si la patiente a besoin d'exams complémentaires, ceux-ci sont automatiquement prévus. Il arrive souvent que ce soit le même radiologiste qui réalise la mammographie de dépistage et les examens radiologiques complémentaires. Ceci est considéré par plusieurs comme un avantage appréciable.</p>	<p>Au CHUS – Hôtel-Dieu, les délais sont plus longs pour un rendez-vous pour une mammographie de dépistage et surtout pour des examens complémentaires, tout particulièrement pour une échographie.</p> <p>L'accès aux services d'échographie est variable selon les situations (ex. : les délais sont plus longs dans le centre public CHUS – Hôtel-Dieu que dans les deux centres privés. Toutefois, l'échographie réalisée dans ceux-ci doit être payée par les femmes elles-mêmes.</p> <p>Des médecins ont souligné que certains chirurgiens doutaient de la qualité ou de la précision des mammographies réalisées dans les centres privés.</p> <p>Quelques médecins ne réfèrent pas leurs patientes dans les centres privés pour les examens complémentaires, même si les délais sont plus longs au CHUS–Hôtel-Dieu, pour leur éviter de défrayer les coûts de l'examen.</p>	

Thématique	Élément positif	Élément à améliorer ou insatisfaction	Suggestion ou attente des médecins
Services de dépistage et d'investigation :		<p>Pour accélérer le processus, plusieurs médecins insistent eux-mêmes auprès des radiologistes pour obtenir un rendez-vous dans de meilleurs délais pour leurs patientes.</p> <p>Plusieurs médecins utilisent, pour les examens complémentaires, les services disponibles dans leur propre MRC qu'ils considèrent adéquats et plus accessibles pour leurs patientes. Dans cette situation, le seul problème réside dans le cas où une anomalie serait découverte. Il faut faire venir la radiographie, occasionnant du travail et des délais supplémentaires. Pour certains médecins, ces habitudes tendent à changer, référant maintenant leurs patientes au CHUS – Hôtel-Dieu, malgré les délais jugés trop longs pour les rendez-vous.</p> <p>Des médecins rapportent que certains chirurgiens préfèrent réaliser eux-mêmes les biopsies, ce qui crée parfois une relation difficile entre les radiologiste et ces derniers.</p>	



Thématique	Élément positif	Élément à améliorer ou insatisfaction	Suggestion ou attente des médecins
<p>Mécanismes de rétroaction :</p> <p>Les délais pour recevoir les résultats des examens complémentaires sont acceptables lorsqu'ils proviennent des cliniques privées, mais soulèvent beaucoup d'insatisfactions lorsqu'ils proviennent du CHUS – Hôtel-Dieu.</p> <p>Le suivi auprès des patientes est inégal selon que la patiente est référée dans un centre privé ou au CHUS – Hôtel-Dieu.</p>	<p>Dans les cliniques privées, les résultats sont communiqués dans des délais acceptables. De plus, les examens complémentaires sont parfois prévus automatiquement avec la patiente, réduisant ainsi les délais d'attente pour ces examens.</p>	<p>Les délais pour obtenir les résultats des examens complémentaires sont considérés trop longs au CHUS – Hôtel-Dieu.</p> <p>Certains rapports n'auraient pas été acheminés aux médecins.</p> <p>Le suivi offert aux patientes est inégal. Parfois les examens complémentaires sont automatiquement prescrits, mais d'autres fois non, ce qui crée de l'incertitude et de l'ambiguïté quant aux procédures.</p> <p>Au CHUS – Hôtel-Dieu, la marche à suivre dans les situations où la mammographie de dépistage est anormale n'est pas claire, ni régulière. De plus, une perte de temps importante est déplorée entre le temps où une anomalie est dépistée et la réalisation des examens complémentaires.</p> <p>Parfois, les femmes des localités éloignées de Sherbrooke sont rappelées pour des examens complémentaires, exigeant alors d'autres déplacements deux ou trois jours après avoir passé leur mammographie de dépistage.</p>	<p>Des efforts devraient être mis sur la réduction des délais et un meilleur accès aux examens complémentaires.</p> <p>Les médecins souhaitent être informés des interventions réalisées auprès de leurs patientes. Ils demandent à recevoir le rapport final afin d'assurer un suivi auprès de leurs patientes et de les soutenir.</p> <p>Un processus régulier et clair concernant le suivi à assurer lorsqu'un résultat est anormal serait très apprécié par les médecins.</p>



Thématique	Opinion favorable	Opinion non favorable	Suggestion ou attente des médecins
<p>Suivi systématique réalisé par le radiologiste auprès des femmes dont le résultat de la mammographie de dépistage est anormal :</p> <p>Les opinions des médecins sont partagées à l'effet qu'un suivi systématique soit réalisé auprès des femmes par le radiologiste dans les situations où le résultat de la mammographie de dépistage est anormal.</p>	<p>Plusieurs médecins autoriseraient que les femmes qui ont un résultat anormal de mammographie passent automatiquement des examens complémentaires incluant l'échographie. Ils ont confiance en l'expertise du radiologiste et cette façon de procéder permettrait de réduire les délais ainsi que l'anxiété des femmes associée à l'attente des résultats.</p> <p>Une réserve est toutefois mise pour les examens plus « invasifs » comme une biopsie. D'une part, parce que les médecins croient que leurs patientes ont besoin d'être davantage informées et rassurées et d'autre part, parce que la femme a toujours le droit de choisir le spécialiste qui la traitera.</p>	<p>Certains préfèrent prescrire eux-mêmes les examens complémentaires, même s'ils savent que cela augmente les délais, d'autres veulent référer personnellement leurs patientes au radiologiste ou au chirurgien afin de participer au suivi.</p>	<p>Dans certaines situations, il est préférable de vérifier si la femme est prête à passer les examens et de la référer au besoin à son médecin.</p> <p>Dans toutes les situations, les médecins veulent être informés des démarches entreprises avec leurs patientes et être impliqués dans le traitement le cas échéant.</p> <p>Pour plusieurs, la solution réside dans l'intégration des services, pour d'autres, dans la mise sur pied d'un centre de santé du sein à Sherbrooke.</p>



Thématique	Besoin des femmes	Connaissance des ressources par les médecins	Suggestion ou attente des médecins
<p>Ressources de soutien et d'accompagnement pour les femmes :</p> <p>Les réactions des femmes sont différentes d'une à l'autre.</p> <p>Des médecins interrogés croient que c'est le médecin ou l'entourage qui est le mieux placé pour soutenir les femmes en attente d'un diagnostic. D'autres sont d'avis que des services spécifiques sont nécessaires dans ces situations.</p>	<p>Les femmes ont besoin d'avoir les résultats rapidement, d'avoir des informations sur la maladie et sur les traitements possibles, d'être rassurées et ventiler leurs émotions.</p>	<p>Les médecins connaissent peu ou pas les ressources disponibles dans le milieu pour soutenir les femmes en attente de diagnostic.</p>	<p>La diminution des délais demeure la meilleure solution pour réduire l'anxiété générée par l'attente de diagnostic.</p> <p>La mise sur pied d'une ligne téléphonique est suggérée pour offrir du soutien aux femmes.</p> <p>Un dépliant informatif sur la maladie et les traitements possibles pourrait être développé et distribué aux femmes vivant ces situations.</p> <p>La mise sur pied d'un centre où référer les femmes est aussi proposée.</p>



Volet V – La coordination des services régionaux du PQDCS

Thématique	Élément positif	Élément à améliorer, questionnement ou insatisfactions	Suggestion ou attente des médecins
<p>Rôles et fonctions de la coordination des services régionaux et du médecin responsable clinique :</p> <p>Seul un petit nombre de médecins affirment connaître les rôles et fonctions du CCSR et ceux du <i>médecin responsable clinique</i>. Pour l'ensemble des médecins, l'important est que le programme existe et qu'il fonctionne correctement.</p>	<p>Les médecins affirmant connaître les rôles et fonctions du CCSR et ceux du <i>médecin responsable clinique</i> se disent satisfaits des services offerts.</p>	<p>Plusieurs médecins ne connaissent pas les rôles et fonctions du CCSR et se sentent peu concernés par ceux-ci.</p> <p>La valeur de la signature du médecin au bas des lettres d'invitation envoyées aux femmes est mise en doute (inconnu des femmes).</p>	



Thématique	Élément positif	Élément à améliorer ou insatisfactions	Suggestion ou attente des médecins
<p>Demandes du médecin responsable</p> <p>Très peu ont reçu des demandes d'informations de la part du <i>médecin responsable clinique</i> du CCSR et, devant cette éventualité, les perceptions sont partagées. Pour certains, il s'agit d'un suivi sécuritaire pour les femmes, pour d'autres, il s'agit de dédoublement.</p> <p>Plusieurs ne comprennent pas le fonctionnement de ce mécanisme.</p>	<p>Pour plusieurs, les demandes de renseignements provenant du <i>médecin responsable clinique</i> sont perçues comme un mécanisme important et sécuritaire de suivi de dossiers réalisé en complémentarité avec les médecins.</p>	<p>Ils ont une très vague idée des rôles et fonctions du <i>médecin responsable clinique</i> et ont plusieurs questionnements à ce sujet.</p> <p>D'autres questionnent l'utilité de ce mécanisme et considèrent que c'est une perte de temps à moins qu'il s'agisse d'un suivi de plainte.</p> <p>Certains médecins considèrent que les demandes d'informations du médecin responsable clinique sont une forme de dédoublement des tâches et occasionnent du travail supplémentaire pour les médecins qui ont à y répondre.</p>	<p>Il est suggéré de développer un moyen systématique et moins exigeant pour les médecins traitants de confirmer que les suivis ont été faits auprès des patientes (ex. : un formulaire se remplissant rapidement).</p>



Volet VI – Les bénéfices pour les femmes et les médecins

Thématique	Bénéfice identifié	Insatisfaction ou inquiétude des médecins	Stratégie proposée par les médecins pour favoriser la participation des femmes
<p>Bénéfices pour les femmes et stratégies pour favoriser leur participation au programme :</p> <p>La plupart des médecins encouragent fortement leurs patientes à participer aux programmes en insistant sur les avantages pour elles du rappel automatique aux deux ans.</p> <p>Cependant, plusieurs soulignent que c'est la clientèle qui est « convaincue » qui se retrouve dans leur bureau. Ils n'ont pas vraiment à vendre l'idée à ces femmes de passer une mammographie de dépistage. Des stratégies pour sensibiliser les femmes qui ne consultent pas régulièrement ou qui sont réticentes à passer une mammographie sont à développer.</p> <p>Même si les médecins reconnaissent plusieurs avantages pour les femmes à participer au PQDCS, ces derniers considèrent que tout n'est pas au point et certains correctifs devront être apportés.</p>	<p>Parmi les bénéfices identifiés par les médecins pour les femmes qui participent au PQDCS, sont retrouvés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ rappel systématique aux deux ans; ▪ le dépistage plus rapide du cancer du sein; ▪ une amélioration de la durée et de la qualité de vie; ▪ le recrutement auprès des femmes qui ne consultent pas régulièrement un médecin; ▪ l'accessibilité, pour les femmes qui n'ont pas de médecin de famille, à un médecin (choisi sur une liste de la CCSR) qui suivra ses résultats; ▪ une diminution des délais pour obtenir les résultats; ▪ un incitatif pour les femmes à s'occuper de leur santé; ▪ un moyen de sensibiliser et d'informer les femmes sur l'importance de passer une mammographie de dépistage. 	<p>Le rappel systématique aux deux ans n'est pas au point, plusieurs femmes n'ayant pas reçu leur nouvelle invitation. (Problème corrigé au moment de la rédaction de ce document).</p> <p>Les délais pour les examens complémentaires et pour la transmission des résultats sont trop longs.</p> <p>Plusieurs médecins demeurent convaincus que le rappel devrait être annuel et qu'il n'est pas justifié de le faire aux deux ans.</p>	<p>Parmi les stratégies proposées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ développer une technologie de dépistage moins douloureuse (principale stratégie); ▪ augmenter le confort des femmes lors des mammographies et promouvoir des moyens pour réduire la douleur; ▪ informer les femmes sur les dangers réels de la mammographie et leur expliquer la raison de la pression exercée sur le sein lors de cet examen; ▪ ajouter dans les lettres d'invitation et de rappel des statistiques démontrant l'efficacité du programme; ▪ faire connaître publiquement les statistiques sur le nombre de cancers dépistés grâce au programme; ▪ mettre sur pied des organisations locales de femmes ayant vécu des maladies du sein pour promouvoir auprès des autres les avantages du dépistage; ▪ organiser un concours pour celles qui acceptent de participer au programme;



Thématique	Bénéfice identifié	Insatisfaction ou inquiétude des médecins	Stratégie proposée par les médecins pour favoriser la participation des femmes
Bénéfices pour les femmes et stratégies pour favoriser leur participation au programme : (suite)			<ul style="list-style-type: none"> ▪ présenter des kiosques d'information et de sensibilisation à l'entrée des marchés d'alimentation pour rejoindre les femmes qui ne consultent pas de médecins; ▪ organiser une campagne de publicité nationale, faire des annonces à la télévision ou dans les revues féminines; ▪ rassurer les femmes; ▪ développer un mécanisme qui permettrait de découvrir quelles femmes n'ont pas passé de mammographie et de les rejoindre par le biais de leur médecin de famille pour les amener à participer au programme; ▪ mettre sur pied une équipe volante pour les régions en périphérie de Sherbrooke. ▪ ajouter des plages horaires les fins de semaine pour les femmes des MRC éloignées; ▪ adopter un discours <i>politique</i> qui encourage les femmes à participer.



Thématique	Bénéfice identifié	Insatisfaction ou inquiétude des médecins	Stratégie proposée pour favoriser l'adhésion des médecins
<p>Bénéfices pour les médecins et stratégies pour favoriser leur adhésion au programme :</p> <p>Le PQDCS facilite le travail des médecins et les soutient dans leur pratique.</p>	<p>Les médecins qui adhèrent au PQDCS reconnaissent en retirer les bénéfices suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ les rapports de mammographie et d'exams complémentaires dans de meilleurs délais; ▪ une aide à ne pas oublier la mammographie de dépistage pour les femmes ciblées par le programme; ▪ une diminution de leur charge de travail (exemple cité : ils n'ont pas à rappeler les femmes qui ont eu un résultat normal); ▪ l'encadrement offert aux femmes et le rappel systématique aux deux ans; ▪ la sensibilisation des femmes au cancer du sein et à l'importance de son dépistage, ce qui permet aux médecins de convaincre plus facilement celles réticentes à passer une mammographie; ▪ la confiance des patientes envers le suivi assuré à l'intérieur du programme. 		<p>Pour favoriser l'adhésion des médecins au PQDCS, il est suggéré de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ leur transmettre les résultats des deux premières années d'implantation pour démontrer s'il y a eu une réduction de la mortalité associée au cancer du sein. Mentionner le nombre de cancers découverts; ▪ mettre à leur disposition une liste de chirurgiens avec qui ils pourraient communiquer et collaborer aux suivis de leurs patientes; ▪ augmenter l'accessibilité aux examens complémentaires et réduire les délais pour obtenir les résultats; ▪ rappeler régulièrement l'existence du programme par des campagnes annuelles ou des affiches dans les salles d'attente; ▪ réaliser des enquêtes auprès d'eux et diffuser les résultats obtenus; ▪ leur laisser une certaine latitude de décision;



Thématique	Bénéfice identifié	Insatisfaction ou inquiétude des médecins	Stratégie proposée pour favoriser l'adhésion des médecins
Bénéfices pour les médecins et stratégies pour favoriser leur adhésion au programme : (suite)			<ul style="list-style-type: none"> ▪ les informer sur les ressources disponibles pour soutenir les femmes en attente d'un diagnostic; ▪ poursuivre la diffusion d'outils tels que les carnets de prescriptions qui facilitent leur travail; ▪ connaître les rôles et fonctions du <i>médecin responsable clinique</i>; ▪ avoir un accès régulier à des statistiques démontrant l'efficacité du dépistage dans la lutte contre le cancer du sein; ▪ transmettre les commentaires réunis au cours de la présente étude aux centres de dépistage, surtout au CHUS – Hôtel-Dieu afin que des correctifs puissent être apportés.



Volet VII – La formation et le programme de communication et d’information

Thématique	Élément positif	Élément à améliorer ou insatisfaction	Suggestion ou attente des médecins
<p>Informations fournies au sujet du programme :</p> <p>Les informations fournies aux médecins lors des séances d’information ont permis de comprendre adéquatement le programme, ses lignes directrices, ses directives et son fonctionnement.</p>	<p>Le cartable offert lors de la formation portant sur le PQDCS est complet quant à ses directives, ses lignes directrices et son fonctionnement.</p> <p>Les médecins sont satisfaits de la formation reçue concernant le PQDCS.</p>	<p>Le « cartable » est très volumineux et les médecins le consultent rarement pour cette raison.</p> <p>Plusieurs médecins soulignent qu’un groupe de discussion (comme celui auquel ils ont participé pour la présente étude) favorise le rappel des principales notions et permet de se souvenir que le programme existe et fonctionne.</p>	<p>Les suggestions suivantes sont apportées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ transmettre des mises à jour succinctes des principales lignes directrices et de la procédure sous forme de dépliant ou de feuille plastifiée (8 ½ x 11); ▪ informer les médecins des résultats obtenus jusqu’à ce jour.

Thématique	Élément positif	Élément à améliorer ou insatisfaction	Suggestion ou attente des médecins
<p>Activités de communication et de publicité destinées aux femmes.</p> <p>Peu de médecins connaissent les activités de communication et de publicité destinées aux femmes.</p>	<p>La stratégie d'utiliser des personnes connues pour promouvoir le programme a beaucoup touché les femmes. Les activités de communication réalisées pour promouvoir le programme auprès de la clientèle ciblée sont jugées adéquates.</p>	<p>Activités de communication et de publicité destinées aux femmes :</p> <p>Certaines affiches reçues sont incomprises des femmes (celles avec un point noir dans un carré). La publicité destinée aux femmes est très discrète.</p>	<p>Il est suggéré de poursuivre la stratégie de passer par des personnalités significatives pour les femmes afin de les sensibiliser à l'importance du dépistage du cancer du sein.</p> <p>Des médecins ont proposé d'utiliser les médias de communication populaires auprès des femmes comme les revues <i>Bel Âge</i> et <i>Châtelaine</i>. Des messages télévisés ou radiophoniques diffusés à des moments stratégiques pourraient aussi avoir un impact important auprès des femmes.</p> <p>Une campagne annuelle de sensibilisation, tant pour les femmes que pour les médecins, au cours de laquelle seraient présentés les résultats obtenus par le PQDCS permettrait de rappeler à toutes et tous l'importance de participer au programme.</p>

LES BESOINS DE FORMATION relativement au CANCER DU SEIN ET au PQDCS

Très peu de besoins sont exprimés en matière de formation sur le programme, sur ses directives, sur son fonctionnement ou sur ses lignes directrices. Une formation serait jugée pertinente s'il survient des changements majeurs dans le fonctionnement du programme ou dans ses lignes directrices.

Plusieurs sont intéressés à participer à des rencontres sur des sujets controversés telles les recommandations concernant la pratique de l'auto-examen des seins ou la position adoptée par le PQDCS envers les femmes de 40 à 49 ans et celles de 70 ans et plus.

Les besoins des médecins en terme de formation médicale continue concernant les maladies du sein, le cancer du sein et de son dépistage ne sont pas partagés par tous. Sans tenir compte d'un ordre de préférence, les thèmes qui seraient appréciés sont les suivants :

- une synthèse des différentes étapes entre le diagnostic et le traitement du cancer;
- l'interprétation des résultats relatifs à une mammographie ou aux examens complémentaires;
- les choix de traitements possibles (incluant les nouveaux) et les fondements de ceux-ci;
- le cheminement de la patiente après avoir consulté le chirurgien (afin d'informer la patiente et de la rassurer);
- les informations sur les examens complémentaires;
- les modes de fonctionnement et d'investigation locaux;
- la révision du processus de dépistage incluant les traitements en cas de lésion anormale.

Le format idéal de formation ne fait pas non plus l'unanimité. Plusieurs formules sont proposées :

- « dîner-conférence » (formule qui semble la plus privilégiée);
- « souper-conférence »;
- articles dans des revues telles que Médecins du Québec, etc.;
- informations accessibles sur un site « Web » spécifique au programme;
- « real video »;
- formation spécifique d'une journée sur le cancer du sein;
- atelier inclus dans une formation générale sur les cancers les plus fréquents;
- petits documents écrits.

Cependant quelques-uns considèrent que ce n'est pas le rôle de la Direction de la santé publique et de l'évaluation d'investir pour éduquer les médecins. D'autres estiment avoir suffisamment d'opportunités de formation annuellement et n'ont aucune attente en terme de formation médicale continue à ce sujet.

