

*Programme québécois de  
dépistage du cancer du sein (PQDCS)*

**Répondre aux besoins de  
soutien social des participantes**

*Un défi pour  
le personnel*

Rapport de recherche

## Crédits

### Recherche

- > Isabelle Mimeault
- > Patricia Pineault

### Analyse et rédaction

- > Partie I : Isabelle Mimeault et Patricia Pineault
- > Partie II (volet quantitatif) : Patricia Pineault
- > Partie III (volet qualitatif) : Isabelle Mimeault

### Coordination du comité consultatif

- > Patricia Pineault

### Collaboration au recrutement des participantes et participants

- > Diane Ouellet, DSP de Montréal

### Collaboration à la recherche

- > France Doyon
- > Émilie Hermitte
- > Sophie le Blanc

### Entrevues en anglais

- > Dominique Rouleau

### Analyses statistiques

- > Sylvie Desrosiers

### Soutien technique

- (bibliographie, références, correction d'épreuve)
- > Johanne Frenette

### Transcription des entrevues

- > Hélène Brien

### Révision linguistique

- > France Lord, Pirogue Communications

### Design Graphique

- > ATTENTION design+, Alain Roy

### Illustration de la couverture

- > Jade Lussier

Cette recherche a été réalisée grâce une subvention accordée par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal dans le cadre des crédits pour la mise en œuvre du plan d'action montréalais en santé publique «La Prévention en action».

Les positions exprimées dans ce rapport sont celles du RQASF et ne traduisent pas nécessairement le point de vue de l'Agence et de sa Direction de santé publique.

Le RQASF souscrit à une politique de féminisation.

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 978-2-923269-09-2

© RQASF, 2007  
Rapport de recherche

# Table des matières

CRÉDITS .....	2
TABLE DES MATIÈRES.....	3
LISTE DES TABLEAUX.....	9
REMERCIEMENTS.....	13
PRÉSENTATION DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES (RQASF).....	15
INTRODUCTION .....	17
<b>PARTIE I : PROBLÉMATIQUE, CONTEXTE ET APPROCHE.....</b>	<b>19</b>
<b>Chapitre 1.</b>	
<b>Problématique, objectifs et revue des écrits .....</b>	<b>21</b>
1.1 Le PQDCS : caractéristiques et fonctionnement .....	21
1.2 Problème de recherche : le personnel face à l'anxiété des participantes .....	23
1.3 Objectifs, méthodes et questions de recherche .....	24
1.4 Revue des écrits.....	25
1.4.1 Rôle de soutien du personnel du réseau de la santé auprès des participantes à un programme de dépistage.....	26
1.4.2 La communication dans l'intervention.....	27
1.4.3 La formation comme mode de soutien du personnel.....	28
<b>Chapitre 2.</b>	
<b>L'approche féministe et globale de la santé .....</b>	<b>29</b>
2.1 Approche féministe et savoirs divergents : fragments historiques.....	29
2.2 Approche féministe et globale de la santé : quelques grands traits .....	30
2.3 Le cancer du sein selon l'approche féministe et globale de la santé : quelques considérations.....	31
2.3.1 Intersectionnalités.....	31
2.3.2 L'auto-examen des seins : une pratique d'autosanté .....	33

**PARTIE II**  
**ÉTAPE 1 : L'ENQUÊTE POSTALE.....35**

**Chapitre 3.**

**Résultats et discussion.....37**

**RÉSULTATS.....37**

3.1 Participation .....37

3.2 Profil de la cohorte étudiée .....37

3.2.1 Sexe.....37

3.2.2 Âge.....37

3.2.3 Lieu de naissance.....37

3.2.4 Langue .....37

3.2.5 Scolarité .....38

3.2.6 Emploi.....38

3.2.7 Lieu(x) de travail.....38

3.2.8 Expérience globale de travail.....38

3.2.9 Expérience auprès des participantes au PQDCS.....38

3.2.10 Statut de travail.....38

3.3 Intervention auprès des participantes au PQDCS.....39

3.4 Pratiques de soutien social.....39

3.4.1 Offrir du soutien social.....40

3.4.2 Modes de soutien social.....40

3.4.3 Personne attirée au soutien.....40

3.4.4 Soutien aux femmes ayant un handicap physique ou intellectuel.....40

3.4.5 Soutien aux femmes des communautés ethnoculturelles .....41

3.5 Formations .....41

3.5.1 Formation du PQDCS.....41

3.5.2 Formation d'intervention en contexte interculturel.....41

3.6 Conditions d'intervention.....41

3.6.1 Temps disponible pour offrir le soutien social .....41

3.6.2 Lieux adéquats pour offrir le soutien .....42

3.6.3 Matériel facilitant le soutien.....42

3.6.4 Ressources pouvant aider le personnel.....	43
3.6.5 Personnes ou organismes à qui référer les participantes .....	43
3.6.6 Entente(s) avec des ressources extérieures.....	43
DISCUSSION .....	44
<b>PARTIE III</b>	
<b>ÉTAPE 2 : LA RECHERCHE QUALITATIVE.....</b>	<b>47</b>
<b>Chapitre 4.</b>	
<b>Le personnel de bureau.....</b>	<b>49</b>
4.1 Rôle.....	49
4.2 Formations : des ratés .....	49
4.3 Conditions d'intervention : cumul des mandats, cumul des difficultés .....	50
4.3.1 Rapports avec les participantes au PQDCS.....	50
4.3.2 Manque de temps et multiples rôles : un stress et une surcharge de travail .....	51
4.3.3 Lieux : manque d'intimité .....	53
4.3.4 Documentation disponible et offerte .....	53
4.3.5 Ressources pour le soutien : situations contrastées.....	54
4.3.6 Climat de travail : esprit d'équipe et entraide.....	55
4.4 Conceptions du soutien et pratiques.....	56
4.4.1 Un accueil chaleureux, gage de réconfort.....	56
4.4.2 Les rappels : embarras du personnel de bureau .....	58
4.4.3 L'intervention auprès des participantes issues des communautés ethnoculturelles ou racisées .....	60
4.4.4 L'intervention auprès des participantes vivant des situations de handicap.....	61
4.5 Améliorations souhaitées .....	61
4.5.1 Fonctionnement du PQDCS et organisation des services : l'information avant tout .....	62
4.5.2 Besoins de formations .....	63
4.5.3 Des limites de mandat à préciser.....	63
En résumé.....	64

<b>Chapitre 5.</b>	
<b>Les technologues.....</b>	<b>65</b>
5.1 Rôle.....	65
5.2 Formations : jugées suffisantes .....	65
5.3 Conditions d'intervention : l'empathie en contexte de production .....	66
5.3.1 Rapports avec les participantes au PQDCS.....	66
5.3.2 Prendre son temps, mais rapidement.....	67
5.3.3 Des espaces propices au soutien.....	69
5.3.4 Documentation disponible : « à quoi bon? ».....	69
5.3.5 Ressources pour le soutien : un intérêt mitigé.....	70
5.3.6 Climat de travail : entraide .....	70
5.4 Conceptions du soutien et pratiques .....	71
5.4.1 Répondre aux besoins de la participante.....	71
5.4.2 Un examen de qualité pour soutenir.....	73
5.4.3 L'intervention auprès des participantes issues des communautés ethnoculturelles ou racisées.....	74
5.4.4 L'intervention auprès des participantes vivant des situations de handicap.....	77
5.5 Améliorations souhaitées .....	78
5.5.1 L'information aux participantes... au bon moment .....	78
5.5.2 Des outils pour l'intervention.....	79
5.5.3 Formations : une fois par année .....	79
5.5.4 Pour une approche globale.....	80
En résumé .....	81
<b>Chapitre 6.</b>	
<b>Les radiologistes.....</b>	<b>83</b>
6.1 Rôle.....	83
6.2 Formations : une minorité .....	83
6.3 Conditions d'intervention : une spécialité exigeante .....	84
6.3.1 Rapports avec les participantes au PQDCS.....	84
6.3.2 Manque de temps, affluence de la clientèle : surcharge de travail .....	85
6.3.3 Des lieux convenables pour le soutien.....	86
6.3.4 Documentation disponible : intérêt mitigé des radiologistes.....	86

6.3.5 Ressources disponibles pour le soutien : contextes variés.....	86
6.3.6 Climat de travail : variable selon le lieu de pratique.....	88
6.4 Conceptions du soutien et pratiques .....	89
6.4.1 Des informations qui font autorité.....	90
6.4.2 Assurer la continuité des soins.....	90
6.4.3 L'intervention auprès des participantes issues des communautés ethnoculturelles ou racisées.....	92
6.4.4 L'intervention auprès des participantes vivant des situations de handicap.....	92
6.5 Améliorations souhaitées.....	92
6.5.1 Embauche de personnel professionnel.....	93
6.5.2 Organisation des services : un rôle pour le PQDCS.....	93
En résumé.....	95
<b>Chapitre 7.</b>	
<b>Les infirmières et les omnipraticiennes.....</b>	<b>97</b>
7.1 Rôle.....	97
7.2 Formations : informelles.....	98
7.3 Conditions d'intervention : interdisciplinarité .....	98
7.3.1 Rapports avec les participantes au PQDCS.....	99
7.3.2 Le temps : un horaire flexible, selon les priorités.....	99
7.3.3 Des espaces propices au soutien.....	101
7.3.4 Documentation disponible : utile.....	101
7.3.5 Ressources accessibles pour un soutien accru .....	102
7.3.6 Climat de travail : une synergie d'équipe.....	103
7.4 Conceptions du soutien et pratiques.....	104
7.4.1 Informer pour soutenir.....	104
7.4.2 Soutenir, c'est assurer le suivi.....	105
7.4.3 L'intervention auprès des participantes issues des communautés ethnoculturelles ou racisées.....	106
7.4.4 L'intervention auprès des participantes vivant des situations de handicap.....	108
7.5 Améliorations souhaitées.....	108
7.5.1 Fonctionnement du PQDCS et organisation des services.....	109
7.5.2 Besoins de formation.....	110
En résumé.....	110

<b>Chapitre 8.</b>	
<b>Discussion : améliorer les conditions d'intervention et les services offerts.....</b>	<b>111</b>
8.1 Conditions d'intervention et facteurs de l'anxiété chez les participantes au PQDCS .....	111
8.2 Conceptions du soutien, pratiques du personnel et besoins des participantes au PQDCS .....	113
8.3 Intervention auprès des femmes ayant des besoins spécifiques et accessibilité des services.....	114
8.4 Besoins du personnel du PQDCS .....	116
En résumé.....	118
CONCLUSION GÉNÉRALE .....	119
RECOMMANDATIONS DU RQASF .....	121
BIBLIOGRAPHIE.....	127
ANNEXE I. Méthode : Enquête postale.....	133
ANNEXE II. Méthode : Entrevues .....	137
ANNEXE III. Tableaux .....	145
ANNEXE IV. Glossaire.....	169



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Sexe

Tableau 2. Âge

Tableau 3. Lieu de naissance

Tableau 4. Langue(s) parlée(s)

Tableau 5. Scolarité

Tableau 5.1 Autre scolarité

Tableau 6. Types d'emploi

Tableau 7. Lieu(x) de travail

Tableau 8. Expérience globale de travail

Tableau 9. Expérience de travail auprès des participantes au PQDCS

Tableau 10. Statut de travail

Tableau 11. Personnel qui répond aux participantes au PQDCS

Tableau 11.1 Répondre aux participantes au PQDCS, selon les étapes du dépistage

Tableau 12. Soutien social des participantes au PQDCS : composante du travail

Tableau 12.1 Personnel des CRID et l'offre de soutien émotif

Tableau 12.2 Personnel des CDD et l'offre de soutien émotif

Tableau 12.3 Personnel des CSSS et l'offre de soutien émotif

Tableau 12.4 Personnel des CRID et l'offre de soutien informatif

Tableau 12.5 Personnel des CDD et l'offre de soutien informatif

Tableau 12.6 Personnel des CSSS et l'offre de soutien informatif

Tableau 13. Pratiques de soutien des participantes au PQDCS

Tableau 13.1 Pratiques de soutien, selon le type d'établissement

Tableau 14. Personne attitrée au soutien social des participantes au PQDCS

Tableau 14.1 Personne attitrée au soutien social, selon le type d'établissement

Tableau 15. Manque d'habileté à offrir le soutien social aux femmes ayant un handicap physique ou intellectuel

Tableau 15.1 Manque d'habileté à offrir le soutien émotif aux femmes ayant un handicap physique ou intellectuel, selon le type d'établissement

Tableau 15.2 Manque d'habileté à offrir le soutien informatif aux femmes ayant un handicap physique ou intellectuel, selon le type d'établissement

Tableau 16. Habileté à offrir le soutien social aux femmes des communautés ethnoculturelles

Tableau 16.1 Habileté à offrir le soutien émotif aux femmes des communautés ethnoculturelles, selon le type d'établissement

Tableau 16.2 Habileté à offrir le soutien informatif aux femmes des communautés ethnoculturelles, selon le type d'établissement

Tableau 17. Formation en matière de soutien à offrir aux participantes au PQDCS

Tableau 17.1 Formation(s) spécifique(s) en matière de soutien

Tableau 17.2 Personnel des CRID et la formation du PQDCS

Tableau 17.3 Personnel des CDD et la formation du PQDCS

Tableau 17.4 Personnel des CSSS et la formation du PQDCS

Tableau 17.5 Personnel des CRID et la formation d'intervention en contexte interculturel

Tableau 17.6 Personnel des CDD et la formation d'intervention en contexte interculturel

Tableau 17.7 Personnel des CSSS et la formation d'intervention en contexte interculturel

Tableau 18. Temps disponible pour offrir le soutien social aux participantes au PQDCS

Tableau 18.1 Temps disponible pour offrir le soutien, selon le type d'établissement

Tableau 18.2 Personnel des CRID et le temps disponible pour offrir le soutien social

Tableau 18.3 Personnel des CDD et le temps disponible pour offrir le soutien social

Tableau 18.4 Personnel des CSSS et le temps disponible pour offrir le soutien social

Tableau 19. Lieux propices pour offrir le soutien aux participantes au PQDCS

Tableau 19.1 Lieux propices pour offrir le soutien aux participantes au PQDCS, selon le type d'établissement

Tableau 20. Outils facilitant le soutien des participantes au PQDCS

Tableau 20.1 Outils facilitant le soutien des participantes au PQDCS

Tableau 20.2 Disponibilité d'outils facilitant le soutien des participantes (CRID)

Tableau 20.3 Disponibilité d'outils facilitant le soutien des participantes (CDD)

Tableau 20.4 Disponibilité d'outils facilitant le soutien des participantes (CSSS)

Tableau 21. Outil(s) développé(s) pour faciliter le soutien des participantes au PQDCS

Tableau 21.1 Outil(s) développé(s) pour faciliter le soutien des participantes (CRID)

Tableau 21.2 Outil(s) développé(s) pour faciliter le soutien des participantes (CDD)

Tableau 21.3 Outil(s) développé(s) pour faciliter le soutien des participantes (CSSS)

Tableau 22. Ressources pouvant aider à soutenir les participantes au PQDCS

Tableau 22.1 Ressources pouvant aider à soutenir les participantes (CRID)

Tableau 22.2 Ressources pouvant aider à soutenir les participantes (CDD)

Tableau 22.3 Ressources pouvant aider à soutenir les participantes (CSSS)

Tableau 23. Ressource à qui référer les participantes au PQDCS

Tableau 23.1 Ressource à qui référer les participantes, selon le type d'établissement

Tableau 23.2 Ressource à qui référer les femmes (CDD)

Tableau 24. Entente avec des ressources extérieures à qui référer les participantes au PQDCS

Tableau 24.1 Entente avec des ressources extérieures, selon le type d'établissement



## REMERCIEMENTS

Soulignons d'abord que cette recherche n'aurait pas été possible sans la collaboration du personnel du réseau de la santé qui œuvre auprès des participantes au PQDCS. Ces individus ont généreusement accepté de répondre au questionnaire d'enquête ou de participer aux entrevues. Nous leur en sommes très reconnaissantes et tenons à les remercier.

Nous remercions également toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de cette recherche. Parmi celles-ci mentionnons le travail du comité consultatif dont les réflexions et le soutien ont permis d'enrichir l'analyse et de mener à bien ce projet de longue haleine.

**Mélanie Drouin**, CRID Maisonneuve-Rosemont

**Karima Hallouche**, CCSR du PQDCS de Montréal

**Danièle Leroux**, CDD Hochelaga

**Josée Morel**, CRID CHUM

**Renée Ouimet** et **Johanne Marcotte**, La Table communautaire intersectorielle sur le dépistage du cancer du sein de Relais-femmes

**France Payeur**, CDD Jean-Talon/Bélanger

**Jane Shulman** et **Diana Bruno**, BCAM

**Alice Tofan**, Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCESSS)

**Louise de Villers**, CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

Des remerciements sont également adressés aux intervenantes qui ont commenté la première version du questionnaire autoadministré (volet quantitatif de la recherche) :

**Marie Josée Roy**, CDD Jean-Talon/Bélanger

**Louise Leduc**, CLSC Pierrefonds

**Guylaine Bouchard**, CRID Maisonneuve-Rosemont



## Présentation du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF)

Fondé en 1997, le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) constitue un organisme sans but lucratif multidisciplinaire, de portée provinciale. Sa mission consiste à travailler, solidairement et dans une perspective féministe, à l'amélioration de la santé et des conditions de vie des femmes. Établi à Montréal, le RQASF regroupe des membres associatifs et individuels de toutes les régions du Québec.

La prévention se situe au coeur de l'action du RQASF. Ses grands secteurs d'activités comprennent la recherche, l'information, la sensibilisation, la formation et la mobilisation. Bien qu'il s'intéresse à la santé et aux conditions de vie de toutes les femmes, le RQASF se préoccupe particulièrement de la situation des femmes marginalisées, soit en raison de leur statut socioéconomique, de leur orientation sexuelle, de leur langue, de leur couleur, de leur origine ethnique ou d'un handicap.

Le RQASF privilégie les partenariats et les collaborations interdisciplinaires. Il travaille de concert avec les réseaux de femmes, les ressources communautaires, le réseau de la santé et des services sociaux, les organisations syndicales, les associations et ordres professionnels, le milieu de l'éducation ainsi que les médias.

Depuis 1998, le RQASF est très actif dans le dossier cancer du sein. Son implication s'est d'abord inscrite dans le plan d'action du Fonds de soutien à l'action intersectorielle de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Aujourd'hui, son action se poursuit dans le cadre du Fonds de mise en œuvre des mesures de santé publique de l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.

En 2000-2001, le RQASF a produit une trousse d'information vulgarisée à l'intention des ressources susceptibles d'offrir du soutien aux femmes en attente de diagnostic à la suite d'un résultat anormal de mammographie de dépistage du cancer du sein. La trousse, diffusée dans toutes les régions du Québec à plus de 600 exemplaires, traite des besoins des femmes pendant le processus de dépistage, des besoins spécifiques de certains groupes de femmes, du rôle de soutien, de la lutte contre le cancer du sein et des différentes ressources et outils à consulter. Deux formations, l'une sur l'écoute active et l'autre sur les besoins spécifiques des femmes marginalisées, ont été élaborées et offertes aux intervenantes intéressées à approfondir certaines dimensions présentées dans la trousse.

En 2002-2004, le RQASF a réalisé une étude sur les besoins de soutien des femmes en attente de diagnostic, à la suite d'un résultat anormal de mammographie de dépistage du cancer du sein. Cette enquête a révélé que les besoins de ces femmes ne pourront être satisfaits que s'ils s'inscrivent dans un processus de continuité de soins personnalisés. C'est pourquoi le RQASF a poursuivi le travail sur cette question en réalisant la présente étude.





## INTRODUCTION

Le cancer du sein préoccupe un grand nombre de femmes. Qui ne connaît pas une amie, une sœur, une tante, une mère, une conjointe qui n'ait un jour reçu un diagnostic de cette terrible maladie? Une Canadienne sur 9 pourrait en souffrir au cours de sa vie et 1 sur 27 en mourra. Chez les femmes canadiennes et québécoises, le cancer du sein est le type de cancer le plus courant et comptant le plus grand nombre de nouveaux cas, c'est-à-dire la plus forte incidence, bien que ce soit le cancer du poumon qui figure au premier rang des causes de décès par cancer chez les femmes comme chez les hommes (INSPQ, 2005, p. 5; SCC, 2007, p. 76). Avec les États-Unis, l'Europe du Nord et l'Australie, le Canada connaît l'un des taux d'incidence du cancer du sein les plus élevés au monde, alors que l'Asie, l'Amérique latine et l'Afrique enregistrent environ le tiers de celui du Canada (SCC, 2007, p. 77).

Durant des dizaines d'années, l'ablation d'un ou des deux seins a été la principale méthode pour réduire la mortalité par cancer du sein. Plus de recherche, sur les causes et les traitements, et surtout plus de prévention ont été réclamées, notamment par les mouvements féministes. L'histoire du cancer du sein nous montre que les femmes n'ont pas toujours profité des actions menées au nom de la lutte à ce cancer, un terrain miné d'enjeux économiques et politiques (Batt, 1994; Kasper et Ferguson, 2000).

Pour tenter de détecter les cancers à un stade précoce permettant des traitements moins invasifs et assurant, espère-t-on, un meilleur taux de survie, des programmes de dépistage sont mis sur pied au cours des années 1990 au Canada. Le Québec met en branle le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) en 1998. Le dépistage auprès de populations qui ne présentent pas de symptômes de la maladie entraîne des effets iatrogènes<sup>\*1</sup>, tels que l'anxiété. Pour minimiser les coûts humains et sociaux du Programme, le cadre de référence du PQDCS prévoit des mesures de soutien social aux participantes (PQDCS, 1996).

Dans les années qui ont suivi l'implantation du PQDCS, le RQASF et d'autres ressources du milieu se sont impliqués dans la formation d'intervenantes pour mieux soutenir les participantes au Programme. Constatant la sous-utilisation de ces ressources, nous avons réalisé une première recherche intitulée *Dépistage du cancer du sein : Ce que vivent les femmes en attente d'un diagnostic* (RQASF, 2004a). Nous avons évalué le niveau d'anxiété et les besoins en matière de soutien des participantes au Programme. Les résultats de cette étude ont démontré l'inquiétude des femmes ainsi que des lacunes dans le soutien accordé.

Comment expliquer les lacunes constatées lors de cette évaluation (RQASF, 2004a)? Comment améliorer le soutien des participantes au Programme? Nous avons réalisé la présente recherche auprès du personnel assigné au PQDCS pour apporter des réponses à ces questions. En entrevue, nous avons exploré le contexte d'intervention et les besoins du personnel. Notre démarche d'analyse a ensuite consisté à retracer tant les obstacles que les facteurs favorables au soutien, à travers le discours du personnel. L'analyse des entrevues nous a permis de mieux saisir la situation et de questionner les conditions d'intervention dans lesquelles évolue le personnel.

De nouvelles questions plus précises se sont présentées. Comment expliquer les disparités entre les CDD et les CRID? Les lacunes observées dès la première recherche (RQASF, 2004a) y sont-elles liées? Quelle est la place du soutien dans les mandats

\* À noter que les termes spécialisés figurent dans un glossaire à la fin de ce rapport.

1 Selon Love *et al.*, l'efficacité des programmes de santé publique se démontre lorsque trois critères sont respectés : ils doivent être pratiques, applicables et reproductibles partout et en divers contextes; leurs effets iatrogènes doivent être le plus possible limités; ils doivent être peu dispendieux (Love *et al.*, 2004, p. 136).

du personnel? En contrepartie, comment le personnel conçoit-il le soutien? Quels sont les besoins du personnel pour remplir convenablement ses mandats? En bref, quelles améliorations devraient-elles être apportées au Programme?

Ce rapport de recherche se divise en trois parties. La première précise la problématique, expose les objectifs de la recherche et présente une revue des écrits sur les expériences de l'intervention dans le contexte d'un programme public de dépistage. Elle définit également les balises de l'approche théorique adoptée, l'approche féministe et globale de la santé. La deuxième partie est dédiée à la première étape de la recherche : elle livre les résultats de l'enquête postale et leur discussion. La troisième partie se concentre sur la deuxième étape, l'analyse des entrevues qui représente le cœur de la recherche. Le dernier chapitre discute des changements à apporter aux conditions du personnel afin d'améliorer leur intervention auprès des participantes au Programme.

# **PARTIE I PROBLÉMATIQUE, CONTEXTE ET APPROCHE**



# Chapitre 1

## Problématique, objectifs et revue des écrits

### 1.1 Le PQDCS : caractéristiques et fonctionnement

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) a été progressivement implanté depuis 1998. Il s'adresse aux femmes asymptomatiques, c'est-à-dire ne présentant aucun symptôme aux seins, âgées entre 50 et 69 ans. À tous les deux ans, ces femmes sont invitées à passer une mammographie dans un centre de dépistage désigné (CDD). Le but de cet examen est de détecter de minuscules lésions mammaires impalpables au toucher, dans l'optique de dépister un cancer à un stade précoce. Une intervention précoce nécessite des traitements moins invasifs et augmente les chances de survie. Des études démontrent qu'afin de réduire significativement le taux de mortalité lié à ce type de cancer, 70 % des femmes admissibles doivent adhérer au Programme et maintenir leur participation régulière (MSSS, 1996, p. 6). Des études plus récentes mettent en doute le fait que le dépistage peut réduire la mortalité de 25 %, ce qui suscite encore à ce jour la controverse (Gotzche et Nielsen, 2006; Green et Taplin, 2003; Olsen et Gotzche, 2001). À Montréal, lors de notre recherche, un taux de participation de 36,5 % a été dénombré en comparaison de 49,9 % pour l'ensemble du Québec (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2007).

La majorité des participantes au PQDCS (+/-90 %) obtient un résultat normal de mammographie de dépistage. Lorsque le résultat de cet examen est anormal, des tests complémentaires s'imposent. Ceux-ci comprennent habituellement une seconde mammographie (agrandissement, compression), une échographie et, dans certains cas, une biopsie. Cette période d'investigation est reconnue comme étant particulièrement anxiogène pour les participantes. Même si peu d'entre elles sont diagnostiquées d'un cancer du sein<sup>2</sup>, toutes vivent l'anxiété liée au résultat anormal, à l'attente des examens et à l'attente du résultat final de leurs tests.

Le PQDCS a initialement prévu que les examens complémentaires se déroulent dans un centre de référence et d'investigation désigné (CRID), rattaché à un hôpital, où des infirmières sont chargées d'assurer le soutien social des femmes en attente de diagnostic. Or, à Montréal, la majorité des femmes (59,9 %) passe leurs examens complémentaires dans un CDD, contrairement à ce qui a été planifié lors de la mise sur pied du Programme. Dans ces cliniques privées, aucune personne n'est spécifiquement désignée pour soutenir les participantes et le soutien est laissé à l'initiative du personnel impliqué dans le dépistage (RQASF, 2004a).

#### Le cadre de référence du PQDCS

Dès son implantation, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) s'est doté d'un cadre de référence qui définit ses orientations, ses objectifs, ses paramètres et ses normes (PQDCS, 1996). Ses assises reposent notamment sur la qualité de l'approche envers les participantes au Programme et sur l'excellence des services radiologiques et professionnels, offerts lors du dépistage et de l'investigation complémentaire (MSSS, 1996). L'intégration du Programme de dépistage au réseau de la santé et l'adaptation des services existants ont été ciblées comme objectifs à atteindre et la collaboration du personnel est devenue une condition essentielle à la réussite du PQDCS.

---

<sup>2</sup> En 2002-2003, la valeur prédictive positive (VPP) à la suite de la première mammographie de dépistage était, pour l'ensemble du Québec, de 4,9 %. La VPP pour les mammographies subséquentes était de 6,6 % (MSSS, 2006, p. 43).

Rappelons que les grandes priorités du PQDCS s'inscrivent notamment dans le souci d'éviter aux femmes la morbidité psychologique souvent associée au dépistage. Il importe que tous les efforts soient faits pour que leur participation au Programme engendre le moins de stress et de problèmes possible. C'est pourquoi la diffusion d'une information adéquate et adaptée est essentielle. De même, des services en intervention psychosociale (soutien, *counselling* ou consultation individuelle) doivent être fournis à celles qui en éprouvent le besoin (MSSS, 1996, p. 9-10).

Le personnel affecté aux participantes, conformément aux exigences mises de l'avant par le Programme, se trouve directement impliqué dans l'atteinte de ces objectifs. Ainsi, dès l'accueil et tout au long du processus de dépistage et d'investigation complémentaire, un soutien répondant à leurs besoins doit être fourni aux participantes. Globalement, il est recommandé d'expliquer le Programme, le consentement de participation, le déroulement de la mammographie ou des examens complémentaires et d'appuyer ces informations par la distribution de documentation écrite. De plus, le personnel est encouragé à évaluer le niveau d'anxiété des participantes; à tenter de pallier les problèmes; à leur remettre le nom de ressources à contacter au besoin et à recourir à des services professionnels en intervention psychosociale lorsque la situation l'exige (MSSS, 1996).

En outre, afin de satisfaire adéquatement les besoins des participantes et de répondre aux critères d'assurance de la qualité du Programme, le PQDCS s'engage à « assurer la formation appropriée au personnel participant à tout le processus de dépistage et [à] lui fournir les informations nécessaires » (MSSS, 1996, p. 11).

### Contexte d'implantation : un PPP avant l'heure

Le PQDCS a été implanté par le gouvernement dans un contexte de crise du budget et des finances publiques. Dans les autres provinces et dans la plupart des régions québécoises, les programmes de dépistage prévoient un déroulement des examens dans des établissements publics. Quant à elle, la Régie régionale de la Santé et des services sociaux de Montréal-Centre devenue l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux a décidé dès le départ que les mammographies de dépistage à Montréal se dérouleraient en clinique privée, et que l'investigation complémentaire se poursuivrait dans les hôpitaux du système public de santé. À la faveur de ce qui se faisait dans d'autres pays à l'époque, il est clair que les partenariats entre le public et les entreprises privées dans le secteur de la santé se trouvaient déjà dans la mire des tenants de l'idéologie néolibérale. Le PQDCS constitue un PPP dans le domaine de la santé mais il ne s'est jamais présenté comme tel. Lorsqu'en 2004 la *Loi sur l'Agence des partenariats public-privé du Québec* arrête une définition des PPP<sup>3</sup>, il est clair que le PQDCS y correspond.

Plusieurs études étrangères sur les expériences états-uniennes, britanniques et néo-zélandaises indiquent que les PPP en santé conduisent à la « marchandisation » des soins, à des conflits d'intérêts, à la baisse de la qualité et de l'accessibilité des services, à des difficultés d'accès en particulier pour les personnes issues de groupes marginalisés, de même qu'à une augmentation des coûts pour l'État (FIIQ, 2004a; 2004b; Kalant, 2001; RQASF, 2005). Cette problématique ne figure pas dans notre objet de recherche et n'a donc pas été examinée ici, mais il est certain qu'une analyse approfondie de cette question devra se faire.

<sup>3</sup> L.R.Q., c. A-7.002, article 6 : « Un contrat de partenariat public-privé est un contrat à long terme par lequel un organisme public associe une entreprise du secteur privé, avec ou sans financement de la part de celle-ci, à la conception, à la réalisation et à l'exploitation d'un ouvrage public. Un tel contrat peu avoir pour objet la prestation d'un service public. »

## 1.2 Problème de recherche : le personnel face à l'anxiété des participantes

Le problème de recherche sur les conditions d'intervention du personnel assigné au PQDCS a été défini à partir des constats de notre première étude sur les participantes (RQASF, 2004a).

### La recherche sur les participantes

Une enquête réalisée en 2003, par le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF), a décrit l'expérience de 631 participantes au PQDCS de la région de Montréal. Après avoir obtenu un résultat anormal de leur mammographie de dépistage, toutes ces femmes ont vécu l'attente de diagnostic à la suite d'examen complémentaires. Cette étude s'est intéressée à l'inquiétude vécue par les participantes, au soutien social (émotif et informatif) requis au cours de cette période de même que celui qui leur a été offert.

Des principaux résultats de l'enquête, rappelons que la moitié des participantes (51,1 %) est « assez » ou « très » inquiète lors des examens complémentaires. Divers facteurs qui influencent leur inquiétude ont été mis en lumière. Certains relèvent de conditions préalables au dépistage dont une période de vie stressante, la consommation d'anxiolytiques et l'appréhension du dépistage. D'autres sont directement liés à la participation au Programme tel que le premier résultat anormal, l'âge et le niveau d'inquiétude à l'annonce du résultat anormal. Finalement, des facteurs structurels comme les délais de même que la personne qui annonce le résultat anormal de mammographie de dépistage, contribuent à exacerber l'anxiété des femmes. Ainsi, lorsque ce résultat est communiqué de vive voix par le médecin (38,8%), l'inquiétude des participantes s'atténue. Toutefois, l'enquête révèle que 33 % des femmes ont appris leur résultat anormal du personnel de la clinique de radiologie (autre que le médecin), 16,6% d'entre elles, par un message laissé sur leur boîte vocale et 11,5%, par la lettre du PQDCS, ce qui a aggravé leur inquiétude (RQASF, 2004a, p. 76).

À priori, à la suite du résultat anormal de mammographie de dépistage, les femmes confient davantage leur inquiétude à leurs proches (67,4 %) plutôt qu'au personnel professionnel de la santé (42,6 %), sauf lorsqu'elles sont encouragées à le faire. Or, 80,3 % des participantes qui ont passé leurs examens complémentaires dans des CDD, 56,8 % de celles qui sont allées dans un CRID et 47,8 % des femmes qui ont vu leur médecin traitant n'ont « pas du tout » été incitées à parler de ce qu'elles ressentaient.

Lorsque les participantes ont obtenu du soutien émotif et informatif, elles ont été satisfaites. Toutefois, la satisfaction du soutien accordé par les proches n'a pas diminué leur inquiétude au cours de l'attente de résultats. Seul celui offert par le personnel professionnel de la santé a réduit leur anxiété.

En matière de soutien émotif, les principales améliorations espérées par les participantes sont la diminution des délais d'attente (98 %), la possibilité de parler en tout temps avec un ou une professionnelle de la santé (97,2 %), la communication de vive voix des résultats (93,3 %) ainsi que l'encouragement à parler de leurs émotions (91,8 %).

Par ailleurs, le personnel des établissements fréquentés a majoritairement offert de l'information verbale aux participantes contre peu d'information écrite. Or, l'enquête démontre que les femmes réclament davantage de documentation (72,6 %). L'importance du matériel écrit a maintes fois été prouvée. De plus, la presque totalité des participantes (95,1 %) n'a pas reçu le nom de personnes ou d'organismes à contacter en cas de besoin, se trouvant ainsi dépourvues et isolées avec leurs préoccupa-

tions et leurs questionnements. Néanmoins, plus les participantes sont satisfaites de l'information offerte par le personnel du réseau de la santé, moins grande est leur inquiétude.

Quant aux améliorations à apporter au soutien informatif, les participantes souhaitent que le personnel professionnel s'assure qu'elles comprennent bien l'information qui leur est transmise (98 %), qu'elles puissent poser davantage de questions (96,9 %), que les examens complémentaires leur soient mieux expliqués (96,6 %) et ce, dans un langage adapté à leur compréhension (89,6 %).

### Le problème de recherche

Le parcours des participantes au PQDCS lors du dépistage et de l'investigation complémentaire les amène à côtoyer du personnel du réseau de la santé. Dans les CDD ou dans les CRID, il peut s'agir de réceptionnistes, de secrétaires ou de commis à l'accueil ou aux rendez-vous, responsables de recevoir ou de rappeler les femmes. D'autres personnes interviennent également auprès des participantes : des technologues, des radiologistes, le personnel du Centre de coordination des services régionaux (CCSR) du PQDCS qui répond aux appels des participantes, des infirmières et des omnipraticiennes des CRID, ou encore des infirmières des CSSS. Or, malgré la présence de toutes ces intervenantes et intervenants, l'étude du RQASF (2004a) met en évidence des lacunes dans le soutien émotif et informatif offert.

A priori, il est facile d'attribuer au personnel la responsabilité de l'écart entre les besoins de soutien exprimés par les participantes et celui qui leur a été offert. On ne peut toutefois souscrire à cette hypothèse sans écouter le point de vue des personnes concernées. Quelle place est accordée au soutien social des participantes dans leurs mandats de travail? Qui est chargé d'apporter aux femmes le soutien requis au cours de cette période? Quelles sont les conditions d'intervention du personnel? Quelles ressources sont mises à leur disposition? Quels sont leurs principaux besoins?

La présente recherche vise donc à donner la parole au personnel du réseau de la santé afin de mettre en lumière le contexte dans lequel il assure le soutien social aux participantes du PQDCS, décrire ses besoins ainsi que les améliorations qu'il souhaite voir implanter.

### 1.3 Objectifs, méthodes et questions de recherche

Le but principal de la recherche est d'identifier les conditions qui permettraient au personnel du réseau de la santé d'assurer le soutien social (émotif et informatif) requis par les participantes au PQDCS.

Pour atteindre cet objectif, nous avons choisi deux méthodes complémentaires. Dans un premier volet quantitatif de la recherche (Étape 1), l'utilisation d'un questionnaire factuel autoadministré, posté à l'ensemble du personnel impliqué auprès des participantes, a permis de décrire globalement leur contexte d'intervention. Par la suite, dans le cadre d'un volet qualitatif (Étape 2), des entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès d'un certain nombre d'intervenantes et d'intervenants qui avaient déjà participé à l'enquête postale. Ces entretiens ont favorisé l'exploration en profondeur des sujets abordés dans le questionnaire et ont permis de nuancer les informations recueillies lors de la première étape. La méthodologie des deux volets de la recherche est décrite dans les Annexes I et II.



**Les objectifs spécifiques du volet quantitatif (Étape 1) sont :**

- > dresser un portrait succinct des conditions dans lesquelles le personnel du réseau de la santé assure le soutien social (émotif et informatif) des participantes au PQDCS;
- > créer un échantillon afin de procéder à la sélection du personnel interrogé à l'Étape 2.

**Les objectifs spécifiques du volet qualitatif (Étape 2) sont :**

- > approfondir les thèmes abordés à l'Étape 1;
- > mettre en lumière les conditions que requiert le personnel du réseau de la santé pour assurer adéquatement le soutien social des participantes au PQDCS.

### Questions de recherche

L'Étape 1 tente de répondre à la question principale, « dans quelles conditions le personnel du réseau de la santé assure-t-il le soutien social (émotif et informatif) des participantes au PQDCS? » Les questions posées dans le questionnaire factuel autoadministré sont les suivantes :

- > Qui est responsable d'assurer le soutien social des participantes au PQDCS?
- > Quelle formation a-t-elle été offerte en matière de soutien social?
- > Dans quel contexte le soutien social est-il accordé?
- > Quel est le temps alloué au soutien social?
- > Dans quel environnement le soutien social est-il offert?
- > Quels sont les outils mis à la disposition du personnel du réseau de la santé?
- > Quelles ressources (organismes de référence, soutien professionnel) appuient-elles le personnel du réseau de la santé?

Pour obtenir le profil sociodémographique du personnel assigné au PQDCS, le questionnaire comprend aussi différentes questions d'usage, telles que le sexe, le groupe d'âge, le lieu de naissance, etc.

L'Étape 2 cherche à cerner les conditions qui permettraient au personnel du réseau de la santé d'assurer le soutien social (émotif et informatif) requis par les participantes au PQDCS. Reprenant les thèmes du questionnaire autoadministré, nous avons interrogé le personnel sur le contexte dans lequel le soutien social aux participantes est offert, et sur les conditions qui favoriseraient un meilleur soutien. Nous avons ainsi voulu saisir quels sont les besoins du personnel du réseau de la santé à cet effet.

### 1.4 Revue des écrits

Très peu de recherches relatives à l'expérience du personnel impliqué dans un programme de dépistage du cancer du sein ou d'autres types de dépistage ont été répertoriées sauf quelques articles sur la portée du rôle des technologues. Cette revue de littérature s'est donc élargie à la communication entre le personnel professionnel de la santé et les personnes qui consultent.

Elle présente également la synthèse de quelques travaux consacrés aux déterminants qui influencent la qualité de la communication. Enfin, nous abordons brièvement l'importance de la formation comme mode de soutien du personnel.

#### 1.4.1 Rôle de soutien du personnel du réseau de la santé auprès des participantes à un programme de dépistage

Peu d'écrits se rapportent au rôle, aux conditions et aux besoins du personnel professionnel de la santé qui soutient les participantes à un programme de dépistage du cancer du sein. La grande majorité des études se penche sur le soutien requis par les femmes. Aucun article consacré spécifiquement à l'expérience des infirmières, des médecins, du personnel de bureau œuvrant dans un programme de dépistage n'a été répertorié. Seul le rôle des technologues chargés-ées de réaliser la mammographie et les examens complémentaires fait l'objet de quelques travaux.

##### **Le rôle des technologues**

Les conclusions des études portant sur les technologues conviennent de la dimension éducative de leur fonction. En effet, la proximité créée par la mammographie où un contact privilégié s'établit avec la femme, favorise la transmission de connaissances. Les technologues doivent cependant reconnaître l'importance de ce rôle et accepter de l'assumer (Dowd et Ott, 1998; Kamm, 2000).

Lors d'un examen radiologique et plus spécifiquement au moment de la mammographie, l'intervention des technologues comporte trois moments-clés où le soutien peut être offert. Le premier survient lors de l'évaluation de la femme. Au cours de cette étape, les renseignements relatifs à son histoire médicale et à sa condition physique sont compilés en vue d'obtenir son consentement éclairé, requis par l'examen. À cette occasion, la technologue explique le test, répond aux questions et valide la compréhension des informations transmises. Les résultats d'une enquête réalisée par des chercheurs belges confirment la pertinence de ces explications. Ils attestent que les femmes éprouvent moins de douleur lors de la mammographie lorsque la procédure leur a été préalablement expliquée (Van Goetheml, M. *et al.*, 2002). La technologue profite de ce moment pour rassurer les femmes qui recherchent, avant tout, des informations adaptées à leur situation, car un simple exposé des considérations techniques relatives à l'examen risque de les angoisser davantage. De surcroît, le fait d'être informées adéquatement évite d'anticiper les événements de manière irréaliste et facilite l'adaptation. Par conséquent, une relation de confiance s'établit et favorise la collaboration au cours des étapes subséquentes. Le deuxième moment-clé se manifeste lors de l'examen. Ce stade repose sur la description des différentes étapes entourant la mammographie où la nécessité de comprimer le sein doit être expliquée. Parler aux femmes à cette occasion contribue à diminuer l'anxiété liée à la crainte de la douleur, selon l'étude de Van Goetheml *et al.* (2002). Dans le même ordre d'idées, la recherche de Kornguth *et al.* (1993) établit que, grâce à une approche comportementale, où la technologue autorise les femmes à interrompre la compression en disant « arrêt », celles-ci ont été en mesure de tolérer un niveau de compression plus élevé. D'après ces auteurs, la possibilité d'exercer un certain contrôle sur le déroulement de l'examen a réduit l'anxiété des femmes et a contribué à une meilleure détente. Finalement, après avoir complété l'examen, la technologue offre de la documentation écrite mais, la seule remise de ce matériel n'assure pas le transfert d'information : la clarification du contenu s'avère indispensable. En dernier lieu, l'explication de la procédure de communication des résultats conclut la rencontre (Dowd et Ott, 1998; Kamm, 2000).

## 1.4.2 La communication dans l'intervention

Selon Parle *et al.* (1997), une communication efficace entre la personne qui consulte et le personnel professionnel de la santé constitue la pierre angulaire d'une relation satisfaisante. Deux principaux types de communication sont identifiés : celle qui est centrée sur la patiente ou le patient, et celle qui est axée sur le personnel professionnel de la santé (Dowsett *et al.*, 2000). La communication orientée vers la personne qui consulte fournit l'information médicale ainsi que le soutien émotif requis par l'individu (Schmid Mast *et al.*, 2005). Elle repose sur ses besoins et non pas sur ceux du système de santé et, par conséquent, donne lieu à des comportements plus rassurants et plus ouverts de la part du personnel. En outre, la relation établie s'avère davantage égalitaire et l'individu est impliqué dans le processus décisionnel (Dowd et Ott, 1998; Dowsett *et al.*, 2000). En contrepartie, la communication centrée sur le personnel de la santé renvoie à des comportements plus directifs et accorde moins d'importance à l'écoute et à l'empathie (Dowsett *et al.*, 2000).

La recherche de Parle *et al.* (1997) identifie trois facteurs qui influencent la qualité de la communication entre le personnel professionnel de la santé en oncologie et les patients-es. Il s'agit, premièrement, de la connaissance de l'impact psychologique créé par une situation de soins et de l'habileté du personnel à communiquer efficacement. En deuxième lieu, viennent l'attitude et les croyances du personnel concernant la place qui doit être accordée à la communication. Finalement, le soutien dont bénéficie le personnel joue un rôle déterminant sur la relation établie. Lorsque ces conditions ne sont pas rencontrées, le personnel professionnel risque d'adopter des « tactiques de distanciation » et de ne pas être réceptif à la réalité ainsi qu'à l'expérience de leur patient-e. Selon les mêmes auteurs, le personnel doit utiliser ses habiletés à communiquer le plus fréquemment possible sinon le doute s'installe quant à ses capacités d'intervention.

### Déterminants des comportements de communication

Certains déterminants qui influencent les comportements de communication du personnel professionnel de la santé sont bien connus. Ainsi, l'effet cumulatif de « ratées » dans les expériences de communication, la faible estime de ses compétences, la perception des retombées négatives potentielles (personnelles ou professionnelles) et le manque de soutien du milieu de travail représentent des facteurs qui risquent d'accroître l'anxiété du personnel de la santé et de les inciter à adopter des comportements d'évitement (Parle *et al.*, 1997; Bandura, 1977).

Le soutien du milieu de travail est essentiel. Celui-ci comporte une dimension d'ordre pratique. Ainsi, la pénurie de temps et de ressources fait partie des principaux stressors néfastes au personnel de la santé qui souhaite établir une communication satisfaisante avec une personne qui consulte (Wilkinson, 1991). Il est reconnu qu'un personnel débordé de tâches ou qui ne dispose pas du temps requis pour accomplir son travail, est soumis à un stress important pouvant se traduire par des problèmes physiques ou psychologiques (Raj, 2006). Un second aspect du soutien en milieu de travail réfère à la place attribuée à la communication par les collègues et les responsables d'unités. Il est impératif que l'équipe partage une vision commune car le soutien mutuel peut s'avérer déterminant, entre autres, lors de situations difficiles à gérer sur le plan émotif. À ce sujet, l'étude de Wilkinson (1991) démontre que des infirmières qui possèdent des compétences en communication ne les utilisent pas lorsque leur milieu professionnel ne valorise pas cette approche.

Des chercheurs concluent également que l'environnement physique doit être propice à la communication. Divers facteurs tels que le bruit, les interruptions fréquentes, le manque d'intimité sont des éléments susceptibles d'en perturber la qualité (Dowd, 1998; Kamm, 2000).

#### 1.4.3 La formation comme mode de soutien du personnel

Dans l'ensemble, très peu de recherches décrivent le soutien à apporter au personnel professionnel de la santé appelé à soutenir des patientes et patients : aucun article ne traite spécifiquement du soutien de celles et ceux qui travaillent auprès de femmes participant à un programme de dépistage. Cependant, il faut convenir qu'outiller le personnel par une formation adéquate constitue une forme de soutien avéré (Parle, 1997). Dans cette perspective, les travaux de Bandura (1977) sur la perception de l'efficacité personnelle attestent de l'importance de développer la confiance en ses compétences. Selon cette théorie, les personnes qui croient en leur capacité de réussite initieront plus facilement un comportement et persisteront à travers les difficultés. En contrepartie, le personnel qui doute de ses habiletés évitera d'être confronté aux situations mettant ses compétences à l'épreuve (Parle *et al.*, 1997). Wilkinson (1991) démontre que le manque de confiance des intervenantes et des intervenants dans leurs capacités à communiquer adéquatement avec les patients-es et la peur de ne pouvoir répondre à leurs demandes, tant sur le plan émotif qu'informatif, peut susciter un comportement d'évitement et de retrait. En bref, parfaire les connaissances des intervenantes et des intervenants, et permettre le développement de leurs habiletés en matière de soutien constituent des mesures décisives pour améliorer et faciliter leur travail.

## Chapitre 2

# L'approche féministe et globale de la santé

La présente recherche se fonde sur une approche féministe et globale de la santé, adoptée par le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF). Cette approche se distingue de l'approche biomédicale dominante sur plusieurs plans, parmi lesquels la définition de la santé, l'approche de soins et le rapport thérapeutique. Des raisons historiques expliquent ces différences. Dans les limites de l'espace dont nous disposons, nous montrerons comment ces divergences se sont constituées. Nous aborderons ensuite des caractéristiques de l'approche féministe et globale. Par la suite, nous exposerons plus en détails la situation de différentes minorités, selon une analyse intersectionnelle. Enfin, nous préciserons certaines particularités des positions féministes autour du thème de la présente recherche.

### 2.1 Approche féministe et savoirs divergents : fragments historiques

À l'époque où la médecine se professionnalise au XIX<sup>e</sup> siècle, les femmes en sont exclues et sont cantonnées aux domaines du nursing et de la réadaptation (Coalition féministe..., 1998, p. 7; Saillant, 2003, p. 265; Witz, 1992, p. 75). En partie féminine pendant des siècles, particulièrement si on réfère à la santé des femmes, la pratique médicale se masculinise peu à peu. Les femmes sont écartées des milieux de la recherche et même parfois en tant qu'objet de recherche. En effet, certaines problématiques en santé des femmes sont plus ou moins délaissées, et des sujets touchant autant les femmes que les hommes ne sont étudiés qu'en fonction de la physiologie masculine<sup>4</sup> (Séréni et Séréni, 2002). Les répercussions de l'exclusion des femmes des facultés de médecine se font encore sentir de nos jours, même si le pourcentage de femmes dans les facultés tend maintenant à s'inverser, du moins au Québec.

Ces savoirs refusés aux femmes sont devenus, à proprement parler, ceux de l'approche biomédicale dominante après la Seconde Guerre mondiale, avec le développement de l'industrie de la santé et l'essor des grandes compagnies pharmaceutiques. Cette approche spécifique, mécaniste, curative, interventionniste et uniformisante, compartimente le corps et sépare l'individu de son environnement social. Pendant que les savoirs biomédicaux appuyés par la recherche technoscientifique et une industrie médicale productiviste s'imposent, les processus normaux de la vie des femmes tels que la puberté, la maternité, la périnatalité, la contraception, la fécondité et la ménopause se médicalisent (RQASFb, 2004, section 3.1.2, p. 3).

Le mouvement pour la santé des femmes a critiqué ces savoirs et cette approche à prétention universaliste (Saillant, 2003, p. 277). Malgré l'impact des revendications de ce mouvement sur la pratique médicale actuelle – l'humanisation des naissances en est un exemple –, la médecine occidentale demeure aujourd'hui biomédicale, héritière de l'histoire des 150 dernières années. Plusieurs milieux reconnaissent maintenant la biomédecine comme l'approche la plus scientifiquement acceptable, sinon la seule légitime. À la faveur du néolibéralisme triomphant et des liens entre la biomédecine et les intérêts d'affaires, il n'est pas évident qu'un changement de paradigme soit prévisible à court terme. Néanmoins, sur le plan des savoirs, un nombre de plus en plus important de travaux indépendants de l'industrie – pharmaceutique, notamment – indiquent l'existence de débats, sinon d'un changement de perspective, dans certaines institutions (voir par exemple OMS, 2003; 2004). Des savoirs divergents se font valoir.

<sup>4</sup> Citons, par exemple, les études sur les douleurs chroniques, sur le sida ou encore sur les maladies cardiovasculaires (Séréni et Séréni, 2002, p. 24, p. 100, p. 141).

## 2.2 Approche féministe et globale de la santé : quelques grands traits

D'entrée de jeu, précisons que ce que nous entendons ici par « approche féministe » ne constitue pas l'apanage seul des féministes ou des femmes. Nous avons brièvement expliqué comment la biomédecine s'est approprié le discours légitime sur la santé : l'exclusion des femmes et la médicalisation de leur santé reproductive, notamment, expliquent pourquoi des militantes des droits des femmes se sont élevées contre ces pratiques. Malgré cela, les féministes ne sont pas les seules à s'y être opposées. Des hommes de différents milieux ont critiqué le système biomédical dès les années 1970. Au Québec, mentionnons, par exemple, Serge Mongeau (médecin), Fernand Séguin (biologiste et vulgarisateur scientifique) et Michel Jurdant (écologiste et ingénieur forestier). Aujourd'hui, de nombreuses voix issues de tous les milieux se joignent à celles de ces précurseurs qui ne se revendiquent pas du féminisme, mais plutôt d'une approche globale de la santé. Par ses liens avec les mouvements féministes, le mouvement pour la santé des femmes prend part à ces critiques, avec un souci tout particulier pour les droits des femmes.

Plusieurs caractéristiques distinguent l'approche féministe et globale de la santé, telle que nous la concevons : définition holistique ou globale de la santé; respect de l'autonomie des femmes et de leur droit au consentement éclairé; analyses intersectionnelles; analyses multidisciplinaires et multidimensionnelles des déterminants sociaux de la santé; primauté de la prévention et de la promotion de la santé; promotion de l'autosanté<sup>5</sup> en tant que prise en charge globale de sa propre santé; analyse critique de la production des savoirs; ouverture aux savoirs alternatifs et marginalisés. Pour les fins de ce rapport, nous définirons les trois premiers aspects.

### Définition holistique ou globale de la santé

Selon l'approche féministe, la santé est « l'harmonie entre l'état intérieur (psychologique, intellectuel et émotif), l'état physique et l'environnement (social, économique, politique) » (RQASF, 1999, p. 9). Cette définition holistique rejoint celle des médecines alternatives et complémentaires ainsi que des médecines traditionnelles autochtones, asiatiques et africaines. Englobant l'environnement social, économique et politique en tant que composante constitutive, cette définition ouvre la porte à une analyse des déterminants de la santé afin de mieux comprendre les causes complexes de la maladie. Au nombre des déterminants reconnus, mentionnons le sexe, le revenu, l'origine ethnique ou nationale, l'orientation sexuelle, l'environnement et le travail. À leur tour, les déterminants ne doivent pas être appréhendés de façon restrictive, en termes étroitement épidémiologiques. Il convient plutôt de les concevoir comme des rapports sociaux producteurs de différenciations sociales et d'inégalités en matière de santé.

### Respect de l'autonomie des femmes et de leur droit au consentement éclairé

Selon la perspective féministe, les femmes ont le droit au respect de leur autonomie et de leur intégrité tant physique que psychologique. Elles ont le droit de recevoir une information suffisante au sujet des diagnostics posés sur leur état de santé et des

---

<sup>5</sup> L'autosanté est un concept utilisé par les féministes pour parler des auto-soins. Selon l'Office québécois de la langue française, le terme « auto-soins » signifie « actions par lesquelles une personne prend des décisions et pose des gestes concrets pour prévenir la maladie et faire face à des problèmes de santé en vue d'améliorer son état » (cité dans RQASF, 2004, section 3.1.1).

différentes possibilités de traitements. L'approche féministe favorise la présentation de divers points de vue au détriment d'une optique unique proposée par un membre du personnel médical ou soutenue par un système de santé.

### Analyses intersectionnelles

L'analyse intersectionnelle se définit comme une analyse intégrée des rapports sociaux de pouvoir (Crenshaw, 1991). Traditionnellement, les approches féministes ont insisté sur les rapports entre les hommes et les femmes seulement. L'intersectionnalité renvoie à l'analyse complexe des rapports entre les différentes catégories sociales, incluant les femmes marginalisées telles que les femmes issues des minorités ethnoculturelles et racisées, les lesbiennes, les femmes ayant des incapacités fonctionnelles et les femmes pauvres. Cette démarche d'analyse rejoint l'approche féministe et globale de la santé, telle que nous venons de la définir.

## 2.3 Le cancer du sein selon l'approche féministe et globale de la santé : quelques considérations

L'idée que le cancer du sein – comme d'autres cancers – résulte d'une multiplicité de facteurs, et en partie de facteurs environnementaux et sociaux, est maintenant de plus en plus acceptée. Néanmoins, cette opinion ne rejoint pas encore massivement la pratique dans les sphères du politique et de la recherche. Un fossé sépare toujours l'approche biomédicale du cancer du sein de la perspective qu'adoptent plusieurs féministes. Cet écart se constate notamment au chapitre de la conception de la prévention.

Bien que les facteurs génétiques ne soient associés qu'à seulement 10 % des cas de cancer du sein, la recherche s'y concentre, laissant peu de place à la prévention (Chernomas et Donner, 2004, p. 10). De fait, pendant de nombreuses années, et encore aujourd'hui dans certains milieux, la recherche déconsidère la prévention du cancer du sein. Au cours des années 1990, la « prévention » signifiait à peu près n'importe quoi : « La mammographie à haute définition, l'inhibition des estrogènes à l'aide du tamoxifène et des agonistes de la GnRH, et les tests génétiques suivis de la double mastectomie préventive étaient considérés pêle-mêle comme de la prévention, au même titre que la recherche sur les matières grasses dans le régime alimentaire, la réduction de la consommation d'alcool et la consommation de brocoli » (Batt, 1998, p. 263).

Dans ce rapport, il n'est pas opportun de rendre compte de façon détaillée des travaux réalisés selon l'approche globale de la santé (Kasper et Ferguson, 2000). Dans l'exposé qui suit, nous nous limitons à évoquer les oubliées du système, à savoir les femmes issues de différentes minorités, dont l'approche intersectionnelle rend compte. Une courte section sur l'autoexamen des seins en tant que pratique d'autosanté clôt le chapitre.

### 2.3.1 Intersectionnalités

Plusieurs études attestent que les femmes issues de certains groupes de population minoritaires, recourent moins aux tests de dépistage, tels le test PAP (frottis vaginal) et la mammographie de dépistage (Barile, 2004; Mays *et al.*, 2002; Ward *et al.*, 2004). Parmi ces minorités, se trouvent les lesbiennes, les personnes appartenant à des communautés ethnoculturelles ou racisées et les personnes vivant des situations de handicaps physiques ou intellectuels. Les causes de ce phénomène sont multiples mais peuvent s'expliquer en général par une moindre accessibilité aux services pour ces populations.

Lors de notre première recherche sur les participantes au PQDCS, le lieu de naissance, le niveau de scolarité et le niveau de revenu ont fait l'objet d'analyses statistiques (RQASF, 2004a). Pour la présente recherche, dans l'étude des rapports entre le per-

sonnel de santé et les participantes, nous avons aussi tenu compte, dans nos deux questionnaires de recherche, d'autres variables comme les femmes issues des minorités ethnoculturelles et racisées et les femmes ayant des incapacités fonctionnelles.

Nous évoquerons ici des pistes de réflexion sur ces deux catégories de participantes, en lien avec le cancer du sein et l'accessibilité des services. Nous donnerons ensuite quelques informations sur la situation des lesbiennes, bien que ces femmes n'aient pas été ciblées par l'étude. Par ailleurs, les femmes des Premières Nations (femmes autochtones vivant sur des réserves), qui constituent l'une des populations les plus vulnérables au pays, vivent une situation particulière. Pour des raisons de juridiction fédérale-provinciale en matière de santé, ces femmes ne bénéficient pas des services du PQDCS.

### Femmes ayant des limitations fonctionnelles

Selon Patrick Fougeyrollas (1998), le fait d'étiqueter des personnes comme étant « handicapées » comporte des effets bien réels sur leur participation sociale. Cette analyse a été adoptée par Action des femmes handicapées de Montréal dans une évaluation détaillée de l'accessibilité au PQDCS pour les femmes ayant des limitations fonctionnelles (Barile, 2004). Nous avons fait nôtre une telle approche relationnelle et sociale du handicap. Les personnes ayant des limitations fonctionnelles ne vivent ces limitations que dans un contexte social donné : « le handicap est une caractéristique non pas de la personne, mais de l'interaction entre elle et son environnement » (Fougeyrollas, 1998). C'est pourquoi nous utiliserons également l'expression « femmes vivant des situations de handicap ».

Lors de son évaluation de l'accessibilité du PQDCS aux femmes ayant des limitations fonctionnelles, Action des femmes handicapées de Montréal a procédé à la visite de plusieurs établissements du PQDCS (Barile, 2004; 2006). Quatre femmes ayant des « handicaps » (visuel, auditif, intellectuel et physique) ont visité les 5 CRID et 11 CDD de Montréal. Elles ont identifié des « facilitateurs », des « barrières » et des « situations de handicap ». Les éléments évalués concernent la localisation et certains facteurs extérieurs tels le stationnement ou les ascenseurs; les portes d'entrées; les salles d'attente; les salles de déshabillage; les toilettes; les salles de mammographie; les salles d'échographie; les communications écrites, audiovisuelles ou d'autres formats; les téléphones publics; l'accueil et les attitudes; la communication avec le personnel.

Plusieurs problèmes d'accès pour les femmes en fauteuil roulant découlent de la taille trop réduite des locaux. De plus, les documents ne sont pas disponibles en formats alternatifs. Le formulaire de consentement a été jugé non accessible pour les femmes qui ont des handicaps visuels, pour les femmes Sourdes<sup>6</sup> et pour celles qui ont des handicaps intellectuels. Ces femmes ont estimé que les caractères étaient trop petits et les mots « trop difficiles ». En ce qui concerne l'attitude du personnel, elle correspond à l'attitude générale de la société envers les personnes ayant des limitations fonctionnelles.

### Femmes issues des minorités ethnoculturelles et racisées

La majorité des études nord-américaines et européennes sur le cancer du sein concernent les femmes issues de la majorité « blanche ». Toutefois, des études internationales et états-uniennes attestent d'une plus grande vulnérabilité à la maladie

<sup>6</sup> Sourde avec un S majuscule réfère aux femmes utilisant la langue des signes, qui se considèrent membres d'une minorité culturelle et linguistique (Barile, 2004, p. 3).



chronique et au cancer chez les femmes issues des minorités ethnoculturelles et racisées. Cette situation s'explique en grande partie par la discrimination et la pauvreté que subissent de façon accrue ces populations, et plus encore les femmes (Galabuzi, 2001; Solarz, 1999, p. 61). Des liens ont été établis entre le revenu et le taux de mortalité par cancer, notamment par cancer du sein (Ward *et al.*, 2004, p. 82). Le stade de détection du cancer est plus tardif chez les personnes pauvres que les autres (*Id.*, p. 86). Le taux de dépistage chez les femmes immigrées depuis moins de 10 ans est par ailleurs plus bas (*Id.*, p. 85). De plus, les soins fournis aux femmes diffèrent selon leur milieu socioéconomique, ce qui influence également leurs chances de survie (*Id.*, p. 88).

## Lesbiennes

Dans une recherche qualitative sur l'accessibilité des lesbiennes aux services sociaux et aux services de santé en général, nous avons mentionné que ces femmes représentent une population « invisible », une invisibilité due principalement à la discrimination homophobe et lesbophobe (RQASF, 2003). Les recherches épidémiologiques et statistiques portant sur cette catégorie de femmes posent des défis méthodologiques spécifiques car leur nombre, leurs pratiques de santé et leur taux de morbidité ne sont souvent pas recensés. Ces défis s'accroissent lorsqu'il est question des lesbiennes âgées entre 50 et 69 ans : celles-ci dévoilent encore moins souvent leur orientation sexuelle que les femmes plus jeunes.

Les lesbiennes constituent une population d'une étonnante diversité en termes d'ethnicité, d'âge, de lieu de résidence, de nombre d'enfants, etc. Des réalités communes se dégagent toutefois : socialement, elles se révèlent plus pauvres et plus vulnérables (RQASF, 2003). En général, elles sont considérées plus susceptibles de développer un cancer du sein. Des études indiquent qu'elles présentent des facteurs de risque plus élevés que les autres femmes comme une nulliparité plus fréquente ou une consommation d'alcool et de tabac plus importante (Valanis *et al.*, 2000). Par contre, elles ont moins recours aux contraceptifs oraux. Selon le comité sur la santé des lesbiennes de l'Institute of Medicine (États-Unis), la question de savoir si les lesbiennes sont réellement plus à risque de développer un cancer du sein au cours de leur vie demeure sujet à controverse (Solarz, 1999). Selon cette opinion, les études se contredisent. Une chose est certaine : elles ne présentent pas les mêmes facteurs de risques que les autres femmes (*Id.*). Nonobstant cette polémique, les mêmes auteurs soulignent que les lesbiennes se perçoivent elles-mêmes plus à risque. Le petit groupe étudié lors de notre étude rejoint cette tendance (RQASF, 2003).

Quant au taux de dépistage parmi cette population, les études ne sont pas claires. Certaines avancent que les lesbiennes passent moins de mammographies (Mays *et al.*, 2001; Valanis *et al.*, 2000). Une autre étude n'indique pas de différence significative entre les lesbiennes et les autres femmes (Diamant *et al.*, 2000, p. 144). Pour leur part, les lesbiennes rencontrées en 2002 étaient très sensibilisées à la question du dépistage (RQASF, 2003).

### 2.3.2 L'auto-examen des seins : une pratique d'autosanté

Selon l'approche féministe et globale de la santé, l'autoexamen des seins est une pratique d'autosanté qui doit être encouragée par les autorités publiques. Toutefois, il importe de laisser le libre choix aux femmes. Il ne s'agit pas de savoir si l'autoexamen des seins réduit la mortalité par cancer du sein mais plutôt de faire en sorte que cette pratique soit adoptée comme mesure d'autosanté (voir la note 5), et non pour dépister le cancer. Il va de soi qu'en permettant aux femmes de connaître leurs seins et de noter tout changement, l'autoexamen des seins contribue à la santé des femmes.



## **PARTIE II**

# **ÉTAPE 1 : L'ENQUÊTE POSTALE**



# Chapitre 3

## Résultats et discussion

### 3.1 Participation

Lors de cette première étape de la recherche, 389 questionnaires ont été postés au personnel du réseau de la santé impliqué dans le PQDCS et une relance postale a été effectuée auprès de 260 personnes. Des 265 questionnaires retournés, 18 (6,8 %) constituaient un refus clairement affirmé – aucune question complétée. Le taux de participation ou de réponse à la première étape s'élevé donc à 63,5 % (n : 247/389).

La très grande majorité du personnel étudié a complété la version française du questionnaire (n : 252/265; 95,1 %). Au total, 18 questionnaires en anglais ont été postés et 13 nous ont été retournés.

Des 247 personnes qui ont répondu à l'enquête postale, 186 (75,3 %) ont affirmé intervenir, en personne ou par téléphone, auprès des femmes participant au PQDCS alors que 61 (24,7 %) n'y sont pas appelées. Par conséquent, **seules les réponses de ces 186 questionnaires ont été comptabilisées** (Tableau 11).

Des commentaires ont été ajoutés à 75 questionnaires (40,3 %). La nature des propos va de simples précisions sur certaines questions jusqu'à des réflexions plus approfondies sur le rôle du personnel et sur les conditions dans lesquelles le soutien est offert aux femmes qui participent au PQDCS. L'analyse de ces commentaires est intégrée au volet qualitatif de l'étude (Partie III).

### 3.2 Profil de la cohorte étudiée (n : 186)

#### 3.2.1 Sexe

Les femmes forment la très grande majorité du groupe étudié (89,2 %) (Tableau 1).

#### 3.2.2 Âge

Le personnel âgé de 50 ans et plus constitue le groupe le plus important (37,6 %), suivi de près par celui des personnes âgées entre de 20 et à 39 ans (37,1 %) (Tableau 2).

#### 3.2.3 Lieu de naissance

La plupart des participantes et participants (85,9 %) à l'enquête sont nés-es au Canada. Des pays d'Europe et du Moyen-Orient figurent parmi les autres lieux d'origine les plus fréquents (Tableau 3).

#### 3.2.4 Langue

La quasi-totalité des personnes (98,4 %) s'expriment en français et un nombre légèrement moindre parle l'anglais (82,3 %). À la rubrique « Autre langue », une minorité (19,3 %) a déclaré pouvoir communiquer dans d'autres langues pour un total de 11 langues différentes (Tableau 4).

### 3.2.5 Scolarité

Alors que près de la moitié du personnel consulté (47,8 %) a complété une scolarité de niveau universitaire, la plupart des autres ont réussi des études de niveau collégial (38,2 %) ou secondaire (8,6 %) (Tableau 5).

À la rubrique « Autre scolarité » (19,2 %), les réponses compilées réfèrent principalement à des études en secrétariat.

### 3.2.6 Emploi

Au nombre du personnel du réseau de la santé ayant répondu au questionnaire, 35,5 % sont des technologues, 20,4 % des infirmières, 13,4 % des employées de bureau, et 10,8 % sont des radiologistes (Tableau 6).

### 3.2.7 Lieux de travail

Parmi les 186 personnes qui ont rempli le questionnaire, plus de la moitié (53,2 %) travaille dans un CDD, le tiers (33,3 %) dans un CRID, et 18,3% dans des CSSS. Sous la rubrique « Autres établissements » (4,3 %), une petite proportion du personnel provient du Centre de coordination des services régionaux (CCSR) du PQDCS et de la Direction de la santé publique (DSP) (Tableau 7).

À noter que 13 personnes travaillent à la fois dans un CRID et un CDD. Il s'agit de 11 radiologistes et de 2 technologues. Les réponses de ces individus ont été dénombrées à la fois dans les CDD et dans les CRID. Les nuances concernant leurs pratiques respectives sont apportées dans le bilan des entrevues.

### 3.2.8 Expérience globale de travail

Quatre individus sur dix (40,3%) possèdent une expérience de travail de 21 ans et plus, alors que près du tiers (31,7 %) en ont 10 ans et moins (Tableau 8).

### 3.2.9 Expérience auprès des participantes au PQDCS

Un peu moins de la moitié de la cohorte (45,7 %) a plus de cinq ans d'expérience avec le PQDCS (Tableau 9).

### 3.2.10 Statut de travail

Près des trois quarts du personnel consulté (74,2 %) travaillent à temps complet (Tableau 10).

## 3.3 Intervention auprès des participantes au PQDCS

La grande majorité du personnel étudié (80,1 %) agit auprès des femmes dans le cadre de la mammographie de dépistage. Cette proportion est de 81,7 % pour les examens complémentaires (Tableau 11.1).

Quant au nombre de participantes au PQDCS auprès desquelles le personnel intervient, il existe un écart considérable entre les établissements et entre les différents types d'emploi. À titre d'exemple, les technologues des CDD peuvent rencontrer entre 15 et 200 participantes par semaine, selon les centres. Toutefois, une constante s'impose : les technologues, les réceptionnistes et

les commis à l'accueil ou au rendez-vous des CDD sont les personnes les plus fréquemment appelées à répondre aux femmes participant au PQDCS.

Par ailleurs, la très grande majorité des infirmières des CSSS n'intervient auprès des participantes du PQDCS qu'une ou deux fois par mois.

### 3.4 Pratiques de soutien social

#### 3.4.1 Offrir du soutien social

Dans l'ensemble, près de 8 intervenantes et intervenants sur 10 (78 %) considèrent qu'offrir du **soutien émotif** fait partie de leur travail, et presque tout le personnel (93,5 %) croit qu'offrir du **soutien informatif** relève de leurs fonctions (Tableau 12).

#### Soutien émotif

Dans les **CRID**, 82,3 % du personnel considère qu'offrir du **soutien émotif** fait partie de leur travail. Ce nombre se répartit en 92,3 % des médecins, 83,3 % des infirmières, 83,3 % des commis à l'accueil ou aux rendez-vous, 78,9 % des technologues, et 69,2% des radiologistes. Il est à noter que 21,1% des technologues ignorent si offrir du soutien émotif relève de leurs fonctions (Tableau 12.1).

Dans les **CDD**, 70,7 % du personnel considère qu'offrir du **soutien émotif** fait partie de leur travail. Ainsi, 78,9 % des commis à l'accueil ou aux rendez-vous, 76,5 % des radiologistes, 72,9 % des technologues et 46,2% des réceptionnistes croient que cela relève de leurs tâches (Tableau 12.2).

Il est à noter que 13,1 % du personnel des **CDD** ignore si offrir du soutien émotif fait partie de leur travail. Il s'agit de 30,8 % des réceptionnistes, 15,8 % des commis à l'accueil ou aux rendez-vous et 10,4 % des technologues (Tableau 12.2).

Dans les **CSSS**, 88,2 % du personnel – dont 87,8 % sont des infirmières – considère qu'offrir du soutien émotif relève de leurs fonctions (Tableau 12.3).

#### Soutien informatif

Dans les **CRID**, 93,5 % du personnel estime qu'offrir du **soutien informatif** fait partie de leur travail. Toutes les infirmières (100 %), toutes et tous les médecins (100 %), de même que la plupart des technologues (94,7 %), des commis à l'accueil ou aux rendez-vous, (83,3 %), et des radiologistes (84,6 %) croient que cela relève de leurs fonctions (Tableau 12.4).

Dans les **CDD**, une proportion semblable du personnel (92,9%) considère qu'offrir du **soutien informatif** fait partie de son travail. Toutes les réceptionnistes (100 %) et la totalité des commis à l'accueil ou aux rendez-vous, (100 %), presque toutes et tous les radiologistes (94,1 %) et les technologues (87,5 %) estiment que cela relève de leurs fonctions (Tableau 12.5).

Dans les **CSSS**, 94,1 % du personnel – dont 93,9 % sont des infirmières – considère qu'offrir du soutien informatif fait partie de leur travail (Tableau 12.6).

### 3.4.2 Modes de soutien social

Parmi les modes de soutien du personnel du réseau de la santé, l'information verbale est la plus répandue (93 %). Suivent l'écoute (78 %), le réconfort (68,8 %) et l'information écrite (35,5 %) (Tableau 13).

À la rubrique « Autre mode de soutien » (8,1 %), la plupart des réponses mentionnent fournir le nom de ressources que les femmes peuvent contacter au besoin.

Dans tous les types d'établissements, l'information verbale et l'écoute sont les pratiques de soutien les plus courantes alors que la remise de documentation écrite est beaucoup moins fréquente (Tableau 13.1).

### 3.4.3 Personne attitrée au soutien

Plus de la moitié du groupe participant à l'enquête (54,8 %) atteste que, dans leur établissement, aucune personne n'est spécifiquement désignée pour assurer le soutien social des femmes participant au PQDCS (Tableau 14).

Dans les **CRID**, 69,4 % du personnel affirme qu'une personne est assignée au soutien social des participantes au PQDCS dans leur établissement, alors que dans les **CDD**, cette proportion est de 8,1 %. Finalement, dans les **CSSS**, 35,3 % du personnel professionnel confirme la présence d'une telle personne (Tableau 14.1).

### 3.4.4. Soutien aux femmes ayant un handicap physique ou intellectuel

L'ensemble du personnel étudié considère qu'il y a peu de situations où il se sent « assez » (8,1 %) ou « très » (2,2 %) malhabile à apporter le **soutien émotif** aux femmes ayant un handicap physique ou intellectuel (Tableau 15).

L'ensemble du personnel étudié considère qu'il y a peu de situations où il se sent « assez » (7 %) ou « très » (4,8 %) malhabile à apporter le **soutien informatif** aux femmes ayant un handicap physique ou intellectuel (Tableau 15).

Dans les **CRID**, 11,3 % du personnel se croit « assez » ou « très » malhabile à apporter le **soutien émotif** à des femmes avec un handicap physique ou intellectuel. Cette proportion s'élève à 12,1 % dans les **CDD** et à 5,9 % dans les **CSSS** (Tableau 15.1).

Quant au **soutien informatif**, 11,3 % du personnel des **CRID** se croit « assez » ou « très » malhabile à offrir du soutien informatif aux participantes présentant un handicap physique ou intellectuel. Ce taux se chiffre à 11,1 % dans les **CDD** et à 17,6 % dans les **CSSS** (Tableau 15.2).

### 3.4.5 Soutien aux femmes des communautés ethnoculturelles

Près de trois personnes sur cinq estiment être « assez » (39,2%) ou « très » (20,4 %) habilitées à apporter le **soutien émotif** aux femmes des communautés ethnoculturelles qui participent au PQDCS (Tableau 16).

Les deux tiers du personnel affirment être « assez » (43,5 %) ou « très » (22,6 %) habilités à apporter le **soutien informatif** aux femmes des communautés ethnoculturelles qui participent au PQDCS (Tableau 16).

Dans les **CRID**, plus des deux tiers du personnel (69,4 %) considèrent être « assez » ou « très » habilités à offrir le **soutien émotif** aux femmes des communautés ethnoculturelles. La proportion est encore plus grande (80,6 %) pour le **soutien infor-**



**matif** (Tableaux 16.1-16.2).

Dans les **CDD**, les proportions sont moindres, tant pour le **soutien émotif** (55,6 %) qu'**informatif** (62,6 %) (Tableaux 16.1-16.2).

Dans les **CSSS**, environ la moitié du personnel croit être « assez » ou « très » habilitée à offrir le **soutien émotif** (53%) ou **informatif** (50 %) aux femmes des communautés ethnoculturelles (Tableau 16.1-16.2).

### 3.5 Formations

La majorité de la cohorte consultée (64 %) n'a pas reçu de formation en matière de soutien à offrir aux femmes qui participent au PQDCS (Tableau 17).

Pour la minorité (36 %) qui a bénéficié d'une formation, moins du quart (22,6 %) a été formé par le PQDCS ou a reçu un autre type de formation relative au soutien (19,9 %). Quelques personnes (5,9 %) ont suivi une formation d'intervention en contexte ethnoculturel (Tableau 17.1).

La rubrique « Autre formation » fait état de cours complémentaires en relation d'aide, en psychologie, des ateliers de formation sur l'approche des personnes atteintes de cancer, etc.

#### 3.5.1 Formation du PQDCS

Dans les **CRID**, environ la moitié des technologues (52,6 %) a reçu la formation du PQDCS. Cette proportion est inférieure pour les médecins (23 %), pour les infirmières (16,7 %), pour les commis à l'accueil ou au rendez-vous (16,7 %) et pour les radiologistes (7,7 %) (Tableau 17.2).

Dans les **CDD**, seule une minorité (20,2 %) du personnel a été formée par le PQDCS. Dans l'ordre, il s'agit des technologues (35,4 %), des radiologistes (11,8 %) et des commis à l'accueil ou au rendez-vous (5,3 %). Les réceptionnistes n'ont pas bénéficié de cette formation (Tableau 17.3).

Dans les **CSSS**, 15,1% des infirmières ont reçu la formation du PQDCS (Tableau 17.4).

#### 3.5.2 Formation d'intervention en contexte interculturel

Dans les **CRID**, une très faible minorité (6,5%) a reçu une formation d'intervention en contexte interculturel (Tableau 17.5). Cette proportion est encore plus faible dans les **CSSS** (6,1 %) et dans les **CDD** (3 %) (Tableaux 17.6-17.7).

### 3.6 Conditions d'intervention

#### 3.6.1 Temps disponible pour offrir le soutien social

Plus de la moitié du personnel étudié (54,8%) considère avoir « un peu » de temps pour offrir le soutien aux participantes au PQDCS. Alors que près du tiers (30,1 %) considèrent en avoir « suffisamment », 11,8 % estiment n'avoir « pas du tout » de temps à offrir (Tableau 18).

Dans les **CRID**, plus de la moitié du personnel (54,8 %), dont les radiologistes et les médecins (69,2 %), considère n'avoir que « un peu » de temps pour offrir le soutien aux participantes au PQDCS. La moitié des infirmières (50 %) et des technologues (47,4 %) disent en avoir « suffisamment » (Tableaux 18.1-18.2).

Dans les **CDD**, la majorité (52,5 %) du groupe consulté considère n'avoir que « un peu » de temps pour offrir le soutien aux participantes au PQDCS. Les technologues suivent cette tendance (56,2 %) alors qu'environ le tiers des réceptionnistes (30,8 %) estime n'avoir « pas du tout » de temps (Tableaux 18.1-18.3).

Dans les **CSSS**, les deux tiers des infirmières (66,6 %) ont « un peu » de temps pour soutenir les femmes (Tableau 18.4).

### 3.6.2 Lieux adéquats pour offrir le soutien

Plus des deux tiers du personnel étudié (68,8 %) jugent disposer de lieux adéquats pour offrir le soutien aux participantes au PQDCS (Tableau 19). Cette proportion est plus élevée dans les **CRID** (72,6 %) et les **CSSS** (73,5 %) que dans les **CDD** (59,6 %) (Tableau 19.1).

### 3.6.3 Matériel facilitant le soutien

#### Outils disponibles

La majorité de la cohorte (65,6%) estime posséder des outils facilitant le soutien des participantes au PQDCS (Tableau 20).

Les outils dont dispose le personnel sont, dans l'ordre : des brochures (59,1 %), des protocoles d'intervention auprès des femmes ayant des besoins spécifiques (22 %), un protocole d'intervention auprès de l'ensemble des femmes (13,4 %), une grille d'évaluation de l'anxiété (5,4 %), et d'autres outils (2,7 %) (Tableau 20.1).

Les réponses à la rubrique « Autre outil » (2,7 %) font référence à des personnes-ressources (infirmière du **CRID**, psychologues) ou encore au bottin des ressources d'Info-Santé.

La moitié du personnel des **CRID** (50 %) dispose de brochures facilitant le soutien des participantes au PQDCS et le quart (25,8 %) possède des protocoles d'intervention auprès des femmes ayant des besoins spécifiques (Tableau 20.2).

Plus des deux tiers (69,7 %) des **CDD** possèdent des brochures leur facilitant le soutien des participantes et près du quart (23,2 %) détient des protocoles d'intervention auprès des femmes ayant des besoins spécifiques (Tableau 20.3).

Plus de 4 **CSSS** sur 10 (44,1 %) possèdent des brochures facilitant le soutien des participantes au PQDCS (Tableau 20.4).

#### Outils développés

Dans la grande majorité des établissements (72 %), aucun outil n'a été développé pour faciliter le soutien des participantes au PQDCS (Tableau 21).

Le tiers des **CRID** (33,9 %) a développé des outils les aidant à soutenir les femmes (Tableau 21.1). Cette proportion est de 18,2 % dans les **CDD** (Tableau 21.2). Quant aux **CSSS**, 29,4 % d'entre eux ont mis au point ce genre de matériel (Tableau 21.3).

### 3.6.4 Ressources pouvant aider le personnel

#### À soutenir, sur le plan émotif, les participantes au PQDCS

La majorité du personnel étudié (64,5 %) ne connaît pas le nom d'une ressource ou d'une personne pouvant aider à soutenir, sur le plan émotif, les femmes qui participent au PQDCS (Tableau 22).

#### À offrir de l'information sur le PQDCS

Près de la moitié du personnel (48,4 %) ne connaît pas le nom d'une ressource ou d'une personne pouvant aider à soutenir, sur le plan informatif, les participantes au PQDCS (Tableau 22).

Dans les **CRID**, 62,9 % du personnel consulté connaît le nom de personnes ou de ressources pouvant aider à soutenir, sur le plan émotif, les participantes au PQDCS. Cette proportion est de 64,5 % en ce qui a trait à la connaissance d'une ressource pouvant les aider à offrir de l'information à ces femmes (Tableau 22.1).

Dans les **CDD**, 17,2 % du personnel connaît le nom de personnes ou de ressources pouvant aider à soutenir, sur le plan émotif, les participantes au PQDCS. Cette proportion est de 36,4 % en ce qui concerne la connaissance d'une ressource pouvant aider à offrir de l'information à ces femmes (Tableau 22.2).

Dans les **CSSS**, 41,2 % de la cohorte étudiée connaît le nom de personnes ou de ressources pouvant aider à soutenir, sur le plan émotif, les participantes au PQDCS. Cette proportion est de 47,1 % en ce qui concerne la connaissance d'une ressource pouvant aider à offrir de l'information à ces femmes (Tableau 22.3).

### 3.6.5 Personnes ou organismes à qui référer les participantes

Plus de la moitié de l'ensemble du personnel consulté (53,8 %) ne connaît pas le nom de personnes ou d'organismes à qui référer au besoin les participantes au PQDCS (Tableau 23).

Près des deux tiers des membres du personnel des **CRID** (64,5 %) connaissent le nom de personnes ou d'organismes à qui référer les participantes au PQDCS. Cette proportion chute à 32,3 % dans les **CDD** et à 41,2 % dans les **CSSS** (Tableau 23.1).

Il est à noter que dans les **CDD**, 42,1 % des commis à l'accueil ou aux rendez-vous, 41,2 % des radiologues, 27,1 % des technologues et 23,1 % des réceptionnistes détiennent le nom de personnes ou de ressources à qui référer au besoin les participantes au PQDCS (Tableau 23.2).

### 3.6.6 Entente(s) avec des ressources extérieures

Près de la moitié du personnel consulté (48,4 %) ignore s'il existe des ententes entre leur établissement et des ressources extérieures à qui référer au besoin les participantes au PQDCS (Tableau 24).

Dans les **CRID**, 45,2% du personnel ne sait pas s'il existe des ententes entre leur établissement et des ressources extérieures à qui il serait possible de référer les participantes au PQDCS. Ce taux est de 44,4 % dans les **CDD** et de 58,8 % dans les **CSSS** (Tableau 24.1).

## DISCUSSION

Près des deux tiers (63,5%) du personnel, représentant toutes les catégories d'intervenants et d'intervenantes engagées dans le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), ont répondu au questionnaire postal auto-administré. De nombreux commentaires (40,3%) ont été ajoutés aux questionnaires, témoignant ainsi de l'intérêt du personnel à partager son expérience auprès des participantes au Programme. Ce taux de participation est satisfaisant pour une enquête postale et permet de décrire sommairement le contexte d'intervention de celles et ceux qui œuvrent dans le PQDCS.

### Expérience professionnelle du personnel

La lecture des données sociodémographiques met en évidence les nombreuses années d'expérience de travail de plusieurs catégories de personnel. Le phénomène s'avère plus marqué chez les technologues dont la moitié ont 21 ans et plus d'expérience professionnelle. Ces données laissent présager que plusieurs de ces personnes prendront leur retraite à plus ou moins brève échéance. Du côté de la relève, à peine 31,6% des technologues des CRID et 20,9% des CDD ont 10 ans et moins d'expérience. Ces nouveaux effectifs suffiront-ils pour combler les postes vacants? Des mesures sont-elles prises afin de favoriser le recrutement et la formation de nouvelles technologues spécialisées pour la mammographie?

### Le soutien social des participantes au PQDCS

Les résultats de l'enquête postale démontrent que le soutien social (émotif et informatif) est offert aux participantes au PQDCS dans les différents établissements qu'elles fréquentent lors du dépistage et de l'investigation complémentaire. Dans les CDD et les CRID, le soutien informatif a nettement la préférence du personnel et l'information verbale constitue le principal mode de soutien utilisé. Contrairement à ce qui est recommandé dans le cadre de référence du PQDCS (MSSS, 1996), peu de documentation écrite est remise aux participantes en dépit de la disponibilité de brochures dans la plupart des établissements. Ces résultats corroborent ceux de notre enquête précédente (RQASF, 2004a), selon lesquels les participantes au PQDCS reçoivent peu d'information écrite et en réclament davantage.

Alors que la majorité du personnel dans les CRID considère qu'offrir du soutien émotif relève de leurs fonctions, moins des trois quarts de celui des CDD partagent cette opinion. Les résultats démontrent toutefois que la majorité de ce personnel écoute les préoccupations des participantes, ce qui constitue une forme avérée de soutien émotif. Ce paradoxe est possiblement lié au fait que le travail de soutien est si bien intégré à leurs occupations professionnelles quotidiennes, qu'il est en fait sous-estimé. Par ailleurs, un certain nombre d'employées de bureau et de technologues des CDD étroitement impliquées auprès des participantes, ignorent si offrir du soutien émotif relève de leurs fonctions. Cette ambiguïté est-elle attribuable à une communication défailante au sein de l'équipe de travail ou encore à une définition incomplète des mandats de travail respectifs? Qui plus est, le soutien des participantes devrait-il relever de tout le personnel qui les côtoie?

### La formation du personnel du réseau de la santé

Contrairement à ce qui a été recommandé dans le cadre de référence du Programme de dépistage (MSSS, 1996), une proportion importante du personnel des CRID et des CDD engagé auprès des participantes au PQDCS, n'a pas reçu la formation portant sur le Programme et le soutien à offrir. Pourtant, le cadre de référence est formel à cet égard et propose la « participation à des activités de formation du Programme de dépistage » (MSSS, 1996, p. 36). Or, à Montréal, au moment de l'enquête, la seule

formation jamais offerte par le Centre de coordination du PQDCS datait de l'année 2000. Compte tenu de l'important roulement de l'effectif des différents établissements, il n'est pas étonnant qu'un nombre aussi restreint ait bénéficié de cette formation. Par ailleurs, en référence aux conclusions de l'enquête du RQASF (2004a) où des failles dans le soutien social des participantes au Programme ont été identifiées, le manque de formation du personnel pourrait en partie expliquer ces lacunes. Celui-ci ne peut donc en être blâmé.

Alors que le paysage culturel montréalais se complexifie et que le nombre de femmes de diverses origines admissibles au Programme de dépistage s'accroît, une faible minorité du personnel des CRID et des CDD a été formée pour intervenir auprès des participantes des communautés ethnoculturelles. Or, si l'on veut s'assurer la participation de cette clientèle, il serait pertinent que le personnel développe les habiletés requises pour leur apporter tout le soutien nécessaire, dans le plus grand respect de leurs particularités sociales et culturelles.

### **Conditions d'intervention du personnel professionnel et le soutien des participantes au PQDCS**

Les conditions dans lesquelles évolue le personnel du réseau de la santé influencent sans l'ombre d'un doute la qualité des services offerts. Dans cette perspective, le temps dont bénéficient les intervenantes et les intervenants pour assurer le soutien social des participantes au PQDCS constitue un déterminant incontournable. L'enquête postale démontre que, dans les CDD et les CRID, moins du tiers du personnel considère avoir « assez » de temps alors que plus de la moitié ne dispose que de « un peu » de temps à accorder au soutien des femmes. Ces données soulèvent la question du temps requis pour soutenir correctement les participantes : un peu de temps est-il suffisant pour les écouter, les reconforter et les informer? Par ailleurs, ces résultats peuvent expliquer en partie ceux de la précédente enquête du RQASF (2004a). Ainsi, seulement deux participantes sur cinq, ayant obtenu un résultat anormal de mammographie de dépistage, ont confié ce qu'elles ressentaient au personnel professionnel de la santé en raison, notamment, de la faible incitation à le faire. Contraint par le temps, peut-on réalitement s'attendre à que le personnel encourage les participantes à s'exprimer? De plus, les commentaires ajoutés aux questionnaires laissent entrevoir un personnel conscient des besoins des femmes mais souvent incapable d'y répondre. Les membres du personnel apparaissent donc soumis à des conditions stressantes qui alourdissent leur fardeau de travail.

La situation semble plus difficile dans les CDD où, près d'une ou un intervenant sur cinq n'a « pas du tout » de temps et que la moitié ne dispose que de « un peu » de temps pour soutenir les participantes. Considérant cette cadence de travail et l'absence d'une personne spécifiquement désignée pour aider les femmes, celles-ci nous semblent pénalisées. En effet, en vertu des objectifs énoncés dans le cadre de référence du PQDCS le soutien des participantes doit être offert dès leur accueil pour le dépistage et tout au long du processus d'investigation. De surcroît, il y est recommandé que du personnel professionnel en intervention psychosociale soit disponible et « que les services de ce professionnel [soient] dispensés là où la femme reçoit l'ensemble de ses services » (MSSS, 1996, p. 30). Rappelons que cette exigence a été prescrite à l'intention des CRID où les participantes devaient se rendre pour les examens complémentaires, une étape des plus anxiogènes. La réalité diffère puisque environ 60% des femmes passent ces examens dans les CDD où aucun personnel n'est spécifiquement mandaté pour leur offrir le soutien nécessaire (RQASF, 2004a). Or, les femmes participant au Programme ont droit aux mêmes services dans tous les types d'établissements fréquentés. À cet égard, le PQDCS devrait exiger de tous le respect des normes fondatrices du Programme.

Le matériel disponible, l'environnement physique et l'accessibilité à des ressources figurent au nombre des facteurs qui facilitent le travail du personnel et favorisent le soutien des participantes. L'enquête démontre que des brochures destinées aux participantes se retrouvent dans la plupart des établissements mais que d'autres types d'outils sont beaucoup plus rares. Les CRID disposent de locaux propices au soutien des femmes, de ressources pour venir en aide au personnel qui les supporte ainsi que de ressources à qui référer les participantes, si le besoin s'en fait sentir. La situation est moins favorable dans les CDD tant sur le plan des locaux que des ressources pour appuyer le personnel et, encore plus en ce qui concerne les ressources de référence. Ce constat corrobore les données de l'enquête du RQASF (2004a) stipulant que 95% des participantes n'ont pas reçu le nom de ressources à qui elles pouvaient référer, si cela s'avérait nécessaire. À cet effet, les normes établies dès l'implantation du Programme recommandent que la totalité des participantes soit informée de l'existence de groupes d'entraide et des mandats spécifiques à chacun (MSSS, 1996).

L'ensemble des conditions mises en évidence dans cette première étape de la recherche est davantage adéquat à l'intervention du personnel des CRID. Dans les CDD, le personnel doit faire face à certaines embûches (temps, ressources, locaux) qui rendent plus difficiles le soutien des participantes au PQDCS. Néanmoins, en dépit de ces obstacles, les intervenantes et intervenants semblent composer avec la situation. Cependant, de telles conditions risquent d'être préjudiciables à la fois au personnel et aux femmes qui peuvent être privées du soutien social requis.

### **Limites méthodologiques du volet quantitatif**

Certaines erreurs méthodologiques ont été retracées à l'Étape 1 de la recherche (phase quantitative). Ainsi, la question s'intéressant à l'habileté du personnel à intervenir auprès des femmes vivant un handicap physique ou intellectuel (voir 3.4.4) comporte une négation qui nuit à la compréhension et prête à une mauvaise interprétation. Les résultats sont donc présentés à titre indicatif et aucune analyse n'a été réalisée à partir de ces données. Ce thème a toutefois été exploré en profondeur dans les entrevues.

De plus, 13 intervenantes et intervenants travaillent à la fois dans un CDD et dans un CRID. De ce nombre, 11 radiologistes partagent leurs activités professionnelles entre ces deux types d'établissements. Les réponses de tous ces individus ont été comptabilisées en double. Afin de pallier cette lacune et considérant le nombre important de radiologistes concernés-es, des analyses multivariées séparées ont été réalisées pour cette catégorie d'emploi. De plus, les entrevues rendent compte, dans les détails, de leur pratique auprès des participantes au PQDCS.

# **PARTIE III**

## **ÉTAPE 2 : LA RECHERCHE QUALITATIVE**

Chacun des quatre premiers chapitres de cette troisième partie examine une catégorie de personnel : personnel de bureau, technologues, radiologues, omnipraticiennes et infirmières. Chaque chapitre se divise en cinq sections. La première section expose le rôle qu'accorde de facto le PQDCS à un type de personnel, d'après les témoignages recueillis lors des entrevues. Une seconde section fait état des formations reçues, en lien avec le soutien et avec l'intervention auprès des participantes au Programme. Dans un troisième temps, l'analyse se centre ensuite sur les conditions d'intervention du personnel. Elle examine différentes dimensions de ces conditions telles que les rapports du personnel avec les participantes, le rôle du temps accordé pour effectuer son travail, l'évaluation des lieux de travail eu égard au soutien des participantes, la documentation dont il dispose, les ressources disponibles pour l'appuyer et, enfin, le climat de travail, de même que l'aide disponible pour soutenir ce même personnel. Une quatrième section explore les différentes conceptions et pratiques du soutien des catégories de personnel étudié. Enfin, le chapitre se conclut sur un exposé des propositions du personnel pour maximiser le fonctionnement du Programme, accroître sa satisfaction au travail et améliorer le soutien accordé aux participantes.

Pour clore cette dernière partie, un dernier chapitre discute des liens entre notre première recherche sur les participantes et la présente recherche afin de faire ressortir les conditions nécessaires à l'amélioration des conditions d'intervention du personnel et du soutien accordé aux participantes au PQDCS.



## Chapitre 4

# Le personnel de bureau

Dans les CRID et les CDD, différentes tâches de secrétariat, de communication téléphonique et d'accueil au comptoir sont assurées par un personnel féminin dont l'appellation diverge selon les établissements. De ces intervenantes, nous avons rencontré deux commis à l'accueil (une dans un CRID et une dans un CDD), deux commis au rendez-vous (CDD), quatre réceptionnistes (CDD), une commis intermédiaire (CRID) et une secrétaire (CRID). Au total, 10 entrevues ont été réalisées, 8 en français et 2 en anglais, 7 dans des CDD et 3 dans des CRID.

### 4.1 Rôle

Étant donné la diversité des postes du personnel de bureau, les tâches détaillées dans cette section peuvent différer selon le type d'établissement, CDD ou CRID, et entre établissements de même type.

Dans les CDD, portes d'entrée du PQDCS où se déroulent la mammographie de dépistage et certains examens complémentaires, ces employées accueillent les femmes, les renseignent sur le Programme, les y inscrivent et leur font signer le formulaire de consentement de participation. Dans certains établissements, ce sont elles qui remplissent également le questionnaire du PQDCS relatif à leur état de santé et à leurs antécédents médicaux.

Parallèlement à l'accueil des participantes, les agentes de bureau des CDD prennent les rendez-vous téléphoniques pour les mammographies de dépistage. À ce moment, elles informent les femmes des consignes recommandées en prévision de cet examen : pas de café, pas de déodorant, etc. Elles leur font penser de ne pas oublier leur carte d'assurance-maladie ainsi que leur lettre d'invitation du PQDCS car ce document sert de prescription pour la mammographie. Elles fixent également les rendez-vous pour les examens complémentaires. Plusieurs d'entre elles apprennent aussi aux participantes l'anormalité détectée à la mammographie de dépistage. En sus de ces tâches variées, certaines compilent les résultats d'examens sur la base de données du PQDCS.

Dans les CRID, le personnel de bureau est également assigné à plusieurs fonctions. Ces employées accueillent les femmes et confirment les rendez-vous d'examens complémentaires. Toutefois, à ce moment, il est rare que les participantes ne soient pas déjà informées de leur résultat anormal de mammographie de dépistage. Ce personnel doit aussi « monter les programmes » pour les radiologues, c'est-à-dire organiser leurs horaires et préparer les dossiers des patientes. À cet effet, soulignons le défi que peut représenter la récupération des films de mammographies antérieures. Tout dépend de quel CDD provient la participante : il ne semble pas y avoir de norme établie pour le transfert des films des CDD vers les CRID. Parfois, le CDD expédie un dossier par messenger. Parfois, c'est la patiente elle-même qui doit se déplacer pour se les procurer.

### 4.2 Formations : des ratés

En règle générale, ce personnel se forme « sur le tas », avec l'expérience. Ces employées doivent apprendre par elles-mêmes leur rôle ainsi que le soutien à offrir aux participantes du PQDCS. Personne ne leur a indiqué exactement les limites de leur mandat, puisque les consignes en matière de soutien manquent de clarté et n'ont pas été explicitement établies. Parmi les 10 personnes que nous avons rencontrées en entrevue, seules 4 ont reçu la formation sur le PQDCS. Quelques autres ont été formées par un consœur de travail. La majorité rapporte peu de contacts avec les responsables du Programme. Ni manuel d'informations ni instructions particulières sur le dépistage ne leur sont transmis.

J'avais été une fois... je pensais que c'était une formation du PQDCS mais c'était comment fonctionnait le programme informatique alors [c'était] moindrement intéressant. Mais, c'est en demandant beaucoup et puis en dialoguant avec les [collègues qu'on se forme]. Et puis par les brochures, on reçoit quand même des informations, ce n'est pas nécessairement un manuel (25).

Bien, j'ai eu une semaine avec la fille qui est en bas, celle qui partait. Alors, bon, c'est ça, elle m'a « coachée » un peu pour m'expliquer un peu en quoi ça consistait et, à la longue, c'est sûr qu'on prend nos propres trucs (22).

Aucune employée rencontrée en entrevue ne rapporte avoir reçu de formation pour intervenir en contexte interculturel.

### 4.3 Conditions d'intervention : cumul des mandats, cumul des difficultés

Le personnel de bureau cumule des mandats exigeant des aptitudes et qualités fort diversifiées : tact, diplomatie et courtoisie avec les participantes au Programme, sens des responsabilités et minutie dans le traitement des dossiers. Concrètement, ces personnes assument un rôle de soutien indéniable. Ce soutien est-il reconnu comme partie intégrante de leur travail? Devraient-elles porter autant de responsabilités? Sont-elles assez formées? L'examen de leurs conditions d'intervention permet de réfléchir à ces questions.

#### 4.3.1 Rapports avec les participantes au PQDCS

D'après l'analyse des entrevues, les employées de bureau démontrent de la patience dans leurs rapports avec les participantes au PQDCS au téléphone et en personne, à l'accueil. L'anxiété des participantes et le mode de fonctionnement de l'établissement sont deux des trois principaux éléments qui affectent la qualité des rapports avec les participantes.

D'entrée de jeu, fixer les rendez-vous n'est pas une tâche toujours facile. Dans les CDD, des patientes, souvent stressées par la lettre d'invitation au dépistage, aimeraient obtenir sur-le-champ un rendez-vous pour leur mammographie. Considérant l'achalandage de plusieurs cliniques, les délais sont parfois longs et l'impatience de certaines femmes est, en maintes occasions, dirigée vers le personnel de l'accueil.

Là, il y a au moins trois mois [d'attente pour un rendez-vous] et puis, là, je vous avoue que si on a 50 appels par jour, les 50 chicanent après [moi]. C'est loin. On essaie de leur expliquer que c'est un dépistage, que si c'était un diagnostic, une urgence, on a toujours de la place. Mais là, c'est un dépistage et c'est les vacances et puis... tu sais, si elle a quelque chose, qu'elle parle à son médecin et [...] on va l'avancer (22).

Pour les rendez-vous d'examen complémentaires, certaines sont parfois aux prises avec des participantes « en panique » au téléphone, car leur médecin ne les a pas avisées de leur résultat anormal ni de la nécessité de subir ces tests. Ces femmes avaient-elles été informées de la possibilité même d'un rappel? Savent-elles que dans la grande majorité des cas, il ne s'agit que de confirmer la présence d'une lésion tout à fait bénigne? En raison de cette coordination des services défectueuse, l'échange au téléphone pour fixer un rendez-vous peut s'avérer ardu.

Outre l'anxiété des participantes et une organisation des services qui ne correspond pas aux normes établies par le PQDCS (annonce du résultat anormal), le peu ou le manque de temps dont disposent les employées pour effectuer leur travail est un

troisième élément qui intervient constamment dans leurs rapports avec les participantes au Programme.

#### 4.3.2 Manque de temps et multiples rôles : un stress et une surcharge de travail

Dans les CDD comme dans les CRID, les employées doivent passer beaucoup de temps à expliquer, à informer, sinon à convaincre. La quantité d'information à transmettre contraste avec le peu de temps disponible. Les ressources dont disposent les CDD à ce chapitre ne sont absolument pas équivalentes à celles des CRID.

##### **Le temps à l'accueil**

Pour bien gérer leur temps au poste d'accueil dans les CDD, le personnel de bureau doit affronter au moins quatre types de défis. Le premier défi concerne l'affluence d'une clientèle diversifiée. La mammographie ne représente en effet qu'un des multiples tests radiologiques offerts dans un CDD. Les employées reçoivent donc toute personne qui, à l'instar des participantes au PQDCS, peut manifester de l'anxiété avant un examen. Puisque les CDD sont des établissements très fréquentés, leur charge de travail est lourde et le temps pour fournir toutes les informations et rassurer la clientèle peut manquer.

Chaque patient qui se présente, peu importe pour quel examen, [...] s'il vient pour un lavement, il est inquiet aussi, il a peur. [...] C'est sûr que [le soutien] fait partie de notre travail sauf qu'étant donné la charge de travail qu'on a, ce n'est pas évident de commencer avec chaque personne. [...] C'est sûr qu'on ne peut pas se permettre de prendre 15 minutes, c'est évident. Mais je pense qu'elle est accueillie, là... (21)

Le deuxième défi concerne le manque flagrant d'information sur le PQDCS chez la majorité des patientes. Qu'elles franchissent la porte d'un CDD avec leur lettre d'invitation du PQDCS ou avec la prescription de dépistage d'une ou d'un médecin, la majorité des femmes détient très peu d'information sur le PQDCS. Plusieurs n'ont aucune idée de l'existence même de ce Programme, n'en connaissent pas le fonctionnement ni n'en saisissent les objectifs. Une dimension importante du travail du personnel d'accueil des CDD est d'expliquer le PQDCS et de convaincre des avantages d'y participer. Plusieurs employées déplorent ce manque d'information sur le Programme. Par exemple, des patientes pensent qu'en s'inscrivant dans le Programme de dépistage, elles n'auront plus besoin de voir leur médecin.

Bien que des patientes s'exécutent sans problème, faire signer le formulaire de consentement à participer au PQDCS représente un troisième défi, une « surcharge de travail ». Certaines femmes sont « réticentes » et opposent une « résistance » car elles ne sont pas au courant des raisons pour lesquelles on leur demande de s'inscrire dans une telle démarche formelle. Toutes les employées de la réception ne sont pas en mesure de relever ce défi, car il n'est pas facile de trouver le temps pour transmettre les informations pertinentes. Des participantes au PQDCS peuvent dès lors se trouver privées d'informations dont elles auraient besoin.

Les femmes ne savent pas ce qu'est le PQDCS. [...] [Mon rôle,] bien, c'est de les informer. Souvent, ça demande une surcharge de travail. Nous ici, des femmes qui ont plus de 50 ans [...], on leur demande si elles en font partie. Quand ce n'est pas le cas et qu'elles ne savent pas qu'est-ce que c'est, alors on doit expliquer et ça, c'est long. On n'a pas toujours le temps. Alors, des fois, c'est simplement le formulaire de consentement qu'on leur laisse, et puis, on espère qu'elles le lisent (25).

Là évidemment, juste le fait d'avoir à remplir un questionnaire pour eux autres... c'est une montagne. Elles ne veulent pas, elles sont comme réticentes, elles ont comme une résistance à... compléter le questionnaire. Il y en a qui nous disent : « Ah! Je vais répondre n'importe quoi ». Là, on leur explique que ce n'est pas pour nous, que c'est pour elles, c'est pour leur santé (21).

Quand elles arrivent, elles ne font pas nécessairement partie du Programme, ça peut être leur médecin qui les envoie passer leur mammo. Mais le médecin, sur notre requête, a coché « dépistage » parce qu'il n'y a pas de raison clinique que la patiente passe nécessairement une mammo. [...] À ce moment-là, nous, automatiquement, si la patiente a plus de 50 ans, bien on lui parle du Programme puis on l'invite à participer (23).

Le quatrième défi concerne le temps imparti aux tâches de bureau versus celui consacré aux tâches avec les participantes. Les pratiques diffèrent selon les établissements. Parfois, les employées passent une demi-journée au poste à l'avant, une demi-journée au téléphone. Certaines ne complètent l'organisation des dossiers qu'après en avoir terminé avec les patientes. Dans certains CDD, les postes de téléphoniste et de commis à l'accueil sont distincts, mais dans d'autres, ces employées doivent les occuper simultanément. Lorsque le téléphone sonne en même temps qu'une patiente pose des questions et que quelques autres attendent en ligne, cette situation engendre beaucoup de stress. De plus, les exigences de chacun des postes diffèrent.

We have to have our priorities right with the other work that we do, like I do with my paper work. If I'm needed at the front for five minutes I'll just do it. It's important to greet them and when they leave you need to have it clear, with the results [...] (20).

### **Le temps « aux rappels »**

Dans les CDD comme dans les CRID, les responsables des rendez-vous téléphoniques sont conscientes de l'inquiétude que provoque un rappel pour des examens complémentaires. Elles s'appliquent à offrir le temps nécessaire pour rassurer et informer les femmes. Certaines se dévouent même jusqu'à donner de leur temps après leurs heures régulières de travail.

Alors, quand c'est un suivi, je prends le temps. Que ça prenne deux minutes ou cinq minutes, je vais prendre le temps aussi, ça c'est sûr et certain. Je trouve que c'est important autant pour moi que pour la personne qui est au bout du fil (28).

Mon mari me disait : « T'arrives encore tard à soir. Bien là, j'étais au téléphone avec une patiente ». Si elle m'a appelée à 3h25 (je finis à 3h30) : « Madame, il est 3h30, je m'en vais ». Je ne peux pas faire ça ! Je ne peux pas. Il faut que je continue. Alors des fois, [...] il faut leur expliquer longtemps, des patientes anxieuses ou des patientes qui posent beaucoup de questions, hein, il y en a qui se posent des questions, beaucoup, beaucoup. Et là si ça va à moins 25, moins 20, je vais terminer ce que j'ai commencé (19).

En définitive, plus de la moitié des employées que nous avons rencontrées considère avoir du temps à accorder aux participantes, malgré les contraintes. Elles n'ont pas de « minuterie » à côté d'elles mais, dans les faits, elles ne disposent souvent que de trois, quatre ou cinq minutes. Dans certains CDD, il s'agit de gérer son horaire en fonction des demandes et de l'affluence, de façon à ne pas gêner le roulement des examens et ainsi, de ne pas faire attendre la technologue. Même celles qui affirment

ne pas avoir suffisamment de temps pour soutenir les participantes s'organisent pour passer quelques moments avec les femmes : « On prend quand même le temps ».

#### 4.3.3 Lieux : manque d'intimité

La moitié du personnel de bureau convient d'un manque d'espace assurant la confidentialité des échanges avec les participantes. En effet, le poste de réception où elles accueillent les femmes est habituellement adjacent à la salle d'attente. Hormis les cas plus exceptionnels où la communication s'effectue dans une autre langue que le français ou l'anglais, la majorité des personnes dans la salle d'attente saisissent leur conversation.

The only thing maybe is that there is not enough privacy. Yes, you are answering sensitive questions. [...] I speak Italian, so I tend to help the Italian patients with their questionnaire, so you're asking questions that you really don't want anyone to know the answer to. Because the reception has all the modality so you register a mammogram there. That's the only thing I can see, the whole privacy thing (24).

Je suis persuadée que tout ce qu'on dit au poste, en avant, dans la salle d'attente, ils entendent tout. Ça, je suis persuadée de ça. Les patients qui sont assis en avant, dans le demi-cercle là, ils entendent aussi. On n'a pas de place vraiment (19).

Une autre employée interprète différemment ce manque d'intimité. Selon elle, la confidentialité du nom de la personne étant respectée, les informations qu'entendent les participantes dans la salle d'attente leur sont utiles, car elles peuvent servir à dédramatiser un éventuel rappel.

Des fois, quand je rassure une patiente au téléphone, celle qui m'écoute : « Ouin, bien, ce n'est pas si pire, si elle me rappelle, je vais savoir ce qu'elle veut, ça ne m'inquiétera pas, parce que je vais savoir que ce n'est pas bien grave, que c'est juste un examen ». Ça a quand même deux revers [...]. Je la rappelle : « Ah! Madame, je vous ai entendue la semaine passée et tout ça, c'est correct. C'est quand mon rendez-vous ? » Souvent, ça va les rassurer pour ça, parce qu'elles ont déjà entendu que ce n'était pas un problème d'être rappelée (26).

Par contre, dans certains établissements, le personnel bénéficie d'un local en retrait pour les confirmations téléphoniques de rendez-vous : « Ça, c'est le bureau où je suis pour prendre les rendez-vous. Là où on parle au téléphone, c'est plus privé » (27).

Le poste d'accueil étant peu propice aux échanges confidentiels, une employée se questionne sur l'à-propos du rôle de soutien qu'elle serait censée assumer.

Bien, c'est pour ça [...], je vous dis que ce n'est peut-être pas la place idéale non plus pour nous. Donc, je pense, en tout cas, moi mon opinion, ça ne relève peut-être pas vraiment de notre [travail] (21).

#### 4.3.4 Documentation disponible et offerte

La documentation disponible et fournie est à peu près la même d'un établissement à l'autre. Pour la plupart, les employées n'ont pas démontré beaucoup d'intérêt pour ce genre d'outils. Peu d'entre elles semblent prendre conscience de la pertinence de remettre de la documentation écrite. Des documents différents sauraient-ils mieux appuyer leur travail?

Dans les CDD, la majorité des employées confirme la disponibilité de dépliants exposés sur les présentoirs ou dans les cabines de déshabillage. Toutefois, ces documents ne sont pas offerts d'emblée aux femmes : « Je les mets à [leur] disposition, parce que si on les donne systématiquement, il y en a qui les jette » (25). Seules deux employées affirment remettre systématiquement de la documentation écrite aux participantes. Il s'agit d'une brochure du PQDCS, en version française ou anglaise. La première explique le dépistage ainsi que le Programme, et la seconde, les raisons d'un rappel pour des clichés supplémentaires, soit l'investigation complémentaire. La documentation du PQDCS est jugée tout à fait pertinente et adéquate : elle les trouve « bien faits » et « complets ». Elle les donne aux participantes et leur dit qu'il est « important de les lire ». Elle estime avoir ainsi bien accompli son travail. Pour sa part, l'autre employée doute de l'intérêt des participantes pour l'information écrite, puisque plusieurs la lui redonnent.

Dans les CRID, la plupart des commis n'ont pas de documentation écrite à proximité de leur poste de travail. L'infirmière se charge de remettre la documentation pertinente.

#### 4.3.5 Ressources pour le soutien : situations contrastées

Dans les CDD, les employées n'ont pas de personnes ressources sur place ni de noms d'organismes à qui référer les participantes, si ce n'est la ou le radiologiste, dans certains cas. En conséquence, confrontées à la détresse des participantes au Programme, certaines affirment se sentir « tristes » pour ces personnes. Elles se sentent « démunies » aussi : « [Il ne faudrait pas] qu'on soit laissée toute seule dans des cas comme ça ». Pour se sortir de ce genre d'impasse, elles suggèrent habituellement d'appeler la ou le médecin traitant, personne la mieux placée pour répondre aux questions, en raison de sa connaissance de l'histoire et du dossier médical de la patiente.

Moi, je leur dis d'appeler leur médecin, parce qu'une copie du rapport a été envoyée à leur médecin puis lui, il va vraiment pouvoir lui lire le rapport, puis lui expliquer [...] puis, le médecin est beaucoup plus apte à aider la patiente, à lui expliquer quel est le rapport puis quels sont les examens qu'elle va passer (23).

On fait juste leur dire de téléphoner à leur médecin. C'est la seule [res]source qu'on [puisse] leur [donner]. Parce que, dans le fond, c'est vraiment la bonne personne, c'est leur médecin. Ils connaissent quand même leur patiente et leur dossier, alors c'est vraiment le médecin [qui peut les aider] (28).

Unaniment, le personnel à l'accueil dans les CRID affirme diriger à l'infirmière les patientes particulièrement inquiètes. Considérant la gradation de l'anxiété au cours de l'investigation complémentaire, surtout quand arrive le stade de la biopsie, cette ressource interne s'avère fort précieuse. Par respect de la vie privée des patientes, il fait consensus que le soutien le plus important ne peut se donner à la réception.

Often, patients will meet the nurse, here, whose services are really great if they are nervous. Because we try not to get into it, because we want to respect their privacy and we don't want to be talking about tumors and biopsies in the waiting room in front of everyone. So, it's important that they meet [the nurse] since like I'm saying, you can really have a pamphlet on biopsy, since it would just have too much information and really scare the patient if they know they are going to get one. So, in this way [the nurse] is key (20).

Une patiente qui est très inquiète, qui arrive en pleurant... bon, elle a besoin d'être rassurée. Moi, en tant que commis, je ne peux pas aller bien loin. Euh, à ce moment-là on peut la référer [...] à l'infirmière ici. [...] Quand vient le temps de la biopsie, là c'est un petit peu plus, excusez l'expression, touchy. Encore là, on ne peut pas aller bien loin, on n'est pas infirmière, technologue ou médecin ou quoi que ce soit, alors on essaie de les rassurer du mieux qu'on peut, et au pis aller on les réfère à l'infirmière (19).

#### 4.3.6 Climat de travail : esprit d'équipe et entraide

Tant dans les CDD que dans les CRID, les employées que nous avons interrogées conviennent d'un climat de collaboration, de solidarité et de compréhension dans leur milieu de travail. Il peut arriver que la chef technologue, la directrice ou la coordonnatrice de la clinique se charge de soutenir l'une d'entre elles dont les émotions sont « à fleur de peau », pour ne pas accumuler trop d'émotions négatives. La synergie d'équipe se constate dans l'entraide dans les moments exigeants, qu'il s'agisse d'un plus grand achalandage ou de la nécessité de composer avec une surcharge d'émotions. Parler, ventiler entre collègues fait redescendre la pression. Pour s'entraider, elles s'échangent aussi parfois leur poste, lorsque la situation le permet. Dans certains CDD, il est possible pour celle qui accueille les participantes d'aller travailler au téléphone ou au dictaphone, et vice versa.

Entre nous, on a une bonne collaboration. Oui, oui, pas de problèmes. [Lors de moments difficiles,] on change de place. On envoie l'autre de l'autre côté et là on va faire un peu de dictaphone. Ça fait que c'est ça l'avantage : on s'en va de l'autre côté, on fait un peu de dictaphone. Là, on revient, on a, tu sais, la soupape a baissé, on recommence (22).

On parle entre nous, il y a une solidarité, une équipe, je ne sais pas comment c'est ailleurs, j'espère que c'est comme ça, parce que je trouve ça fantastique. Mais, c'est parce qu'il y a [...] des patients [avec lesquels] c'est difficile et [...] c'est vidant de rassurer quelqu'un et puis, on peut prendre [une pause] c'est beau dehors et [...] on se lève et on va marcher et [...] on va pleurer (25).

Il y a quatre filles en avant, [elles] font juste accueillir les patientes et puis quand je suis surchargée de donner des rendez-vous, ou le téléphone, elles vont m'aider [...] et quand c'est plus tranquille et les filles qui accueillent les patientes sont surchargées, alors moi, je vais les aider. Alors, on s'aide comme ça (28).

Cet esprit d'équipe découle d'une philosophie, d'un objectif d'aide aux participantes au PQDCS. Une caractéristique plus manifeste dans les CRID, où non seulement le personnel de bureau mais l'ensemble des intervenants et des intervenantes œuvrent dans une perspective de soutien aux patientes.

We are all there, together in this, and it helps the patients because we can see it. We are smiling, it's a nice team here, and it's recognized. I think that's really important. You know if they see that you have a rough day, someone will come up and say "Do you need an hour off?" or something like that. We're really strong, the techs, they all have strong ethics. We're lucky that we all have the same goal : the patients. Everything is about the patients and we care for each other, we're here to talk with each other. It's the same nature, with our supervisor or our environment, we need to be compassionate (20).

Une seule employée d'un CRID considère que son milieu ne lui offre pas un tel soutien lorsqu'elle en manifeste le besoin.

#### 4.4 Conceptions du soutien et pratiques

La grande majorité des employées que nous avons interrogées estiment jouer un rôle de soutien important. Elles assument un soutien à la fois informatif et émotif. Elles aiment leur travail avec les participantes au PQDCS et, pour elles, le soutien consiste en un accueil chaleureux, un sourire, du support, de l'écoute. Pour certaines, ce travail va bien au-delà des dimensions administratives de leur poste, c'est « plus qu'un travail », presque une vocation.

The emotional is the most important in my opinion, you know, being able to help them get through. You'll get women who are completely panicked, nervous wrecks, and you can help them. [...] This is more than a job, it's a service which touches people very deeply. You give them an ear or a shoulder (20).

Pour moi, soutien social, c'est [pour] toute personne qui a... besoin, que ce soit d'information, de réconfort, qui a besoin d'un sourire, quelqu'un qui se sent seul, qui [ne] sait pas qui aller voir. [...] Moi, c'est très, très global (25).

Les difficultés rencontrées autour des rendez-vous pour les examens complémentaires, ce que nous avons associé plus haut au mode de fonctionnement de plusieurs CDD lors de l'annonce du résultat anormal de mammographie de dépistage, affectent certaines employées de bureau. Une petite minorité se demande d'ailleurs si le soutien est présumé faire partie de leur travail. En l'absence de directives et de ressources, elles cherchent à se fixer certaines limites.

Enfin, notons qu'elles nous ont parlé de collègues plus « détachées », moins empathiques, qui ne seraient probablement pas d'accord avec leur conception du soutien. Ces collègues, selon elles, « bousculent » les patientes.

##### 4.4.1 Un accueil chaleureux, gage de réconfort

Les employées témoignent de l'importance de l'accueil qui se concrétise, d'abord, par une attitude rassurante et souriante créant un climat de confiance. Elles rassurent les participantes sur les compétences et la longue expérience de l'équipe de travail. Elles les encouragent gentiment en disant, par exemple, « ça va bien aller, ça ne veut pas dire que ça va être une mauvaise nouvelle ». Certaines font l'effort de cerner la réalité de la patiente : arrive-t-elle anxieuse à l'idée de se soumettre à un examen inconnu? La patiente est-elle seule, isolée?

Dans les CDD, lors de la mammographie de dépistage, des employées constatent que l'inquiétude des femmes est plus souvent liée à la crainte de la douleur et de l'inconfort causés par l'examen. Le soutien consiste alors à les encourager, à expliquer que le seuil de douleur de chacune diffère, que ce n'est pas confortable, certes, mais que ce mauvais moment sera vite passé. Soutenir, c'est rassurer par des informations pertinentes, mettre les patientes en confiance et s'assurer que le processus s'amorce bien.

Just talking to them more than anything. Telling them that, well, most of them are worried about the pain to be honest with you. That's the most that they are worried about. And we try to tell them it last only a couple of seconds and then we tell them that the technician is very patient, so we just tell them verbal support (24).



Ça fait qu'on essaie de les rassurer : j'ai peur, je n'aime pas ça. Bon, on dit : « C'est un petit 10 minutes, un petit 15 minutes dans une vie, ce n'est quand même pas dramatique, puis il y a des choses pires que ça dans la vie ». Puis, on essaie de dédramatiser un peu... (21)

Avec l'expérience, certaines « flairent » l'anxiété des femmes ou reconnaissent celles vivant une situation personnelle difficile. Elles tiennent compte du fait que ces patientes vivent une période de leur vie stressante et incertaine. Elles sont conscientes du fait que l'entourage immédiat de certaines participantes ne dispose pas nécessairement des informations ou des outils pour les réconforter. Par leur attitude douce, par leurs conseils, elles cherchent alors à désamorcer la tension. Elles développent des méthodes – l'ajout d'une note au dossier ou d'un ordre de priorité, par exemple – pour s'assurer que l'équipe de travail accorde une attention particulière au soutien de ces femmes. Certaines vont leur garantir le suivi d'investigation ou encore leur offrir un rendez-vous plus rapidement si une place se libère.

J'aime l'accueil parce que... quand elles arrivent, bien je sais... qu'elles sont... sont inquiètes depuis plusieurs semaines, donc elles ont passé déjà deux, trois étapes, puis c'est de les accueillir : « Nos technologues sont super fines, des soies... », c'est de les accueillir puis, bon, « bonjour... », en douceur, de... leur parler en douceur. Moi, c'est ça, j'aime bien ça leur sourire, déjà là elles deviennent comme plus calmes, elles sont moins anxieuses, quand on leur explique aussi qu'elles sont ici puis qu'on ne les retourne pas chez elles, qu'on va avoir le diagnostic (27).

Well sometimes you'll get someone in who is just crying, and so we can ask them to take deep breaths, sit down. Others are very relaxed. We had this lady the other day who made a joke. She was here for a biopsy and she said "I'm here to get my antenna put in", which shows that some of them you can tell have a good attitude. Others, it's like they've already been given the death sentence. So it can be 50-50, or maybe more of one certain days (20).

Bien, moi je l'écris, on en tient compte [d'une anxiété importante]. T'as comme un flair qui vient avec les années... le timbre de voix d'une patiente [...] c'est un réflexe qui se développe. Euh... on lui parle, on lui dit qu'on s'occupe d'elle, que sa requête [...] on la met sur le bureau, on met une note dessus [...] pour dire comment elle est, si elle est bien anxieuse ou si, bon, ses antécédents, tu sais, on écrit ça [...]. Bon là, on va prioriser parce qu'on sait qu'elle a déjà vécu, malgré la priorité du radiologiste, on va prioriser. Si une place s'ouvre là, on va leur demander : « Êtes-vous disponible en tout temps? Oui, je peux vous rappeler? » Une patiente qui est toute seule, tu sais, tu sens qu'elle est déjà isolée, donc n'a pas de soutien autour d'elle on va... Si c'est pas la priorité du radiologiste, on n'a pas enlevé la place de personne, nos priorités [numéro] 1 elles sont toutes placées [...]. Ça fait que celles qui sont anxieuses, oui, on en tient compte, beaucoup. On va les rassurer, on va leur dire qu'on s'occupe d'elles (27).

Dans certains cas extrêmes, une personne avoue même s'impliquer plus personnellement auprès d'une patiente et l'assurer de sa disponibilité pendant la durée de sa visite à la clinique, voire au-delà.

J'ai du temps dans mon cœur à leur partager. Je vais avoir un sourire pour elles et... dans bien des cas c'est important, ça m'est arrivé quelques fois de voir une dame partir en pleurant et on lui court après pour lui faire

un câlin. [...] Et ça arrive qu'il y a des femmes qui rappellent pour nous remercier d'avoir pris le temps... Ce n'est pas facile, je me sens démunie [...]. Tant qu'elles sont ici... Et elles ont besoin de me parler, je suis là jusqu'à la fin, [...], je vais leur donner tout ce que moi je peux leur offrir (25).

#### 4.4.2 Les rappels: embarras du personnel de bureau

Affronter l'annonce d'un résultat anormal, s'armer de courage et poursuivre l'investigation est un processus anxiogène pour les participantes au PQDCS. Les employées de bureau des CRID et des CDD sont confrontées à cette réalité. Alors que dans les CRID, elles peuvent s'appuyer sur l'infirmière et sur l'omnipraticienne, dans les CDD, elles questionnent les limites de leur mandat de soutien. La plupart se voit obligée d'annoncer le résultat anormal de la mammographie de dépistage au moment du rappel pour les rendez-vous d'examen complémentaires. Dans la majorité des cas, la consigne reçue est la suivante : « Rappeler [les patientes], les rassurer, mais ne pas dire ce qui est dans le rapport » (23). Nous n'examinerons pas ici les raisons historiques ou pratiques de ce genre de fonctionnement adopté par la plupart des CDD. Nous chercherons plutôt à cerner ses implications sur le travail des employées en lien avec le soutien des participantes au Programme. Par conséquent, nous présenterons certaines de leurs stratégies pour faire face à ces difficultés.

Notons que parmi les 11 CDD qui ont collaboré à la recherche, seulement 3 ne demandent pas aux employées de bureau de rappeler les patientes pour l'annonce d'un résultat anormal. Ce sont souvent les radiologues qui se chargent de l'appel. Là où le rappel des participantes est « automatique », les employées ont témoigné du fonctionnement de leur clinique.

On a quand même envoyé le rapport à son médecin. Mais des fois [...] les médecins c'est un petit peu plus long, ils ont tellement de patientes à voir et tout ça, alors ça peut prendre un petit peu de temps avant qu'ils appellent leur patiente pour leur dire de reprendre un autre rendez-vous. Alors c'est pour ça que moi, le radiologue me donne aussi le résultat. Ceux qui sont anormaux. Les autres, moi je ne les reçois pas. [...] Alors tout de suite, quand moi j'ai le résultat d'un dossier anormal, je rappelle tout de suite la patiente pour lui donner son rendez-vous pour le suivi de mammographie (28).

Automatiquement, nous on les recontacte pour savoir ce qu'elles veulent faire : si elles veulent venir les faire ici ou si elles veulent les faire à l'hôpital, ou si elles veulent en parler avec leur médecin avant ou... Mais nous, on les met au courant. Dès que nous, on le sait, là on les appelle (23).

Les employées de bureau des CRID et des CDD doivent composer avec l'anxiété des participantes lors de la prise de rendez-vous d'examen complémentaires, qu'elles aient dû annoncer elles-mêmes le résultat de mammographie anormale ou pas. Selon elles, il est essentiel d'aider les participantes à faire face à l'anxiété accrue que suscite cette étape. Que ce soit au moment de l'annonce au téléphone d'un résultat anormal de la mammographie, lors de la prise de rendez-vous ou à l'accueil, elles se soucient de réconforter les participantes en état de choc : « Mon médecin veut peut-être me cacher quelque chose ? [Peut-être] que c'est très grave et qu'il n'ose pas me le dire? » Elles tentent alors de rassurer les femmes et parfois de justifier les problèmes de communication avec leur médecin traitant-e. La principale stratégie pour apaiser les patientes est de fournir des explications simples mais claires. Enfin, elles tentent de justifier les raisons du rappel, (ré)expliquent le Programme de dépistage et, dans la mesure du possible, sécurisent les femmes. C'est avec empathie et patience qu'elles assument cette tâche auprès de patientes trop stressées pour écouter attentivement.

You talk to some people that are hysteric and you just have to calm them down. [...] So we make them appointments if they haven't been contacted by their doctors and we have to explain to them why. Because sometimes they won't understand why. So you know, we have to tell them, don't let yourself get scared, this is just routine you know. We try to use basic everyday language, saying that it's just follow up, they just need to take more pictures to get a little more detail in some place here or something. But they sometimes call in a panic and they don't understand because their doctors didn't call (20).

Les participantes posent souvent des questions en lien avec leur dossier radiologique. La nature des questions peut embarrasser les employées, qui n'ont pas accès à tous les renseignements spécifiques ou n'ont pas l'autorisation de les transmettre. De plus, les interrogations des patientes peuvent exiger des connaissances médicales qu'elles ne possèdent pas. Les employées de bureau doivent donc jongler entre le réconfort à donner et les informations qu'elles sont en mesure de leur fournir.

Bien, souvent les patientes vont demander pour quelles raisons elles doivent passer une échographie [...]. Puis là, nous on doit leur expliquer que ça peut être parce que les images à la mammographie n'ont pas été très claires, ça peut être parce que le médecin veut revoir une image en particulier. Mais en même temps, nous on n'est pas vraiment autorisé à leur dire tout ce qui est dans le rapport, ça fait que là il faut qu'on essaie de leur expliquer que des fois les seins sont plus denses, les tissus sont plus... épais, on voit pas bien, donc les radiologistes veulent faire une échographie. C'est vraiment de leur expliquer le mieux possible et le plus simplement possible aussi pourquoi elles doivent revenir (23).

Moi, je donne un autre rendez-vous pour des clichés supplémentaires ou pour une échographie ou quoi que ce soit. Souvent, les trois quarts du temps, les patientes sont toujours inquiètes. Elles me demandent tout le temps pourquoi. Alors moi je leur explique tout le temps : « Je n'ai pas de détails, j'ai juste une note du radiologiste de vous rappeler pour vous donner un rendez-vous et puis si vous avez des questions, appelez votre médecin, il va pouvoir vous dire votre résultat ». [...] Elles sont anxieuses, c'est normal aussi quand on se fait rappeler pour une deuxième mammographie, mais quand je leur dis de téléphoner à leur médecin, elles sont un petit peu plus rassurées (28).

Ces employées doivent souvent improviser. Elles peuvent devenir à court d'arguments pour calmer l'appréhension des femmes. Elles doivent expliquer avec simplicité certains mots spécialisés comme ce que signifie une « compression », et éviter d'en prononcer d'autres, tels que « cancer ».

Le mot compression fait très peur. Les femmes disent : « J'ai déjà eu une mammo, si en plus on me compresse! » Ça va être le même examen pour vous, sensiblement (25).

On essaie, on leur dit de ne pas s'inquiéter que pour l'instant il n'y a pas grand-chose. [...] Si on voit qu'elle est plus anxieuse, bon, on agit autrement... on met plus de beurre sur le pain... (22)

La situation peut devenir plus embarrassante au moment de la biopsie, car il devient encore plus difficile de se faire rassurante. Elles doivent nécessairement parler de façon mesurée : « Aider [les patientes] à ne pas trop s'inquiéter, mais en même temps les conscientiser [sur le fait] que c'est important qu'elles fassent l'examen » (23).

#### 4.4.3 L'intervention auprès des participantes issues des communautés ethnoculturelles ou racisées

De leurs rapports avec les participantes issues des communautés ethnoculturelles ou racisées, les employées ont principalement évoqué les difficultés de communication avec celles ne parlant pas le français ou l'anglais. Communiquer avec ces dernières représente d'immenses défis. Pour la prise de rendez-vous, elles peuvent souvent s'entendre avec un membre de la famille. Elles disposent d'un document avec des phrases traduites trouvées dans Internet, et parviennent de la sorte à demander qu'une personne parlant le français ou l'anglais les rappelle. Dans les cas extrêmes, elles téléphonent à la ou au médecin de la patiente, voire procèdent par courrier. La majorité affirme réussir toujours à communiquer, d'une façon ou d'une autre.

Si c'est au téléphone, on finit toujours par se débrouiller, moi je sais que (rires), moi je vais souvent, (rires) je suis assez débrouillarde, ça fait que je vais sur Internet puis sur les sites de traduction, puis là je vais traduire quelque chose en italien, en allemand, là j'essaie de me débrouiller, puis ils comprennent qu'il faut qu'ils appellent avec quelqu'un qui parle français ou anglais, ils appellent à ce moment-là. Mais si c'est trop compliqué, bien là on appelle les médecins. Ça fait qu'on va mettons appeler leur médecin. [...] On s'arrange avec le médecin pour donner rendez-vous à la dame [...] C'est jamais arrivé qu'on n'ait pas réussi à... communiquer avec une patiente (23).

Il y a toujours quelqu'un dans leur famille qui nous rappelle et puis après ça, on peut communiquer. On ne peut pas parler chinois, on ne peut pas... je veux dire, on n'a pas toutes les langues alors, mais [...] elles ont toujours... souvent elles ont un fils, une fille qui est au Québec, qui étudie, alors il n'y a pas de problèmes (21).

Des fois, [...] si] je comprends absolument rien, on leur donne rendez-vous par la poste à ce moment-là. Adviennent que pourra ! Nous, on fait ce qu'on a à faire, [...] on doit lui donner un rendez-vous, je lui envoie par la poste, qu'elle le fasse lire par quelqu'un si elle ne comprend pas ce qui est écrit, c'est bien clair sur notre papier (19).

Au comptoir, expliquer le Programme et signer le formulaire de consentement nécessite que la participante soit accompagnée, ce qui est généralement le cas. Parfois, un autre membre du personnel peut assurer la traduction.

Les employées de bureau que nous avons rencontrées se sont montrées sensibles au vécu particulier de ces participantes plus vulnérables. Elles perçoivent chez ces femmes que le processus « leur fait un petit peu peur ». La difficulté de communiquer peut représenter un problème important et pénible, sinon un obstacle infranchissable. La barrière linguistique prive certaines patientes d'explications auxquelles elles devraient avoir droit. Au téléphone, pour prendre un rendez-vous ou pour informer du résultat anormal de la première mammographie, il peut s'avérer frustrant de ne pouvoir les rassurer.

Pour les rappels surtout, c'est vraiment problématique. C'est patientes-là vont souvent être plus inquiètes parce qu'elles voient sur l'afficheur [le nom de l'établissement] qui appelle, mais elles ne savent pas pourquoi. Bien souvent, il y a un fils ou une fille qui va rappeler pour savoir pourquoi on a appelé [...]. Ça, je trouve que c'est frustrant parce qu'on ne peut pas parler avec les patientes et les rassurer que c'est juste un examen complémentaire et ce n'est pas parce qu'elles ont un cancer (26).

Aucune employée n'a relaté avoir éprouvé de difficulté particulière avec les femmes musulmanes. Des demandes concernant le sexe des radiologues pour les examens complémentaires peuvent à l'occasion survenir. Dans la mesure du possible, le person-

nel de certains établissements consent à cette requête lors de la prise de rendez-vous, alors que dans d'autres centres, de telles attentes sont jugées inadmissibles, dans un contexte de pénurie de radiologues.

#### 4.4.4 L'intervention auprès des participantes vivant des situations de handicap

De façon unanime, les employées affirment ne pas éprouver de problème particulier lorsqu'elles interagissent avec les femmes vivant avec un handicap moteur ou sensoriel. Elles sont généralement avisées d'avance lorsqu'une personne se déplace en fauteuil roulant et prévoient deux plages horaires, souvent une demi-heure, plutôt que 15 minutes. En ce qui concerne les femmes Sourdes, elles sont accompagnées d'une ou d'un interprète, ou utilisent le Relais-Bell<sup>1</sup> pour leurs appels téléphoniques.

La communication avec les participantes qui présentent des déficiences intellectuelles implique toutefois des difficultés distinctes. En autres, comment savoir si ces femmes sont en mesure d'accorder un consentement éclairé? C'est pourquoi on insiste sur la nécessité que ces participantes soient accompagnées. Pour les rassurer, le temps, la patience et l'empathie peuvent faire toute la différence.

She just came in with a social worker, so I think she was some sort of « psych patient, which sometimes can be double trouble. And we were having a tough time getting through the message, she didn't get why she needed a second mammogram, it was her second one [...]. And you know just being able to say thank you for being so good at listening and cooperative and giving her that little touch (putting your hand on her) asking her if everything was clear, it just made a world of difference. Apparently she'd called before on a Friday so we didn't get her call when she came in Monday, and she was confused about what she had to do. So I told her «Is this clear? If you go home later and it's not clear it's ok for you to call me. I don't mind repeating it for you». You know, you just gave her what she needed (20).

#### 4.5 Améliorations souhaitées

Nous rassemblons dans la présente section l'ensemble des suggestions relatives aux tâches du personnel de bureau, tant celles exprimées par les employées que nous avons rencontrées que celles des radiologues propriétaires de clinique. Rappelons que pour les fins de l'analyse, nous avons regroupé sous la catégorie « personnel de bureau » plusieurs titres d'emploi différents. Les améliorations que souhaitent ces employées se résument aisément. Cependant, les modalités ou possibilités d'application peuvent différer selon leur lieu de travail ou le poste occupé, que ce soit à la réception, à l'accueil, à la prise de rendez-vous pour une mammographie de dépistage, aux « rappels », comme secrétaire ou comme commis intermédiaire dans un CRID. Ces propositions d'améliorations se divisent en trois ensembles. L'organisation des services et le fonctionnement du PQDCS, incluant la disponibilité de la documentation à remettre aux participantes, apparaissent comme la première des priorités. Les formations viennent en deuxième lieu; précisions que celles-ci sont surtout réclamées par les employées elles-mêmes. Enfin, certaines insistent sur l'opportunité d'apporter des précisions à leurs mandats, dont celui concernant le soutien des participantes au

<sup>1</sup> Le service Relais-Bell permet à une ou un Sourd de communiquer avec une personne entendante ou l'inverse. Avec ce service gratuit offert par Bell, un ou une téléphoniste munie d'un téléscripteur sert d'intermédiaire entre les deux personnes qui veulent communiquer.

Programme, et sur l'intérêt de leur donner accès à des ressources professionnelles ou à des listes de ressources à qui référer les participantes.

#### 4.5.1 Fonctionnement du PQDCS et organisation des services : l'information avant tout

Plus d'information et de documents destinés aux participantes au Programme, de meilleurs outils informatiques, de meilleurs espaces pour assurer la confidentialité des dossiers des patientes sont au nombre des améliorations réclamées.

Selon plusieurs employées de bureau et d'autres intervenants-es rencontrées au cours de notre terrain de recherche, davantage d'information sur le dépistage et le PQDCS devraient être transmises aux femmes en âge de participer au PQDCS. Cette information pourrait être diffusée de façon générale par les médias ou avec l'envoi de la lettre d'invitation à participer au Programme. Il serait utile qu'un « aide-mémoire » destiné aux participantes soit inséré avec la lettre du PQDCS : ce petit carton pourrait indiquer certaines directives de base, réserver un espace pour inscrire le nom et l'adresse de sa ou son médecin, la date et le lieu de sa dernière mammographie, par exemple. Le caractère courant ou banal de la majorité des rappels pour examens complémentaires, qui surviennent dans 10 % à 15 % des cas, pourrait faire partie des informations incontournables. Des radiologues ont insisté sur l'importance de ce dernier élément pour faciliter le travail des employées aux prises avec l'anxiété des patientes au téléphone.

Pour compléter l'information de base, des dépliants sur la mammographie et les examens complémentaires devraient être disponibles dans toutes les cliniques. Une employée suggère également que des écrits vulgarisés comme des articles de magazine soient remis aux patientes. Ces publications permettraient aux femmes de se documenter sur le dépistage et l'investigation complémentaire. Enfin, une autre a soumis l'idée originale d'un petit « kit » de la nouvelle participante, comprenant des dépliants ou certains articles, à remettre aux femmes qui passent leur mammographie de dépistage pour la première fois. L'ensemble de la documentation devrait au minimum être entièrement accessible en anglais, et idéalement dans plusieurs autres langues. D'autres ont mentionné que le formulaire de consentement à participer au Programme gagnerait à être traduit dans différentes langues.

Selon plusieurs employées de bureau, les médecins traitants-es devraient jouer un rôle plus actif dans le Programme. Les médecins pourraient compléter les informations comprises dans la lettre du PQDCS ou renseigner leurs patientes sur le dépistage avant leur première visite dans un CDD. Les femmes risqueraient moins d'être surprises par la réception de leur première lettre d'invitation si elles avaient été informées au préalable.

I think the doctors need to play a more important role, be more active and give the women a warning about what they will be getting in the mail so they are expecting it. You know, but they are not. The patients need more than the 3 minutes explanation they are getting when they call on the phone about it. The doctor would be the best for explaining the choices and the reasons to do it. And like we were saying, they need better info from the beginning. They need strong roots to build their participation in the Program (20).

Outre l'information aux participantes, quelques autres questions d'ordre plus technique devraient être réglées. Ces employées sont d'avis qu'il faudrait résoudre le problème du transport des anciens films radiologiques lorsqu'une femme change de clinique ou lorsque ces films doivent être transférés d'un CDD vers un CRID. Seuls certains CDD s'assurent systématiquement que

les dossiers suivent les patientes là où elles sont dirigées en les expédiant, par exemple, par messenger. Il arrive que les femmes doivent elles-mêmes se déplacer pour apporter leurs anciens films à bon port ou que ce soit les employées qui doivent faire des démarches pour les retracer. Une d'entre elles suggère d'inclure une question au sujet des anciens films dans un éventuel « aide-mémoire » pour les participantes.

Certaines ont évoqué des difficultés rencontrées avec le programme informatique du logiciel LotusNote utilisé pour compiler des données sur les dossiers des patientes. Selon ces agentes, des modifications devraient être apportées. Pourquoi ne pas consulter les usagères du système informatique pour connaître les améliorations à apporter à ce programme?

Enfin, des employées soutiennent que certains établissements devraient revoir l'aménagement de leur réception afin de préserver la confidentialité avec les patientes.

#### 4.5.2 Besoins de formations

Étant donné les questions que posent les patientes au téléphone ou en personne, une formation de base sur le PQDCS, la mammographie et l'investigation complémentaire devrait être accessible, surtout à l'intention des nouvelles recrues. Même les anciennes considèrent qu'elles pourraient approfondir leurs connaissances. Une formation pourrait également les aider à savoir ce qu'il faut dire ou ne pas dire aux patientes selon les circonstances. Savoir comment approcher les patientes pour leur annoncer un résultat anormal constitue le genre de compétences qu'elles souhaitent améliorer.

Des employées ont parlé du roulement de personnel et des listes de rappel, des périodes de vacances ou de congé au cours desquelles des personnes non formées occupent un poste de façon temporaire. Ce problème pourrait être en partie contourné si une solide documentation, simple, bien résumée, expliquait clairement leurs tâches. Sans remplacer complètement les formations, certains outils pourraient être utiles. Un aide-mémoire avec des phrases clés ou des trucs serait bienvenu, particulièrement pour les nouvelles, le temps de prendre de l'expérience. Pourraient y figurer des indications pour rassurer les patientes lors des « rappels ».

Enfin, une employée a manifesté le besoin de communiquer davantage avec le reste du personnel assigné au PQDCS de son établissement, souhaitant que tout le personnel soit ensemble lors de journées de formation.

#### 4.5.3 Des limites de mandat à préciser

Où commence le mandat de soutien des employées et où s'arrête-t-il? À quel moment doivent-elles référer? À qui? D'emblée, la diversité des établissements et des contextes de travail rend difficile l'instauration de limites précises quant au mandat du personnel de bureau. Certaines employées espèrent un mandat moins vaste et plus clair, assorti de protocoles pour les cas difficiles. Dans les CDD, l'accès à une liste de noms de personnes ou d'organismes à qui référer les femmes au besoin permettrait d'augmenter leur niveau de satisfaction au travail, leur sentiment de l'accomplir avec compétence.

Dans une clinique où nous n'avons pas été en mesure de rencontrer une représentante du personnel de bureau, la technologue interrogée s'est plainte de « l'anarchie » et de la désorganisation qui règnent selon elle à la réception. Un poste entièrement dédié au PQDCS serait-il une solution à l'éparpillement des tâches?

## En résumé

Le travail du personnel de bureau est loin de se limiter à des tâches administratives. Assignées à de multiples fonctions, formées « sur le tas », ces employées assument un rôle fondamental dans le PQDCS. L'adhésion et le consentement des femmes à participer au Programme reposent en grande partie sur leurs épaules. Le plus souvent, le fardeau d'apprendre aux participantes que leur résultat de mammographie est « anormal » leur incombe. Malgré des conditions stressantes, mais grâce à un bon climat de travail, ces employées parviennent néanmoins à offrir du soutien aux femmes. Toutefois, toutes ne se sentent pas confortables avec les participantes qui manifestent un haut niveau d'anxiété. Eu égard à leur manque de formation et considérant la diversité et la complexité de certains cas, n'est-ce pas trop leur demander? C'est pourquoi plusieurs employées proposent que l'information destinée aux femmes ciblées par le PQDCS soit bonifiée. Elles souhaitent également être mieux formées et voir leur mandat précisé.



# Chapitre 5

## Les technologues

Nous avons rencontré 14 technologues, toutes des femmes. Douze entrevues se sont déroulées en français et deux en anglais. Dix technologues travaillent dans des CDD, trois dans des CRID et une seule partage son temps entre un CRID et un CDD.

### 5.1 Rôle

Le rôle des technologues auprès des participantes au PQDCS peut varier légèrement selon le type d'établissement et la variété d'examen offerts. Techniquement, le travail se ressemble assez d'un endroit à l'autre et consiste à réaliser la meilleure mammographie possible, avec le moins de douleur possible, ou encore à assister le radiologue dans la réalisation de certains examens complémentaires.

Les **CDD** étant dédiés avant tout à la mammographie de dépistage, toutes les technologues rencontrées réalisent cet examen. Préalablement, elles vérifient et remplissent le questionnaire du PQDCS et se chargent du développement des films. Selon la pratique des établissements, les technologues procèdent également à la seconde mammographie (agrandissement, compression). Elles assistent les radiologistes lors des échographies mammaires – pratiquées dans bon nombre de CDD – et lors des biopsies – dans deux CDD. Dans les cliniques privées (CDD), les technologues partagent de facto la responsabilité du soutien avec le personnel de bureau et les radiologues.

Les technologues des **CRID** reçoivent les participantes référées par les CDD. Il s'agit des femmes qui ont reçu un résultat anormal à la suite de la mammographie de dépistage et qui se présentent pour des examens complémentaires, en l'occurrence des mammographies de compression ou d'agrandissement, réalisées par les technologues. Celles-ci secondent les radiologistes lors des échographies et des biopsies. Des CDD envoient également au CRID plusieurs participantes vivant avec un handicap physique, jugeant très difficile ou impossible de réaliser leur mammographie de dépistage, faute d'installations adéquates ou de temps.

### 5.2 Formations : jugées suffisantes

Six des 10 technologues des CDD et seulement 1 des 4 technologues des CRID ont bénéficié de la formation du PQDCS. En majorité, ces intervenantes très expérimentées ne considèrent pas que ces formations ajoutent beaucoup à leurs compétences. Certaines soulignent que les connaissances acquises au cours de leurs études, lors des formations continues en radiologie, comme celles dispensées par l'Ordre des technologues en radiologie du Québec, ou encore durant des symposiums en mammographie, leur suffisent.

Ça ne m'a pas apporté beaucoup parce que, étant donné que ça fait longtemps que je suis dans le métier, c'est des approches qu'on apprend d'abord dans nos cours [...]. [Cela comprend] la psychologie des patientes un peu. La formation de base de technologue nous apprend comment approcher un patient, comment... et puis après ça, l'information de la mammographie [...]. Et il y a l'expérience qui est là aussi (03).

Le PQDCS nous a donné plein de soutien et avec les formations qu'on a eues pour faire la mammographie... on a eu l'Ordre des techniciens... il fallait avoir passé [le cours] Mammographie : techniques et difficultés. Je ne pense pas qu'on ait besoin d'autres choses pour ce qu'on fait ici (...). Je ne pense pas qu'on ait des besoins supplémentaires. Vous savez, ça fait 17 ans qu'on en fait, comme je vous dis, ça prend des choses pour nous

surprendre. C'est sûr que, des fois, il y a des femmes qui vont être plus stressées que d'autres, mais ça il n'y a pas deux personnes faites pareil, autant au point de vue mental qu'au point de vue physique (07).

Parmi les technologues interrogées, seules deux personnes affirment avoir suivi une formation sur l'approche interculturelle.

### 5.3 Conditions d'intervention : l'empathie en contexte de production

Le travail de technologue en mammographie requiert des compétences à la fois techniques et humaines. Il exige énormément d'endurance et de résistance au niveau des épaules et du dos ainsi qu'une grande force émotionnelle. La concentration doit être « totale à chacune des patientes », sinon, le risque d'un résultat faussement négatif ou faussement positif augmente. C'est pourquoi, en général, les technologues ne peuvent effectuer des mammographies qu'une demi-journée à la fois. Néanmoins, celles que nous avons rencontrées apprécient leur travail, même s'il est difficile.

C'est très fatiguant physiquement même la concentration parce qu'on a comme pas droit à l'erreur [...] mais ce que je veux dire, c'est qu'on doit avoir une concentration totale à chacune des patientes. Ce n'est pas comme un autre examen... une fraction de seconde, ce n'est pas comme ça. C'est vraiment la concentration qui doit être maximale (06).

#### 5.3.1 Rapports avec les participantes au PQDCS

La mammographie n'est pas un examen radiologique comme les autres : la technologue doit toucher les seins de la patiente. Travailler dans ce secteur requiert au préalable de se sentir à l'aise « collée collée avec les patientes », une relation très intime qui nécessite une grande délicatesse. Les techniciennes que nous avons interrogées préfèrent la mammographie aux autres examens radiologiques en raison de l'approche douce qu'exige cet examen. Elles aiment la « mammo » et s'investissent dans leur travail. Elles parlent sans arrêt avec les patientes tout au long de la procédure et tirent beaucoup de satisfaction d'un bon rapport avec elles.

Des technologues soulignent l'importance du premier contact avec les participantes. Une bonne dynamique doit s'installer dès le départ : un véritable climat de confiance. Cette proximité et cette intimité avec les femmes permettent un rapport personnel. À cet effet, les technologues dans la cinquantaine que nous avons rencontrées affirment qu'en général, les femmes craignent moins le regard posé sur leurs seins de la part d'une femme du même âge, que celui d'une jeune diplômée dans la vingtaine, voire dans la trentaine. Par ailleurs, certaines soulignent que chez quelques femmes ayant déjà subi de la violence ou des traumatismes, la compression aux seins peut faire remonter des émotions douloureuses ou rappeler des événements personnels ou familiaux pénibles. Certaines patientes se confient, racontent leur vécu.

[Les] patientes vont vous raconter des choses intimes parce que l'examen est intime. C'est les seins, alors on dirait qu'aussitôt qu'on va toucher un peu à leur intimité, elles se rouvrent plus, les patientes, elles parlent beaucoup (06).

Des fois, elles se confient aussi, elles ont besoin [...]. [Elles] nous racontent leur histoire, leur vécu ou [...] les antécédents : ma sœur a eu quelque chose, mon amie au travail a quelque chose et tout ça (08).

Les technologues rencontrent beaucoup de femmes qui ont peur de la mammographie, qui sont nerveuses, « shakent comme une feuille », se mettent à rire ou à pleurer. Certaines l'expriment, d'autres au contraire se ferment ou se choquent. Les réac-

tions des femmes interpellent les technologues qui doivent garder leur sang-froid. En particulier lors d'une mammographie complémentaire, l'interaction avec certaines participantes stressées par l'examen et par l'attente de résultats peut parfois s'avérer ardue pour ce personnel. Certaines patientes peuvent même insulter une technologue, qui se voit obligée d'intervenir pour imposer le respect.

Il y a des patientes aussi, les cas extrêmes qui viennent nous chercher rapidement... [...] Ça arrive [...] que les patientes ne nous aiment pas non plus et peuvent demander que ce soit une autre technologue qui le fasse. Ça arrive de temps en temps, pas fréquemment. Mais c'est sûr que si on a une mauvaise journée et on en a quatre en ligne qui ne sont pas gentilles... Moi, j'ai déjà eu des patientes qui, pas nécessairement à moi, mais qui blasphémaient pendant l'examen [...] « Ayoye ! Ma maudite ! » Ça fait que là, tu dis : [...] « Bien, là, moi je ne veux pas me faire parler comme ça. Je ne vous parle pas comme ça, si vous continuez, moi j'arrête, je ne fais pas votre examen, vous passerez à quelqu'un d'autre ». Et là, elle s'est calmée et elle s'est dit : « Bon, c'est correct. C'est pas contre toi que je suis fâchée » [...]. Quand tu en as trois, quatre en ligne, c'est plus lourd (14).

La plupart des femmes ont peur. J'en ai déjà eu une qui m'a regardée puis, elle est tombée sans connaissance [...]. Il y en a qui vont rire tout le temps de la mammographie, parce qu'elles [...] sont nerveuses, ça n'a pas d'allure, elles oublient leur sacoche, elles oublieraient quasiment leur dentier si on leur faisait enlever leur dentier, elles oublient tout, là, tu sais (05).

Ça nous interpelle [...], comment la personne va réagir. Il y a des personnes, oui, il y a des personnes qui nous touchent plus que d'autres [...]. Tu le sais qu'elle est inquiète, mais tu ne peux comme pas la rassurer non plus, elle a déjà créé un mur. Il y a des personnes plus difficiles d'accès comme ça. Il y a une chimie qui se fait facilement, mais il y en a d'autres [avec qui] c'est plus difficile (06).

Enfin, une technologue issue d'une minorité racisée nous a confié percevoir à l'occasion des réactions négatives de la part de patientes, ce qui ajoute une difficulté supplémentaire à ses journées de travail. Avec ces patientes, il est difficile d'établir un rapport de confiance, car la « chimie » ne passe pas. Il peut même ne pas y avoir « de confiance à gagner » du tout, puisque « la barrière restera toujours là ». Cette donnée vient compliquer la communication avec certaines participantes au Programme mais, habituée à vivre cette barrière « partout », elle essaie de ne pas en tenir compte et continue de faire son « maximum pour chaque patiente ».

Pour moi, c'est un manque de maturité, un manque d'intelligence. On ne peut pas juger une personne juste pour ça. Donc moi je suis là pour un travail, pour rendre service, entre guillemets, donc si ça vous arrête ce n'est pas très, très gentil, mais c'est son problème à elle, ce n'est pas le mien et je fais mon travail autant que si la barrière n'existait pas.

### 5.3.2 Prendre son temps, mais rapidement

Le temps accordé à la réalisation de la mammographie de dépistage varie selon les établissements. La majorité des CDD allouent 15 minutes à cet examen alors que d'autres n'y consacrent que 10 minutes : 10 ou 15 minutes pour appeler la patiente, la faire se déshabiller, vérifier ou compléter le questionnaire avec elle, la positionner, faire la mammographie et développer les

films. Il reste peu ou pas de « temps pour faire d'autres choses », que ce soit répondre à des questions ou donner des explications. La plupart des technologues trouvent que 15 minutes suffisent pour compléter l'examen tout en offrant le soutien aux participantes. Même 10 minutes peuvent suffire, selon certaines. Toutefois, ce rythme de travail intense peut être soutenu avec des patientes « standard » qui ne posent « pas trop de questions » et qui ne sont pas trop « stressées ». Cette situation idéale n'existant pas, l'horaire des technologues déborde nécessairement à l'occasion. La majorité affirme prendre le temps quand il le faut.

Bien, moi, je suis satisfaite présentement. Moi j'ai toujours le temps [en 15 minutes] de faire mon examen et de parler à ma patiente [...]. Souvent la patiente qui est standard, qui n'a pas trop de questions, pas trop d'appréhensions, ça va bien, on a le temps, on a le temps de jaser et tout ça. Si c'est une patiente un peu cas limite qui est vraiment angoissée et tout le kit, souvent ça va prendre plus de temps, ça fait qu'on déborde (14).

Oui, on a assez de temps. Parce qu'on a appris à faire nos examens, je vous dirais, vite et bien. C'est un peu paradoxal de dire ça : vite et bien, mais on travaille vite et bien parce que c'est un examen douloureux. Alors, on ne peut pas traîner ça en longueur [...]. [Quant au soutien des participantes], tout se fait en même temps. La patiente est avec nous 15 minutes. [...] Vous savez, il ne faut pas la garder là une demi-heure à gratter des bobos, comme on dit en langage particulier (07).

Des technologues déplorent ce rythme de travail, vu comme une pression induite à l'efficacité, et croient que le soutien est impossible dans ces conditions. Une telle cadence ne permet pas d'être à l'écoute des femmes. L'une d'elles, considérant ne pas être « capable de faire ça en 15 minutes », a même demandé et obtenu de son patron de prendre 20 minutes avec les patientes, pour leur mammographie de dépistage. Lorsque la situation l'exige, la plupart des autres technologues s'organisent pour prendre le temps nécessaire avec les femmes, au prix, toutefois, de leurs propres conditions de travail : stress, sentiment de plus ou moins bien répondre aux besoins des femmes, réduction de leur temps de pause pour le dîner.

Vu qu'on fait des demi-journées, [...] si je déborde dans mon avant-midi, bien je peux récupérer sur mon heure de dîner ou, tu sais, ce n'est pas comme... ça ne me dérange pas à ce niveau-là. C'est sûr que je ne veux pas faire attendre les patientes suivantes, si j'ai encore plusieurs patientes, bien je ne veux pas non plus que je sois en retard ou pour elles non plus parce que ce n'est pas intéressant pour elles, si on ne respecte pas l'heure de rendez-vous. Oui, on est capable de déborder un petit peu mais sans trop non plus (08).

Mon défi c'est d'être à l'écoute des femmes, tu sais, de... moi je ne suis pas capable de faire ça en 15 minutes, puis de passer à côté, je sors d'ici puis j'ai juste envie de pleurer [...]. On produit, mais quand on fait quatre à l'heure je m'excuse là, mais [...] tu ne peux pas être attentive à la femme, il faut qu'elle sorte de la salle pour que l'autre rentre. Puis si la femme te pose des questions [...], tu la pousses ailleurs : « Demandez à votre médecin »... Tu n'as pas le temps de travailler à ce niveau-là. Tu n'as pas le temps, même [si] ça te dérange (13).

Well I said we have very little time with the patients. There's a lot of pressure for efficacy. Like I said we only have 10 minutes. The system, the doctors, the schedule, it's all very stressed (10).

L'analyse du discours des technologues fait ressortir quelques-uns des facteurs expliquant le manque de temps alloué aux mammographies dans les CDD. Une technologue explique la cadence rapide des rendez-vous dans les CDD par l'impératif de rentabilité dans le privé. Dans les cliniques privées, ce n'est « pas très payant pour eux de faire une mammographie », alors pour couvrir leurs dépenses les radiologues propriétaires doivent encourager la production.

Une pénurie de technologues est aussi invoquée. Plusieurs approchant l'âge de la retraite, un problème de relève n'améliorera pas la situation. Par conséquent, la pression monte d'un cran lorsqu'une équipe de travail perd une technologue. Quelques-unes ont raconté devoir travailler dans un tel contexte : certains jours, il faut travailler des heures « sans pause et couper le dîner » (03).

Le manque de technologues touche également les CRID. Toutefois, les rendez-vous y étant plus espacés, celles que nous avons interrogées affirment avoir davantage de temps à offrir aux participantes, à les écouter et à les soutenir. De plus, la philosophie de travail des CRID, axée sur la satisfaction des besoins des participantes, est partagée par la majorité du personnel affecté au dépistage.

Je dirais [qu'au CRID], on prend beaucoup de temps, on est... j'ai l'impression qu'on est, je dirais, plus empathiques [...] [Personnellement, les] mammos, je les passe dans une clinique [un CDD], puis les technologues sont toujours très gentilles puis, bon, prennent le temps qu'il faut, sauf que ça se fait beaucoup plus rapidement que ça se fait ici. [...] Ici [...] on est prêt à se bousculer pour pouvoir donner du temps aux gens. Puis, je vous dirais, l'équipe qui est ici, on est tous comme ça (02).

### 5.3.3 Des espaces propices au soutien

Que ce soit dans les CDD ou dans les CRID, la très grande majorité des technologues dispose de lieux appropriés, puisque les salles d'examen offrent l'intimité requise pour le soutien des participantes.

### 5.3.4 Documentation disponible : « à quoi bon? »

Les entrevues révèlent que la plupart des CDD et des CRID disposent de matériel documentaire tels des dépliants et affiches sur le PQDCS ou sur l'auto-examen des seins. Dans la majorité des cas, des brochures sont accessibles et placées sur des présentoirs dans la salle de déshabillage, sur le comptoir de la réception ou dans la salle d'attente. Selon certaines technologues de CDD, les participantes sont peu intéressées à ces brochures parce qu'elles n'en demandent pas ou parce qu'elles les laissent traîner derrière elles : « On les ramassait dans les cabines, elles regardent ça, elles [les] mettent [de côté] ». Le dépliant sur l'auto-examen des seins apparaît plus populaire. À noter qu'à l'exception d'une seule, ces technologues ne remettent pas systématiquement de documentation écrite aux participantes. Plusieurs trouvent qu'elles n'ont pas « beaucoup de temps » : « On n'est pas là pour distribuer des papiers d'information, on est là pour passer un examen » (07). Certaines doutent de l'utilité de cette initiative et préfèrent transmettre leurs informations verbalement. Dans les CRID, les technologues apparaissent encore moins concernées par la remise de documentation écrite puisque le travail s'effectue en complémentarité et que ce mandat relève habituellement de l'infirmière.

### 5.3.5 Ressources pour le soutien : un intérêt mitigé

Lorsque la mammographie est terminée, il arrive que des participantes ne soient pas entièrement réconfortées et que le soutien doive se poursuivre. Le recours à d'autres ressources peut alors s'avérer indispensable. Peu de technologues dans les CDD disposent de ressources extérieures à qui référer les participantes du PQDCS au besoin. Dans quelques CDD, elles recommandent aux participantes de contacter leur médecin traitant-e ou proposent le nom d'un organisme s'intéressant aux femmes atteintes d'un cancer du sein, le Réseau québécois pour la santé du sein (RQSS2). D'autres technologues ne sont en mesure de conseiller aucune ressource. Certaines technologues affirment interpellier la chef technicienne si elles se trouvent dans une situation délicate ou si une femme est particulièrement difficile à rassurer. Cette question a semblé peu préoccuper les technologues interrogées, qui voient pourtant leur tâche alourdie par cette situation.

Les technologues des CRID assurent le suivi des participantes en les référant à l'infirmière ou à l'omnipraticienne qui les dirigent, au besoin, vers d'autres membres du personnel professionnel sur place.

Si je vois que je ne suis pas capable de rassurer assez ou que ça ne marche pas, je vais la retourner à l'infirmière. L'infirmière va faire son travail et si elle voit qu'elle n'est pas capable, il y a toujours une travailleuse sociale et à la rigueur il y a toujours le psychologue (03).

### 5.3.6 Climat de travail : entraide

À l'exception d'une technologue d'un CDD qui déplore travailler dans un milieu où « c'est chacun pour soi » (06), la très grande majorité est d'avis qu'un climat d'entraide règne au sein de leur équipe, tant dans les CDD que dans les CRID. Si une patiente exige plus de temps, l'autre technologue en service assure le roulement sans tenir rigueur à sa consœur pour la surcharge de travail que cela occasionne. Elles se supportent l'une l'autre, échangent brièvement leurs impressions et se questionnent entre collègues, le tout dans un esprit de collaboration.

Oui, on collabore. Si, supposons [...] j'ai des difficultés, comme je dis, je ne suis pas gênée de demander la question, il me semble que c'est comme ça [quand] on travaille dans une équipe, c'est ensemble (04).

Bien, si vraiment ça devient trop chargé, on peut s'échanger; je peux aller voir une autre technologue qui pourrait venir continuer les patientes suivantes pour aller continuer à discuter avec cette dame-là. C'est possible (08).

We are really supportive of each other. Like a family, we're really good team (10).

En dehors de cette gestion au quotidien, quelques technologues nous ont déclaré devoir faire des efforts pour ne pas se laisser envahir par le stress que génère la charge émotive et physique de ce travail au-delà de leurs heures passées à la clinique ou à l'hôpital. Le « côté humain » étant « important », un travail doit se faire « sur soi-même » pour que ce soit « fini » en sortant de l'établissement. Il est apparu qu'en dehors de l'entraide entre collègues, bien peu de support était offert aux technologues dans

---

2 Le Réseau québécois pour la santé du sein a depuis lors cessé ses activités.

leur milieu de travail pour faire face à ces défis. Une d'entre elles l'a d'ailleurs fait remarquer : « Je trouve que ça en prendrait pour l'équipe aussi » (03).

## 5.4 Conceptions du soutien et pratiques

La très grande majorité des technologues considère qu'offrir du soutien social relève tout à fait de leurs fonctions : « Sans aucune hésitation, c'est la première affaire » (02).

Comme technologue, ça fait partie de mon travail [...]. Ça fait 30 ans que je fais ça, et ça a toujours été ça, de rassurer les patientes, de faire connaître les examens (03).

Selon plusieurs, le soutien doit se manifester par une approche sensible au vécu de la participante au Programme, c'est-à-dire très humaine et empreinte de douceur. Il faut parler sans arrêt à la patiente pour la rassurer. Quelques-unes considèrent que cette approche n'est pas celle de la majorité : « Je me suis rendu compte que ce n'est pas [toutes] les technologues qui prennent le temps de parler en même temps [qu'elles] font l'examen ». Ces deux tendances rejoignent les deux principales conceptions du soutien que nous avons constatées sur le terrain : l'une centrée davantage sur les besoins de la patiente et l'autre, sur la qualité de l'examen. À noter que les technologues qui adoptent cette dernière conception ne sont pas pour autant des personnes insensibles, elles comprennent simplement leur rôle de manière un peu différente. De plus, il ne s'agit pas de deux catégories tranchées.

### 5.4.1 Répondre aux besoins de la participante

Comme nous l'avons déjà mentionné, les technologues estiment très important d'instaurer dès le départ un bon rapport avec les patientes, basé sur la confiance. C'est à ce moment qu'elles jaugent la femme devant elle et s'adaptent à la situation avec le plus de doigté possible. Le soutien consiste à porter attention à ce qui arrive à la patiente. Elles veulent « accueillir la femme dans tout ce qu'elle est, dans tout ce qu'elle vit, dans ses peurs, ses craintes » (13). Elles s'adaptent à la femme devant elle, respectent ses particularités, ses limites, sa pudeur. À partir de leurs expériences personnelles, elles se mettent parfois « à la place de la femme », se soucient de la qualité du service qu'elles offrent comme s'il s'agissait de leur propre mère ou de leur sœur.

Je me dis, je pense toujours : « La patiente qui est là, si c'était ma mère ou si c'était ma sœur, est-ce que je ferais l'examen différemment? » Et maintenant, je le fais toujours comme si c'était ma mère, disons, qui est là (14).

Pour moi, le bon soutien, c'est de répondre aux besoins de la patiente. De répondre à ses questions, de la sécuriser, [...] tout en faisant un très bon examen. [...] Et elles ont besoin d'avoir des renseignements sur l'examen. Je vais lui répondre, si je sens qu'elle a besoin de parler, d'avoir du réconfort, de parler de tout et de rien et c'est de répondre aux besoins de la patiente (01).

Je pense qu'il faut avoir un certain respect des personnes, [...] il faut quand même se dénuder, puis on a beaucoup de contacts proches, proches avec la patiente, on est très collé [...], mais je leur explique [pourquoi], parce que je me dis, pour les gens qui [...] ont un peu une certaine pudeur pour leur corps... je trouve qu'il faut d'abord accepter ça, respecter ça (02).

Une fois passé le premier contact avec la patiente, la technologue pose des questions pour remplir le questionnaire du PQDCS et fournit des explications sur l'examen. En parlant à la patiente, elle est en mesure de mieux « cibler » son intervention. Elle voit si la femme en face d'elle ouvre la porte lorsqu'à son tour elle lui pose des questions. Elle peut ainsi évaluer sommairement son niveau d'anxiété. D'entrée de jeu, la technologue doit voir à « calmer l'inquiétude face à la mammographie », la peur de l'examen. Pour y parvenir, elle adopte une attitude rassurante, « un timbre de voix pas inquiet », et transmet des informations appropriées. Celles-ci touchent la nature de l'examen, son déroulement, les raisons de la compression, plus ou moins douloureuse selon les individus.

J'explique beaucoup au départ que : « Oui, il faut comprimer le sein ». On le comprime, les raisons pour lesquelles on comprime le sein, j'explique l'examen. Quand je fais l'examen : « Bon, là je vais prendre le sein ». J'explique en le faisant ou même avant de le faire (02).

La majorité du temps, les gens ont peur, mais c'est la peur de l'inconnu parce qu'ils ne savent pas c'est quoi qu'on va leur faire [...]. Mais si la patiente x, elle ouvre la porte pour me permettre de lui parler, je pense qu'en général, ça se passe très bien (01).

Moi, je dis qu'est-ce que je fais tout simplement. [...] Je leur montre sur les photos, je leur montre qu'est-ce que je vois sur les photos, qu'est-ce que je fais exactement, pourquoi je fais le test, de quelle façon que je le fais. Je leur dis, je leur explique. [...] Je pense qu'elles sont en confiance tout de suite avec moi... (04)

Bien, une fois que la patiente a été reçue à la réception, moi, je l'amène dans ma salle. Alors là, souvent, déjà on a des impressions. Des patientes viennent un pas en avant, deux de reculons. Une première mammographie où elles ont eu une mauvaise expérience et tout ça. Première des choses, moi j'essaie de les rendre plus relax aussitôt qu'elles rentrent dans l'accueil. Là il y a la période de questions, si elle a des questions, bien, je réponds à ses questions (06).

Outre la communication d'informations techniques, la technologue rassure la patiente en la faisant rire, en accomplissant différents gestes tels poser la main sur l'épaule ou « flatter », ou encore en faisant diversion sur différents sujets, par exemple en parlant de ses enfants, si elle en a. Devant une patiente particulièrement anxieuse, qui perd connaissance ou se sent mal, il arrive que la technologue doive prendre un petit moment avec elle, la faire asseoir, lui offrir un verre d'eau.

Pour composer avec les femmes ne supportant pas la douleur de l'examen, certaines technologues prennent plus de temps et donnent des conseils de respiration. Il est également possible d'adopter une technique pour diminuer la douleur de l'examen. La compression pouvant se faire de façon automatique ou manuelle, il s'agit de commencer la compression automatiquement pour la terminer manuellement, en douceur.

Ces différentes pratiques de soutien supposent qu'on y accorde du temps, ce qui n'est pas toujours possible. Toutefois, même en prenant un peu plus de temps, des technologues considèrent ne pas toujours être en mesure de répondre entièrement aux besoins des femmes. La complexité des réactions et des demandes de certaines participantes les confronte parfois aux limites de leurs compétences et de leurs fonctions. C'est alors qu'elles se sentent démunies et affirment ne pas avoir la qualification requise pour assurer le soutien adéquat de ces femmes.



La personne, on voit par son questionnement qu'il y a des choses qui l'inquiètent et on verbalise et on identifie, tout ça. Mais nous, on répond avec le meilleur de nos connaissances [...] et, comme je vous dis, tout en respectant madame, on n'est peut-être pas formée, je ne me sentirai jamais comme un psychologue ou une travailleuse sociale [...] qui va savoir les mots, qui va savoir la façon d'agir, d'interagir avec des gens comme ça qui ont des problèmes (02).

Alors, tu ouvres une porte, mais pas trop, sinon tu ne finis plus, je ne suis pas une psychologue ou rien, mais je me dis que si la personne a les émotions à fleurs de peau comme ça, elle a besoin d'en parler (06).

#### 5.4.2 Un examen de qualité pour soutenir

Certaines technologues insistent davantage sur les aspects techniques de la mammographie que sur la qualité de leur rapport avec les participantes au Programme. Le soutien offert porte alors essentiellement sur tout ce qui entoure l'examen radiologique. La meilleure façon de soutenir consiste d'abord et avant tout à faire l'examen le plus parfait possible pour éviter les rappels stressants inutiles : « Ça nous fait tellement mal », dit l'une d'elles, « qu'il faut s'assurer que c'est bon du premier coup. [Ça] doit être fait à la perfection » (07). Ensuite, l'objectif visé est d'obtenir la meilleure mammographie possible avec le minimum de douleur pour la patiente, bien qu'il soit « quasiment impossible » d'obtenir une « bonne image » sans un certain inconfort ou une certaine douleur. Enfin, des technologues ont également le souci d'informer les femmes sur la possibilité d'un rappel pour des examens complémentaires. Rassurer et informer les participantes est une dimension du travail qu'elles ont intégrée à leur routine quotidienne.

Avant que la patiente parte, je lui explique que c'est possible que... là, on a fait quatre films standards, mais c'est possible qu'on la rappelle pour faire d'autres images supplémentaires, pour ne pas qu'elle s'inquiète, si jamais on l'appelle, on va dire que ça arrive assez fréquemment, peut-être pour juste un kyste, un [...], mais de ne pas s'inquiéter au départ (08).

Moi, moi, ce n'est pas compliqué, moi, je prends la requête, le dossier de la patiente, je m'en vais dans ma salle, j'entre les données dans l'ordinateur, je fais mes films, je vérifie mes films et je vois la patiente. Je lui dis qu'elle va recevoir son rapport ou [que] le médecin va recevoir le rapport la semaine prochaine, puis qu'elle est supposée recevoir une lettre du gouvernement pour lui confirmer son résultat. À part de ça, je n'ai pas le temps de faire rien d'autre (05).

Plusieurs considèrent ne pas devoir assumer le soutien de participantes qui requièrent une assistance plus soutenue. Leur rôle s'arrête là où le soutien outrepasse le réconfort et l'information d'usage, en lien avec l'examen. Ces technologues davantage axées sur l'aspect technique de l'examen que sur l'humain sont peut-être moins à l'aise avec la dimension émotive du soutien, qu'elles associent plus volontiers au domaine de la santé mentale. Pour assurer le roulement essentiel à la bonne marche des cliniques, ces intervenantes se coupent davantage de leurs émotions, comme mécanisme de défense.

Ça fait 30 ans que j'en fais. Ça fait qu'à un moment donné, on vient qu'on se fait une carapace. [...] Je pense qu'il faut se faire une carapace (05).

Il y a une limite à dire qu'on va prendre du temps avec la patiente, parce qu'ici c'est quand même pas le premier objectif. Ici, le premier objectif, c'est de faire les examens et qu'on réussisse à passer toutes les patientes qu'on a. [...] Il y a une limite à ce qu'on fasse de l'enrobage. On n'est pas là pour faire les psychologues, à faire une session d'une heure par patiente, c'est pas notre travail. Notre travail c'est de rassurer le plus possible la patiente sur l'examen lui-même et que... quand j'ai du temps je vais en prendre un peu plus, de temps avec la patiente, quand j'en ai moins, on reste toujours avec le sourire, on reste toujours avec... faire avancer les choses, sinon parce qu'elles resteraient toutes assises dans [la salle d'attente] (03).

Ces technologues prennent soin d'instaurer un climat de confiance et de collaboration avec les patientes et ce faisant, font également du soutien, peut-être sans le savoir. En fournissant beaucoup d'informations sur l'examen, sur le dépistage et sur les particularités de la mammographie, il nous est apparu qu'elles ne réalisent sans doute pas la valeur de ces pratiques et sous-estiment le soutien qu'elles fournissent.

Alors, le secret de cet examen-là, le secret de la réalisation de cet examen-là, c'est d'essayer de développer une espèce de climat de confiance avec la patiente. Lui expliquer pourquoi on fait tel mouvement, tel mouvement, qui est inconfortable, mais qui est nécessaire pour nous. [...] C'est un examen qui demande un petit peu plus d'explications qu'une radiographie ordinaire d'un membre, d'un poumon, auquel la majorité des gens sont habitués. [...] Le soutien aux participantes, c'est de leur expliquer pourquoi c'est un examen autant nécessaire, [...] pourquoi c'est un examen qui est aussi inconfortable. [...] Que la glande mammaire c'est une structure qui est molle. Que si on ne fait pas de compression, si on n'étire pas le sein..., moi je dis toujours aux patientes : « La partie de votre sein que je ne mettrai pas sur le film, le radiologiste ne pourra pas le voir ». Alors, c'est pour leur expliquer pourquoi c'est aussi inconfortable et pourquoi il faut y aller de façon tellement aussi précise et méticuleuse. Parce que... c'est important (07).

### 5.4.3 L'intervention auprès des participantes issues des communautés ethnoculturelles ou racisées

Les technologues ont été plus expansives que les autres catégories de personnel affecté au PQDCS au sujet de leurs rapports avec les participantes issues des communautés ethnoculturelles ou racisées. Comme certaines omnipraticiennes, des technologues ont évoqué la vulnérabilité de plusieurs parmi ces femmes : ce qui pose la question de l'accessibilité aux services pour cette clientèle particulière.

La principale difficulté que rencontrent les technologues avec des participantes issues des communautés ethnoculturelles ou racisées concerne la communication verbale, ce qui est le cas pour les autres intervenantes du PQDCS. Plusieurs femmes immigrantes ne parlent pas le français ni l'anglais et les technologues doivent se débrouiller avec des gestes pour expliquer le déroulement de l'examen. Avec les années, les plus expérimentées ont développé des « trucs », des habiletés à communiquer de façon non verbale. Lorsque la femme « se laisse faire », l'examen se passe normalement, mais il est plus ardu de travailler avec les patientes anxieuses. C'est par des gestes, des regards, des sourires et une attitude apaisante que les technologues doivent se faire rassurantes. Ces participantes interpellent de façon accrue les qualités particulières d'une bonne technologue en mammographie.

Il faut tout le temps parler à la patiente, je pense, tout le temps de l'examen. Il faut s'assurer qu'elle nous regarde, qu'elle nous comprend. C'est évident quand elle parle français, quand [elle] parle anglais aussi. Dans les autres langues, très souvent, la compréhension se fait par le regard, par le sourire tout simplement. C'est sûr qu'en mammographie, il faut avoir une attitude un peu spéciale, je pense (07).

Quand la patiente se laisse faire, quand elle n'est pas trop énervée par l'examen, ça va très bien parce qu'avec la gestuelle on peut leur montrer : « Détendez-vous, laissez-moi vous placer ». Ça va bien. Mais quand elles ne se laissent pas faire, c'est plus difficile (14).

Pour pallier les difficultés de communication, des collègues sur place peuvent aider pour remplir le questionnaire du PQDCS, en version française ou anglaise, ignorant la disponibilité de ce document en d'autres langues. De plus, le fils ou la fille de la patiente se présente souvent avec elle pour traduire les échanges. Toutefois, ces interprètes s'en vont parfois après l'enregistrement à la réception et la technologue reste seule avec la patiente. Certaines technologues se servent de banques de questions traduites dans différentes langues, pour obtenir des réponses aux questions les plus importantes. Le questionnaire ne sera parfois rempli qu'en partie.

Dans plusieurs cas, il arrive que l'interprète entre dans la salle d'examen avec la patiente. Mais les questions mêmes du formulaire peuvent être jugées très personnelles, trop embarrassantes à traduire. De plus, l'examen des seins étant très intime, la présence d'une tierce personne pour traduire les explications de la technologue peut être difficile à envisager. Une grand-mère n'a pas nécessairement envie de montrer ses seins à son petit-fils. Bien que ce soit rare, il est déjà arrivé que l'examen ne puisse se faire. Même dans le cas où un membre de la famille, de préférence le mari, la fille ou la belle-fille, assure la traduction, la technologue n'est pas toujours certaine que son message s'est rendu à la femme tel qu'elle le souhaite.

Donc tu fais venir la personne, tu dis : « Écoutez, on va faire l'examen, dites-lui à votre mère ou à votre femme qu'on va faire ça, ça ». Mais là, tu ne comprends pas ce qu'elle dit, tu as l'impression que c'est trop... que c'est comme trop court. Toi, tu en as dit des choses et là ça se résume en quelques mots, tu te dis : « Ça ne se peut pas que la personne ait tout expliqué » (02).

We had this lady here the other day who was from [somewhere], and she didn't understand a word of English or French, and who brought her son but she was embarrassed to be asked the questions through him, so we had a lot of trouble and had to send her away (10).

## Un accès égal aux services?

Les femmes issues des communautés ethnoculturelles ou racisées bénéficient-elles d'un accès égal aux services du PQDCS? Rappelons que l'égalité se définit juridiquement en lien avec le concept de discrimination, qui représente une distinction ou une différence de traitement, intentionnelle ou non, fondée sur une ou plusieurs caractéristiques sociales ou individuelles tels, notamment, le sexe, l'orientation sexuelle, le handicap et la couleur.

Quant aux attitudes des technologues que nous avons rencontrées à l'égard des femmes issues de groupes minoritaires, nous avons constaté que la plupart se montrent soucieuses de leur faciliter l'accès aux services. L'étude ne nous permet pas d'évaluer avec clarté cette problématique et, dans notre matériel, nous n'observons pas la présence de pratiques ouvertement discrimina-

toires. La discrimination n'étant pas nécessairement un phénomène intentionnel, il est toutefois possible de pratiquer de la discrimination sans le savoir, c'est-à-dire sans en prendre conscience. L'attitude suivante, exprimée par une technologue, reflète bien cette tendance assez courante dans la société à ne pas mesurer certains comportements en apparence anodins mais dont les effets priveront des individus de leur droit à l'égalité. Ici, la technologue ne se préoccupe manifestement pas du vécu de cette catégorie de participantes qu'elle trouve « facile » et à qui elle dit ne rien expliquer, comme il n'y a « pas grand-chose à dire ». Cette attitude a pour effet de priver des participantes de soutien et d'informations essentielles.

Ça va bien parce que... on n'a pas grand-chose à dire là, finalement [...]. C'est des patientes qui... sont faciles, elles comprennent bien. Les gestes puis tout ça, elles sont habituées d'abord de... qu'on se débrouille avec des gestes avec eux autres. Ça fait que, non, ça, ça va bien. On en a quand même... il y en a, la plupart ont quelqu'un qui parle français ou anglais, on se débrouille en anglais [...]. Non, les ethnies, on en a régulièrement, puis ça va bien, il n'y a pas de problème. On n'explique rien (05).

La discrimination raciale, ou ce qui en pave la voie, s'exprime souvent de façon subtile par un culturalisme, c'est-à-dire une propension à surdéterminer les différences de culture entre les individus. Toutefois, peu de technologues interrogées tendent à interpréter en termes culturels l'embarras ressenti de part et d'autre lors de la mammographie. Ces inconforts sont-ils attribuables à une plus grande pudeur chez des femmes issues de certaines minorités? Rares sont les technologues qui l'affirment et cette vision, très minoritaire, ne rallie pas la majorité. La plupart attribue ces malaises à la difficulté de bien communiquer et, dans certains cas, au fait de devoir se dénuder les seins devant un ou une interprète de la famille, souvent beaucoup plus jeune. La véritable source de l'inconfort ressenti est la barrière de la langue et cela, les technologues l'ont manifesté avec force.

Quelques-unes parmi cette catégorie du personnel ont démontré une sensibilité toute particulière et un souci bien réel du bien-être de ces femmes. Avec beaucoup d'émotion, une raconte à quel point il lui est pénible de faire une mammographie chez une femme avec laquelle elle n'arrive pas à communiquer autrement que par des signes. Comment lui expliquer les aspects techniques de l'examen? Comment lui dire pourquoi elle devra lui écraser les seins, mais pas longtemps et que cela fera un peu mal, ou même beaucoup, selon la sensibilité de la femme en question? Comment lui dire, que si la position adoptée n'est pas la plus efficace pour le cliché, il faudra recommencer, se placer différemment? Dans les extraits suivants, la technologue partage son impuissance ainsi que son impression de ne pas offrir un bon service lorsqu'il lui est impossible de communiquer verbalement des explications.

Je trouve ça très pénible. Parce que là, comme je vous disais... moi j'aime bien ça expliquer et parler et, bon. Là il n'y en a pas, on fait des signes... Mais là, je ne suis pas capable de lui dire pourquoi je vais l'écraser et que ça ne dure pas longtemps et, si il y a quelque chose, on peut peut-être recommencer d'une autre façon, essayer de placer le sein différemment pour ne pas que ça fasse mal, ou moins mal, c'est sûr, ça fait toujours un petit peu quelque chose. Mais ça, pas capable de faire ça! Alors je suis mal et je me dis : « Là, je ne rends pas le service à cette personne-là, à cette dame-là, comme je devrais le rendre ». Parce que je ne peux pas [bien] communiquer (02).

Je trouve ça très difficile et pas juste pour les cas de mammos, quel que soit l'examen en radiologie qu'on fait, je me dis : « Mon Dieu! Comme ils doivent être malheureux! » Je me mets à leur place [...]. Je me sentirais démunie, pas rassurée pour cinq cents, « je ne sais pas ce qu'ils me font », des fois on voit les yeux, elles ont les yeux grands, grands et elles se demandent ce qui arrive, qu'est-ce qu'on est en train de leur faire (02).

Une autre technologue est d'avis qu'il est facile de « bousculer » certaines de ces femmes « très vulnérables » : « Tu peux les brasser, puis [elles ne] réagiront pas » (13). Selon elle, ces femmes cachent leur souffrance, elles se crispent sans émettre le moindre son, elles sont « prêtes à tout pour que tu leur fasses l'examen », à « accepter la souffrance ». Elle observe donc attentivement leur visage pour tenter de ne pas les brusquer.

#### 5.4.4 L'intervention auprès des participantes vivant des situations de handicap

Les technologues nous ont relaté leur contexte d'intervention auprès des participantes au Programme qui vivent des situations de handicap. Elles ont été plus explicites sur les aspects matériels et techniques du service offert que sur leurs rapports avec ces femmes. Faire passer une mammographie aux participantes éprouvant des difficultés à se tenir debout ou à demeurer immobiles représente un défi pour les technologues. Tout aussi complexe est la communication avec celles vivant avec une déficience intellectuelle.

La situation varie selon les établissements et le handicap. Pour répondre aux besoins des femmes en fauteuil roulant, les CRID sont généralement mieux équipés ou mieux aménagés que les CDD. Néanmoins, certains CDD en reçoivent « régulièrement ». En raison des dimensions trop réduites des locaux, d'autres CDD envoient ces participantes passer leur mammographie de dépistage au CRID le plus proche, où les technologues sont « habituées » à travailler avec la « chaise spéciale ».

On a une chaise absolument fantastique pour [celles] qui sont paraplégiques, ça fait qu'on est capable de les transporter sur la chaise, la chaise sur laquelle on l'assoie. On est chanceuse, on a une bonne chaise. Ça fait que ça, ce n'est pas un problème non plus. Les plus difficiles, c'est [celles] comme on a faites tantôt : déficiente grave et toute croche dans la chaise. Il y a des fois on n'est pas capable. Un cas (03).

The room that we have our mammography in is part of the hospital X-ray so the doors are very wide. We have ramps here, we are able to bring a wheel chair right in to the room [...]. If we are able to get a patient out of the chair, we can put them on a roller chair that is easier. We try our best to give something to the patient (11).

Des technologues ont témoigné concrètement de leur travail dans des situations très diverses. « On fait ce qu'on peut, du mieux qu'on peut » est le genre de phrase qui ponctue les différentes anecdotes racontées. Avec les patientes en fauteuil roulant, il est difficile de devoir manœuvrer seule. Lors de l'entrevue, une technologue nous a dit qu'elle venait de vivre une telle situation avec une participante qui ne pouvait absolument pas se lever de son fauteuil roulant. Le fils de cette patiente l'avait accompagnée, mais pour des raisons de pudeur déjà évoquées, n'était pas resté dans la salle d'examen. La technologue a dû démonter elle-même le fauteuil roulant pour pouvoir l'approcher de l'appareil.

Les femmes qui se présentent en fauteuil roulant doivent idéalement en avoir avisé la réception afin que soient prévues deux plages horaires. Parfois, deux technologues sont mobilisées pour l'examen. Avec une demi-heure, la mammographie s'effectue « assez bien », surtout si une personne accompagnante aide. Si la patiente n'a pas mentionné sa situation lors de la prise de

rendez-vous, l'impossibilité de composer avec les 15 minutes habituelles peut occasionner d'importants retards que les autres technologues se voient obligées de compenser.

L'obésité morbide représente une autre situation de handicap. Dans le cas d'une femme pesant 265 livres, une technologue a dû faire 12 films plutôt que les 4 habituels. En l'occurrence, deux plages horaires auraient dû être réservées. Une autre technologue est d'avis que dans de tels cas d'obésité, plus fréquents de nos jours que par le passé, leurs outils « font pitié », les leviers nécessaires n'existant pas partout.

Des technologues ont évoqué quelques autres situations difficiles. Le fait de ne pouvoir demeurer immobile, ce qui est le cas pour des patientes souffrant de sclérose en plaques ou de maladie de Parkinson, oblige la technologue à reprendre les clichés. Le fait de ne pouvoir se coucher sur le ventre complique la procédure pour la biopsie. Enfin, la collaboration d'une patiente vivant avec un handicap mental plus ou moins lourd peut être réduite par les difficultés de communication. Dans des cas très lourds de patientes agressives, une technologue se demande : « Pourquoi cette patiente-là vient ici? Je comprends très bien que c'est un examen super important mais à un moment donné, quand même... »

Malgré l'alourdissement de leur tâche avec ces participantes vivant différentes situations de handicap, nous n'avons pas entendu de propos désobligeants de la part des technologues que nous avons rencontrés. Enfin, notons que certaines ont précisé que les rendez-vous avec les femmes sourdes, muettes ou aveugles ne posent généralement pas de grande difficulté.

## 5.5 Améliorations souhaitées

En général, les technologues ont été plus loquaces sur les moyens de soutenir les participantes que sur ce qui pourrait les aider elles-mêmes dans leur travail. Évidemment, ces deux éléments ne sont pas contradictoires. À défaut de consensus autour des différentes suggestions d'améliorations, elles ont évoqué avec clarté leurs difficiles conditions de travail. Dans l'idéal, certaines souhaiteraient plus de temps pour la réalisation des examens, particulièrement dans les CDD. Le manque de personnel ressort également comme un problème dans certains établissements.

L'exposé qui suit ne représente pas la voix de toutes les technologues, mais celles qui se sont exprimées l'ont fait avec conviction. Une minorité réclame avec force de meilleurs outils documentaires à remettre aux participantes. Quelques-unes souhaitent disposer d'outils pour leurs interventions et recevoir des formations. Enfin, d'autres se montrent en faveur d'une meilleure prise en charge des femmes de leur santé et insistent sur la pertinence que soient diffusées des informations sur l'auto-examen des seins.

### 5.5.1 L'information aux participantes... au bon moment

Alors que plusieurs commis des CDD souhaitent voir les participantes au Programme informées au préalable, avant d'arriver à la clinique, quelques technologues considèrent plus important d'outiller les femmes pour le retour à la maison, de les préparer à la possibilité d'un résultat anormal. Des radiologues ont abondé en ce sens. De la documentation sur les multiples raisons expliquant un rappel serait utile, afin que les femmes ne reviennent pas à la clinique « fâchées » ou indûment « anxieuses », ce qui peut compliquer la réalisation de l'examen. De plus, certaines déplorent l'absence d'information écrite disponible dans leur clinique au sujet de la physiologie du sein ou de la nature des lésions les plus fréquemment détectées, à savoir, qu'est-ce qu'une « glande mammaire »? Ou encore que sont des « micro-calcifications »?

Nous l'avons souligné, l'importance de la documentation écrite à remettre aux participantes ne fait pas l'unanimité parmi les technologues. Certaines considèrent qu'il ne relève pas de leurs fonctions de distribuer des « papiers ». L'une croit d'ailleurs que le soutien au cours de l'examen peut inquiéter sur la possibilité d'un cancer. Selon cette optique, la patiente ne veut pas penser au cancer au moment de la mammographie de dépistage, elle vient plutôt confirmer son état de bonne santé. Le soutien devrait intervenir au moment crucial de l'annonce d'un résultat anormal et c'est à cette occasion précise que la présence des médecins devrait s'accroître. Les patientes seraient dès lors soutenues au cours de l'attente avant leurs examens complémentaires et celles qui ont besoin d'une aide professionnelle seraient référées.

Mais la patiente qui passe pour un dépistage [...], elle part, elle n'est pas inquiète. C'est à la maison qu'elle devrait avoir le soutien. [...] Le médecin, quand il reçoit le résultat de la patiente, là c'est là que le soutien à la patiente devrait rentrer en ligne de compte. Parce [que] je vous le dis, elles viennent pour un dépistage et elles s'en vont. On n'est pas pour commencer à la prendre sur nos épaules et la consoler, tu sais ce que je veux dire là. Ça, c'est plutôt au niveau du médecin. Que lui prenne le temps du soutien, que lui prenne le temps de référer la patiente. [...] Parce que même la patiente, entre le médecin et le CRID, elle a besoin d'aide psychologique. C'est là que je pense que l'aide psychologique devrait rentrer en ligne de compte (05).

Seule une minorité de CDD et de patientes pourrait se reconnaître dans le genre de fonctionnement que propose ici cette technologie, puisque la majorité des participantes au Programme qui se voient annoncer un résultat anormal ne l'apprennent pas de la bouche de leur médecin.

### 5.5.2 Des outils pour l'intervention

Pour améliorer leur intervention, des technologues aimeraient disposer de statistiques sur lesquelles s'appuyer lorsqu'elles transmettent des informations verbales pendant l'examen. Ces informations pourraient faire partie d'un aide-mémoire, d'une « feuille de route », particulièrement utile pour les nouvelles employées. Même si la majorité convient qu'« avec le temps on développe un peu notre propre méthode », quelques-unes apprécieraient se voir recommander des « phrases-clés » à ne pas oublier.

Pour faciliter l'interaction avec les participantes ne parlant ni le français ni l'anglais, des technologues réclament des questionnaires traduits dans différentes langues. Une liste des ressources ou organismes devrait également être mise à leur disposition afin qu'elles puissent y référer au besoin.

### 5.5.3 Formations : une fois par année

Bien que généralement très expérimentées, des technologues démontrent une ouverture à recevoir des formations. Certaines accepteraient volontiers une formation pour faciliter le soutien émotif des participantes, pour savoir comment aborder les plus anxieuses.

It would always be good to have someone come in who is well trained to show us maybe, give us some better tools for how to alleviate someone [...]. Just maybe the tools that we need to better speak to them (11).

La formation du PQDCS devrait être offerte régulièrement, une fois par année par exemple, de manière à ce que les nouvelles la reçoivent. Cette formation pourrait comprendre non seulement des notions sur le soutien mais des informations sur les dif-

férents outils disponibles. Une bonne organisation du travail devrait inclure une meilleure connaissance des tâches pour toutes et tous les membres du personnel.

Que les personnes qui travaillent sachent clairement quelles ressources elles ont [...]. [Elles] devraient être au courant des procédures à suivre et des personnes-ressources qu'elles ont et toutes les choses qu'on a à notre portée pour aider une patiente dans une situation x (01).

#### 5.5.4 Pour une approche globale

Quelques technologues ont adopté un discours proche du discours féministe, en faveur d'une approche globale de la santé. Le souci de certaines d'entre elles de vouloir cerner les besoins des femmes et de chercher à y répondre va en ce sens. Leur souhait de voir les femmes prendre en main leur santé et de ne pas s'en remettre exclusivement aux savoirs experts, notamment par la promotion de l'auto-examen des seins, participe aussi de cette démarche.

Une de ces technologues évoque les multiples rôles des femmes ainsi que les exigences du travail professionnel et du travail domestique qui leur laissent peu de temps pour s'occuper de leur propre santé. Un plus grand engagement gouvernemental est réclamé pour mieux informer les femmes et les inciter à prendre le temps de s'occuper de leur santé. De ce point de vue, le rôle de l'information est crucial. Cette technologue se demande pourquoi une collaboration avec les CLSC ne s'est jamais développée, notamment en ce qui concerne l'auto-examen des seins. Des technologues sont convaincues du bien fondé d'apprendre cette routine aux femmes. Des participantes leur réclament d'ailleurs des informations à ce sujet, mais les 15 minutes qu'elles passent ensemble ne suffisent généralement pas. Certaines remettent des dépliants à ce propos, incitent les femmes à s'informer ou à s'adresser à leur CLSC.

En plus de notre petit 15 minutes, qu'on appelle la patiente, fait déshabiller la patiente, on pose les questions, on fait l'examen et tout ça, il y en a qui nous demandent comment faire l'examen des seins. Alors, on leur explique de façon sommaire, mais il y a tellement à absorber dans un 15 minutes, [le temps que] tu viens passer une mammographie, je suis sûre qu'elles sont parties et elles en ont oublié la moitié. Moi, je leur dis [...] de vérifier dans les CLSC (06).

What I feel with the emotional thing, I feel the breast self examination is very important and I feel that the province does not do enough to educate the women. [...] I find working women, I shouldn't even say working women, all women work, point blank. We all work, weather it is in the house or out of the house. When we come home, the last thing we worry about is our health. And I feel that the government doesn't offer the women enough support. I know that there are nurses that are trained in the CLSCs and I remember at the beginning of the screening program, I remember being told that the CLSCs are going to work with us hand in hand, and set up programs to educate women, and I don't know if that is being done (11).

Dans le même sens, une autre voit d'importantes lacunes dans l'information diffusée sur la prévention du cancer du sein. Elle questionne le bien-fondé de présenter le dépistage comme une pratique de prévention du cancer. Elle considère qu'« on leurre les femmes » sur ce que devraient être « les vrais moyens de prévention ».



## **En résumé**

Dans les CDD comme dans les CRID, la majorité des technologues que nous avons rencontrées aiment travailler avec les participantes au Programme et démontrent toute la délicatesse nécessaire. Toutes ne s'entendent pas sur une même conception du soutien à accorder aux participantes au PQDCS mais chacune, à sa manière, se soucie de la qualité du service offert. Les conditions de travail dans les CDD et les CRID se révèlent contrastées. Les quelques 10 ou 15 minutes passées avec les femmes dans les CDD, lors de la mammographie de dépistage, engendrent des conditions stressantes qui ne permettent pas toujours aux technologues de prendre le temps avec les participantes les plus anxieuses. Compte tenu du fait que la majorité des CDD offrent des examens complémentaires aux participantes, des technologues dans ces cliniques se voient imposer un rôle de soutien accru qu'elles ne sont pas toutes à même de remplir. Dans les CRID, en raison du travail en complémentarité, les technologues sont épargnées de ces difficultés et dirigent vers l'infirmière les participantes qui requièrent un soutien plus attentif.

Des technologues se sont montrées particulièrement préoccupées par leurs difficultés de communication avec certaines femmes issues des minorités ethnoculturelles ou racisées et par les lacunes dans le soutien offert, engendrées par cette situation. Au chapitre des améliorations suggérées, peu de consensus se dégagent des entretiens avec les technologues. Plus de temps pour les mammographies représente la demande la plus fréquente.



## CHAPITRE 6

# Les radiologistes

Des entrevues ont été réalisées auprès de 8 radiologistes, parmi lesquels 2 hommes, les seuls des 39 personnes interrogées. Sept entretiens se sont déroulés en français et un, en anglais. Cinq partagent leurs activités professionnelles entre le privé et le public et trois travaillent uniquement en clinique privée. Fait important, ces radiologues sont propriétaires des cliniques privées où elles ou ils pratiquent.

### 6.1 Rôle

Dans le cadre du PQDCS, les fonctions des spécialistes en radiologie et leur rôle auprès des participantes varient considérablement en fonction de leur lieu de pratique, CDD ou CRID.

Au CDD, le travail des radiologistes consiste principalement à lire et interpréter un grand nombre de mammographies de dépistage, jusqu'à 80 par jour. Avec en main le questionnaire rempli par la patiente, il faut aussi comparer les films aux examens antérieurs, remplir le formulaire et dicter verbalement le rapport. Il s'agit ensuite de prescrire des tests radiologiques additionnels, au besoin. En règle générale, les radiologistes ne voient pas les participantes à cette étape, sauf dans quelques cliniques, ou à la demande expresse des femmes. Lorsque le résultat de mammographie de dépistage est anormal, des examens complémentaires s'imposent. À ce moment, elles ou ils rencontrent parfois les patientes. Dans la majorité des CDD, les technologues procèdent alors à une mammographie d'agrandissement ou de compression et les radiologistes en font la lecture. Ce sont les radiologistes qui pratiquent et interprètent ensuite l'échographie. Dans quelques CDD, des biopsies peuvent être également réalisées par les radiologistes. Les prélèvements seront envoyés à l'hôpital pour que des pathologistes les analysent.

C'est essentiellement au moment de l'investigation complémentaire que les radiologistes rencontrent les participantes. Selon les modes de fonctionnement des établissements et les ententes conclues avec des médecins traitants-es, leur rôle peut inclure l'examen des seins, l'explication du PQDCS, la raison du rappel, la nature de l'examen prescrit, l'annonce du résultat et la prescription de nouveaux examens. Dans tous les cas, au cours de ce processus, le rôle des radiologues est d'informer et de rassurer les femmes. De plus, il arrive fréquemment que des radiologistes se chargent du transfert des participantes d'un CDD vers un CRID lorsque la situation le requiert. Cette pratique peut parfois diminuer le temps d'attente et permettre « de maximiser l'impression, auprès des patientes, qu'elles sont prises en charge ».

Le rôle des radiologistes au CRID diffère grandement de celui assumé dans leur clinique privée. D'abord, parce que les femmes viennent à l'hôpital pour leur investigation complémentaire et non pour le dépistage, et surtout, parce que le travail au CRID s'effectue en interdisciplinarité. Les radiologistes se concentrent donc sur la lecture de mammographies complémentaires et sur la réalisation d'échographies et de biopsies. La communication des résultats peut faire partie de leur rôle mais les suivis tant physique que psychosocial sont confiés à l'omnipraticienne et à l'infirmière.

### 6.2 Formations : une minorité

Le thème de la formation du PQDCS a été abordé lors des entrevues avec une minorité de radiologistes seulement. Toutefois, d'après les réponses fournies dans les questionnaires de l'Étape 1, deux de ces huit radiologistes ont reçu la formation du PQDCS. Les connaissances en matière de soutien ont été acquises au cours de leur formation médicale et lors de congrès.

Aucun-e radiologiste n'a été formé-e pour intervenir dans les contextes de diversité ethnoculturelle.

## 6.3 Conditions d'intervention : une spécialité exigeante

La pénurie de radiologues et les contextes de travail différents, privé ou public, modèlent les conditions d'intervention de ces spécialistes. Ce travail exige de grandes capacités d'adaptation au stress et une grande vigilance pour l'interprétation des mammographies.

### 6.3.1 Rapports avec les participantes au PQDCS

Les radiologistes saisissent tout à fait le caractère anxiogène du processus de dépistage du cancer du sein, particulièrement l'étape de l'investigation complémentaire. Le travail dans les CDD peut exiger davantage sur le plan émotif que celui dans les CRID, si l'on en croit certaines radiologues interrogées. Lors des examens complémentaires, la détresse de plusieurs participantes, qui se mettent « à suer, à pleurer, à donner des becs », atteint un « peak » : « C'est la montagne russe ». Et cette situation peut bouleverser le personnel. Sur le plan émotif, ce travail exige beaucoup parce que les participantes au Programme vivent une anxiété bien réelle. Malgré la lourdeur de leur tâche, la majorité des radiologues déploie beaucoup d'énergie pour rassurer les patientes. Certaines racontent devoir se préparer psychologiquement avant de passer une demi-journée de « mammo-radiologie », c'est-à-dire les rappels de mammographies complémentaires au CDD. La « boîte de kleenex » n'est jamais bien loin et malgré l'expérience et le professionnalisme, la détresse humaine vient toucher des zones sensibles.

C'est au CDD [...] que le travail est le plus lourd. Et je vous dirais, on a tous un peu la même... Les journées de mammo-radiologie, on a tous tendance à se coucher plus tôt la veille parce qu'on sait qu'émotivement [sic] parlant et professionnellement parlant, ça va être plus demandant. Imaginez-vous une salle d'attente avec 17 patientes toutes plus anxieuses les unes que les autres et, s'il y a en a une qui est malheureusement trop cool, sa voisine va se charger de l'inquiéter [...]. Et si on frappe trois cancers de suite, on a beau essayer juste d'être empathique pour sympathiser, il y en a toujours une qui nous arrache les larmes en quelque part, parce qu'elle nous fait penser à notre sœur ou à notre matante ou Dieu seul sait quoi, parce que cette journée-là, on était de garde la veille et on est plus sensible (31).

Quelques autres radiologues affirment au contraire rencontrer peu les patientes au CDD et devoir plutôt garder une certaine distance, en raison du manque de temps notamment pour s'investir dans un rapport personnalisé.

On se sent toujours bousculé-e et quand on est bousculé-e (...) on ne laisse pas, on ne favorise pas un entretien qui va... où la patiente va complètement se laisser aller. J'essaie de garder quand même une certaine... une certaine distance, une certaine limite (29).

[Lors des examens complémentaires] elles arrivent ici, elles sont sur le nerf puis là [...] on est pris avec [...]. Puis des fois, c'est plate parce qu'elles sont en état de panique, puis moi, je ne m'en occuperai pas plus (35).

Dans les CRID, le contexte de travail favorise plus ou moins les interactions avec les patientes. Même si plusieurs radiologues rencontrent les femmes pour les examens et pour leur communiquer des résultats ou leur fournir des informations, la plupart s'impliquent peu avec elles. Le suivi est plutôt relayé à des collègues.

Alors moi, je lui donne les résultats verbalement, souvent c'est des bonnes nouvelles, on peut la rassurer, mais de toute façon, je sais ce qu'elle va avoir, dans les minutes qui suivent un rendez-vous avec le médecin [du CRID], elle pourra poser des questions. Et puis, on va lui recommander le suivi nécessaire à ce moment-là (29).

### 6.3.2 Manque de temps, affluence de la clientèle : surcharge de travail

Que ce soit au CRID ou au CDD, les radiologues manquent de temps et cette surcharge de travail est souvent attribuée à la pénurie de spécialistes dans les services de santé. Les fréquents débordements d'horaire créent une pression considérable qui affecte leurs conditions de travail et augmente leur stress. La majorité évoque le manque de ressources dans les hôpitaux, en termes d'appareils et de personnel spécialisés. En raison du nombre considérable de personnes se présentant dans les CDD pour de multiples examens, les radiologistes se sentent débordés-es et reconnaissent la difficulté de trouver du temps pour les participantes au PQDCS.

I think time is a constraint at the office, the CDD, because you try to do so many cases [...] we probably try to do about 80 mammograms a day, which is in addition to other studies such as chest X-ray, scalp bones, whatever else. There are two of us at any given time, as I say it's quite hectic, the reason we do the number a day and this is both diagnostic and screening, is because of the demand, you know, not to have people wait too long for their studies (36).

I think the only thing is volume. And you always say, you know, if you can have more, if we had another radiologist here certainly at the CRID that would be helpful. We have two coming this summer, which would have been great except two left. And right now we are short the two that left. (Rires) So you know it's hard to keep our head above water (36).

Je ne vous mentirai pas, si j'ai 17 patientes qui ont une lésion suspecte, je n'arriverai pas dans mon horaire, c'est sûr. En fait, mon horaire étant, je sais quand je commence, mais je ne sais pas quand je finis [...]. J'ai déjà eu sur 17 patientes, 10 cancers prouvés. Alors, ça a été très long parce qu'aussi, en plus de leur expliquer, une fois que la porte est fermée on remplit les papiers (31).

Le problème, c'est le nombre de patientes et le manque de ressources [...]. Il n'y a pas assez de radiologistes (32).

Moi, je n'ai pas trois quarts d'heure à passer par patiente [...], j'en ai 80 à faire dans le jour, ça fait qu'à un moment donné il faut qu'on quitte la patiente (35).

Ce contexte peut être préjudiciable au soutien des femmes. Comme nous l'indiquions plus haut, des radiologues préfèrent se fermer en raison du manque de temps, c'est-à-dire ne pas se placer en situation d'ouverture, à l'écoute de ce que vivent les femmes. Dans les CRID, le fait que le soutien des participantes au PQDCS repose principalement sur l'infirmière et l'omnipraticienne allège considérablement leur tâche.

L'affluence de la clientèle prévaut dans toute l'île de Montréal, mais le centre-ville connaît un contexte particulier à cet égard. En effet, des milliers de femmes qui travaillent dans les bureaux avoisinants profitent de la proximité du CDD pour prendre leur

rendez-vous de mammographie de dépistage. Le CRID y est surchargé de patientes de la Rive-Sud, de Joliette, d'un peu partout autour de Montréal. Cette population privilégiée peut se permettre de défrayer les coûts des examens complémentaires au CDD. Cependant, cela entraîne un engorgement au CRID, par manque de ressources.

Au privé comme au public, les radiologues codifient les dossiers par un chiffre, afin d'indiquer leur niveau de priorité. Beaucoup d'énergie est accordée au respect de cette règle. Toutefois, quelques radiologues ont déploré les délais d'admission au CRID.

### 6.3.3 Des lieux convenables pour le soutien

Dans les CDD et les CRID, la plupart des radiologues disposent de locaux adéquats pour soutenir les participantes. La salle d'échographie est perçue comme un lieu propice au soutien, la porte étant fermée durant l'examen. Une seule personne interrogée estime peu convenable l'espace disponible en CDD pour le soutien des femmes : « On n'a pas l'espace approprié pour la thérapie ».

### 6.3.4 Documentation disponible : intérêt mitigé des radiologues

L'ensemble des radiologues apparaît peu préoccupé par la disponibilité de documentation écrite à l'intention des participantes au PQDCS. Seul un individu parmi ces spécialistes y porte davantage attention et s'assure que les présentoirs au CDD sont bien pourvus en brochures, mais doute pourtant de l'intérêt des patientes et de l'utilisation qu'elles en font.

Moi, j'essaie de garnir toujours les... pamphlets, les cartons de l'auto-examen... elles en prennent, on les voit avec, dans les mains. Maintenant, est-ce qu'elles les lisent convenablement? Ça, je ne peux pas vous répondre (33).

### 6.3.5 Ressources disponibles pour le soutien : contextes variés

Bien que la majorité estime réussir à rassurer les participantes du Programme, des radiologues de CDD reconnaissent l'absence de ressources internes à qui référer les femmes en détresse, si nécessaire.

Mais ici, c'est un bureau privé, on n'a pas de ressources. Il n'y a pas de bureau privé qui a un psychologue, une infirmière ou quoi, en tout cas, je n'en connais pas. Puis, on peut pas... ce n'est pas nos assistantes techniques puis nos techniciennes qui vont faire ça (35).

Effectivement, je ne suis pas équipée pour pouvoir [soutenir convenablement les femmes] surtout en terme de temps puis en terme de ressources, quand je suis à la clinique... (29)

Sans personnel à l'interne dédié au soutien, les radiologues dans les CDD admettent leurs limites en orientant les participantes vers leur médecin traitant-e. Celle ou celui-ci connaît leur histoire, leur parcours, leur état psychologique, et peut les soutenir mieux que quiconque. Dans certains cas, une relation s'établit entre le médecin traitant-e et le CDD.

On la renvoie à son médecin. Moi, je n'ai pas d'autres ressources. Au CRID, ils ont plus de ressources parce qu'il y a une infirmière, puis il y a... d'autres choses (35).

[Lors des examens complémentaires des participantes], si moi je n'ai pas réussi à la rassurer, il y a juste son médecin qui va réussir à la rassurer (31).

Oui, puis il reste quand même que ces patientes-là ont un médecin traitant aussi qui connaît beaucoup plus leur psychologie [...]. Je n'ai pas réponse à tout. Je n'ai pas réponse à toutes les personnalités. Celles à qui je confirme qu'elles n'ont rien, il n'y a plus d'anxiété. Ces patientes-là repartent complètement sereines. Restent celles chez qui on risque de poursuivre l'investigation. OK. Celles-là vont revoir leur médecin traitant [qui] les suit [...]. Les médecins qui sont autour, ici, les suivent pas mal. Je sais qu'elles vont les rappeler ou souvent elles ont un rendez-vous d'emblée. Quand le médecin a rappelé [pour les résultats], il leur a donné un rendez-vous suite à mon examen à moi. Souvent, elles sont revues le lendemain ou le surlendemain par leur médecin traitant [...]. Et, ils soutiennent leurs patientes, les médecins traitants (33).

Il semble très, très exceptionnel que les radiologues des CDD confient leurs patientes aux ressources professionnelles des CRID en vue d'y obtenir du soutien émotif. Le soutien informatif est d'emblée considéré de leur ressort. Au quotidien, les compétences des technologues sont reconnues pour apporter un soutien de qualité aux femmes.

Les technologues qui sont [au CDD] sont très, très habituées, elles font des biopsies, tu sais, elles connaissent déjà beaucoup des étapes subséquentes [...]. Mais, elles sont meilleures que nous pour rassurer les patientes (29).

En ce qui concerne la possibilité de faire appel à des personnes ou à des organismes à l'externe pour soutenir les patientes, des radiologistes de CDD manifestent d'importantes réserves quant à sa pertinence. Cette option n'est pas privilégiée et, de toute manière, ces ressources ne sont pas connues. Selon cette optique, il est préférable de soutenir le mieux possible sur place avec des informations appropriées, puisque « ce qu'elles veulent, c'est la réponse, tout de suite ». Diriger une patiente au CLSC, par exemple, en plus de poser des problèmes de confidentialité du dossier, pourrait provoquer « l'effet inverse » et exacerber son anxiété. Cette femme se demanderait pourquoi on l'envoie consulter une infirmière de CLSC ou quelque autre ressource professionnelle. En fait, tant que le processus d'examen complémentaires n'est pas terminé, on ne peut éviter un certain niveau d'anxiété.

Il faut que ça se règle ici [...]. On s'est parlé, on s'est expliqué, mais oui, je les laisse partir. Non, je n'ai pas de soutien autre à leur offrir [...]. Mais je ne sais pas comment les femmes accepteraient ça, de se faire diriger, pour se faire expliquer [...]. Admettons, là, si on prend l'exemple d'une patiente que je rappelle, à qui on fait des examens complémentaires, à qui je dis : « Non, il faut que vous ayez d'autres examens », puis que j'envoie les films [au CRID], puis c'est sûr que je lui laisse un degré d'anxiété. Mais, comment je pourrais le descendre plus, le degré d'anxiété? Qui est-ce qui pourrait l'aider psychologiquement? [...] Admettons qu'on a un lien avec le CLSC, il y a des psychologues ou des infirmières qui soutiennent. Comment présenter ça à la patiente? « Madame, il y a des gens qui pourraient vous aider... » [...] Elle dirait : « Pourquoi elle m'envoie là? » Moi, je pense qu'au fin fond oui, ces gens-là pourraient apporter un soutien, mais ce que je n'arrive pas à faire, c'est comment faire le lien entre les deux. Sinon, d'énerver plus la patiente (33).

Dans les CRID, les principales sources de soutien des participantes sont les infirmières et les omnipraticiennes. Les radiologistes comptent sur cet appui et dirigent les femmes vers ces intervenantes qui complètent le soutien amorcé.

Par rapport au CDD, le volet explication auprès de la femme est principalement dirigé vers le médecin de la clinique du sein et son infirmière [...]. C'est donc plus le médecin de la clinique du sein et l'infirmière du CRID qui vont répondre aux questions de la patiente [...]. Notre ressource, pour nous, c'est l'infirmière du CRID (31).

### 6.3.6 Climat de travail : variable selon le lieu de pratique

Dans la plupart des entrevues, les radiologues se sont montrés-es peu loquaces au sujet de leur milieu de travail, à l'exception du contexte de surcharge. De façon générale, des contrastes apparaissent entre les CRID et les CDD.

#### CDD

Bien que l'étude ne permette pas une analyse étendue de la culture organisationnelle propre aux différents établissements, le climat de travail se révèle également contrasté selon les CDD. Cette situation s'explique par différents facteurs, comme le nombre de mammographies et le nombre d'exams complémentaires qu'il s'y effectue. Un autre facteur concerne la direction même de ces entreprises. Dans les CDD, les radiologues sont les propriétaires de ces cliniques privées de radiologie. Ainsi, le climat de travail peut varier en fonction notamment de leurs priorités de gestion. Dans certains CDD, « il y a moins d'implication avec les patientes ». Dans d'autres, au contraire, « c'est un choix de groupe » d'accorder du temps à la patiente.

Les programmes sont ajustés en conséquence, je veux dire... ça dépend, je vous dirais tout dépend de l'impact, de l'importance qu'on y accorde. [...] Pour moi, si tu es sensible... en fait, pour notre groupe, parce qu'on a tous le même programme, les programmes ne sont pas ajustés en fonction du radiologiste, on a tous le même programme, par exemple, le jeudi après-midi le programme comporte 17 patientes. [...] On a ajusté les programmes pour être sûrs d'avoir le temps de toutes les examiner, d'avoir le temps de toutes leur parler (31).

Ces choix peuvent se répercuter sur toute l'équipe de travail, personnel de bureau et technologues. Toutefois, même si des radiologues enfermés-es dans leurs bureaux se concentrent sur la lecture des mammographies plutôt que sur l'interaction avec les patientes, les mêmes affirment sélectionner leur personnel sur la base de critères très sévères, incluant les capacités relationnelles. Par exemple, les technologues choisies doivent avoir le goût de se spécialiser en mammographie.

Il y a des techniciennes à un moment donné qui faisaient moins l'affaire, parce qu'elles étaient trop brusques puis moins sympathiques, ça fait qu'on les a mises... ailleurs, tu sais, elles ont lâché ça. Puis on a des techniciennes dédiées juste à ça maintenant (...). Les technologues. Elles font juste la mammo puis... elles aiment ça puis elles sont bonnes là-dedans puis, je pense qu'elles sont correctes avec les patientes (35).

D'après les informations recueillies en entrevue, et tel que rapporté par des employées de bureau et des technologues, le climat de travail dans certains CDD se caractérise par l'entraide et un esprit d'équipe fort. Par exemple, dans l'un de ces centres, un espace est prévu, avec une boîte de biscuits, pour s'accorder un peu de répit, pour décanter et se remonter le moral après un cas éprouvant.

C'est un peu cocasse, mais je vais vous dire, il y a toujours une boîte de biscuits dans la pièce à côté pour essayer des fois de remonter le moral en plein milieu de l'après-midi, que ce soit n'importe qui parce que... c'est des patientes anxieuses, alors Dieu seul sait ce qu'elles peuvent nous dire dans l'après-midi, qu'il peut venir



quelqu'un, de la réceptionniste jusqu'au radiologiste, tu sais, on travaille avec des êtres humains, alors ce n'est pas toujours prévisible [...]. Ça fait qu'on a établi un périmètre de récupération avec une boîte de biscuits (rires) (31).

## CRID

Outre l'interdisciplinarité maintes fois évoquée au sujet des CRID, l'esprit d'équipe et l'organisation du travail y apparaissent favorables à un bon climat de travail. Toutefois, le manque de ressources peut relativiser un peu cette analyse optimiste. Comparant leurs deux milieux de pratique, des radiologues insistent sur les échanges très formateurs entre collègues au CRID et surtout sur l'appui fondamental reçu de l'infirmière et de l'omnipraticienne.

Entre nous justement, disons technologues et radiologistes, on va... les moments où c'est le plus critique, on va se parler entre nous et les moments difficiles, on va aussi se parler entre radiologistes. Pas sur le coup, mais dire : « Aïe! J'ai eu telle situation, j'ai réagi comme ça, qu'est-ce que tu aurais fait à ma place? Qu'est-ce que je fais la prochaine fois? » [...] Et là, une fois par mois, toute cette belle gang-là, on se rencontre et on discute des cas problèmes de façon plus formative (31).

Vraiment, ça, je peux juste vous parler de [ce CRID], mais on a une très belle entente avec le médecin du CRID, la réceptionniste du CRID, l'infirmière du CRID, technologues en mammographie et le groupe de radiologistes. Vraiment, on a une belle équipe. La chirurgie gravite aussi pas très loin parce que, lorsqu'il y a quelque chose de significatif, encore une fois, la consultation en chirurgie vient rapidement (31).

Il y a beaucoup d'entraide entre nous [les radiologues], le problème c'est qu'en général si moi je suis ici, bien l'autre est là-bas pour couvrir... on est rarement deux au même endroit en même temps [...]. On est pas mal tout seul. Il y a eu une période où on était capable d'être plus, mais il y a eu des départs et puis... des restructurations, ce qui fait qu'en général on est seul ici (29).

## 6.4 Conceptions du soutien et pratiques

Comme nous l'avons déjà exposé, le rôle et les pratiques des radiologues qui nous ont accordé une entrevue varient en fonction de leur lieu de pratique et de l'étape du processus – mammographie de dépistage ou examens complémentaires. Toutes et tous ne partagent pas une même conception du soutien aux participantes au PQDCS. La majorité met l'accent sur son rôle d'information, bien que l'information à transmettre doive souvent se réduire à quelques phrases, étant donné la brièveté du contact avec la patiente. D'autres croient qu'en tant que médecin, le soutien fait partie de leur travail : « Ça fait partie de ma formation de médecin [...] pas juste le temps de l'imagerie ». Il s'agit d'un soutien délimité dans le temps, dans la mesure où la patiente sera prise en charge par la suite.

Une minorité pense que « le soutien ne peut pas se donner en bureau privé » : « Je ne suis pas un psychothérapeute [...], ce n'est pas à nous à faire ça ». Selon cette conception, le soutien est vu comme une intervention d'aide psychologique qui ne saurait être considérée comme faisant partie intégrante du travail de radiologiste. À l'instar de certaines technologues, ces radiologues en fait soutiennent leurs patientes « sans le savoir », par des informations ciblées, souvent rassurantes.

### 6.4.1 Des informations qui font autorité

En tant que spécialistes, les radiologues se rendent parfaitement compte de l'autorité que confère leur titre à l'information communiquée. Dans certains CDD, toutes les occasions peuvent être saisies pour transmettre des informations aux patientes. Pendant l'examen physique, des radiologues fournissent des explications et en profitent pour poser des questions aux patientes, à savoir si leur médecin traitant-e les examine chaque année, par exemple. Au moment d'annoncer un résultat, les radiologues assurent dans certains cas qu'il n'y a pas de quoi s'inquiéter, que « tout est beau », ou s'il y a quelque chose d'anormal, montrent concrètement l'anomalie sur le film, et expliquent en quoi consiste le prochain examen. Des femmes leur posent des questions mais parfois, elles sont trop sous le choc pour parler. Ces radiologues croient au pouvoir calmant de l'information personnalisée.

Parce que quand on explique, il faut être prêt à répondre aux questions et ça, parfois, il n'y en a pas. Parfois, les femmes, tu as l'impression que tu leur as donné un coup de massue sur la tête et elles ne réagissent plus. Tu sais que ça va venir et on leur dit tout le temps : « Si vous avez des questions, mettez-les par écrit ». [...] Je me dis tout le temps plus je vais leur donner d'information, moins leur degré d'anxiété va [s'exacerber]. Et je pense qu'en général, on réussit bien (31).

Moi, j'explique beaucoup, beaucoup, beaucoup aux femmes pourquoi je les ai rappelées, qu'est-ce que je regarde, est-ce que j'ai trouvé quelque chose [...]. En règle générale, elles partent en ayant compris ce qui s'est passé et la suite des événements (33).

Au moment de la biopsie, très généralement pratiquée à l'hôpital, le soutien s'accroît. Une stratégie pour rassurer une patiente consiste à lui présenter des données statistiques, puisqu'une minorité seulement de résultats de biopsies s'avèrent positifs.

Ça fait que je leur dis : « C'est important de faire la biopsie et là je vous explique pourquoi ». Mais au bout de la ligne quand tu leur dis : « Vous avez 8 chances sur 10 qu'on fasse tout ça pour rien, parce qu'on ne veut pas laisser filer les 2 sur 10 ». En général, avec beaucoup d'information comme ça, les patientes disent : « C'est vrai, je ne m'inquiéterai pas inutilement, je traverserai la rivière quand ce sera le temps [...] » Quand c'est expliqué de long en large, en général, le taux d'anxiété diminue même si on est rendu à l'étape de la biopsie (31).

En ce qui concerne les biopsies stéréoguidées, la patiente étant immobilisée sur la table, la tête tournée et sans possibilité de parler, la technologue qui assiste peut assurer davantage le soutien que la ou le radiologue au cours de la procédure.

### 6.4.2 Assurer la continuité des soins

Assurer la continuité des soins aux participantes au PQDCS représente une forme de soutien. Malgré la surcharge de travail, les radiologues des CDD et des CRID s'en préoccupent : « Il n'y a pas de phrase magique [...], dès qu'on dit rappel de mammo, on vient de créer... l'anxiété ». Dès lors, le moyen le plus efficace de diminuer l'inquiétude est de réduire les délais, d'accorder un rendez-vous rapidement. La réduction des délais s'envisage de deux manières différentes : obtenir un diagnostic sur place ou référer avec diligence.

Dans plusieurs CDD et dans les CRID, la première façon pour les radiologues de veiller à la continuité des soins est de poursuivre l'investigation jusqu'à l'obtention du diagnostic. Dans certains CDD, les radiologues s'impliquent de façon très active dans

l'organisation de l'investigation complémentaire, afin d'être en mesure de « donner une réponse », un diagnostic sur place. Selon des radiologues, un laps de temps trop long s'écoule entre le moment où la femme quitte le CDD et celui de son arrivée au CRID : personne ne souhaite « attendre 15 jours pour avoir une échographie ». Outre les échographies, certains CDD peuvent pratiquer des biopsies dans les jours suivants. Les prélèvements sont envoyés à l'hôpital, en pathologie, et les médecins traitants-es reçoivent les rapports une semaine plus tard. Rejoindre les médecins traitants-es s'avère parfois difficile. D'après des radiologues, cette organisation présente l'avantage de limiter les délais : « Elles n'attendent pas un mois pour aller au CRID ». Toutefois, un soutien de qualité au cours du processus fait généralement défaut et de cela, des radiologues en ont conscience, avouant leur impuissance.

Il y en a des filles qui sortent d'ici puis elles sont complètement... capotées, désemparées là, tu sais. À un moment donné, il y en a une qui [semblait être prête à] se « pitcher » en bas du pont là, tu sais... Qu'est-ce que tu veux que je fasse? Je ne peux pas la suivre jusque chez elle, là. Ça fait que c'est plate, mais c'est comme ça (35).

Un certain flou entoure l'annonce d'un cancer lorsque l'investigation complémentaire a été entièrement réalisée dans un CDD. Des radiologues de CDD considèrent à juste titre que les patientes ne devraient pas recevoir un tel diagnostic en clinique privée, sans être entourée d'un soutien adéquat. Néanmoins, la pratique existe en raison de déficiences dans la coordination CDD-CRID et CDD-médecins traitants-es.

Le second moyen de voir à la continuité des soins dans certains CDD consiste à « référer la patiente correctement » après une mammographie anormale de manière à « s'assurer qu'il y a une prise en charge après ». Pour ce faire, soit la patiente sera directement référée à sa ou son médecin traitant, ce que nous avons déjà souligné, soit une attention toute personnelle sera portée au suivi de son dossier vers le CRID, où la plupart du temps travaillent les mêmes radiologues. Quelques CDD se concentrent sur un énorme volume d'exams de dépistage, sans prévoir de soutien particulier. Les radiologues n'y effectuent pas d'exams complémentaires, mais entretiennent des liens étroits avec le CRID.

Once they come to the CRID, I think they get superb service... I don't know if you interview the patients or not but they get superb care in my opinion. But to say that the one who comes in to the office at the CDD for a screening mammogram, no one is going to take them by the hand and walk them into the room and so forth. But we do the best we can with the volume that we have to do. We certainly try (36).

Au CRID, la continuité des soins est assurée par une organisation des services qui permet un suivi personnalisé. Ce suivi diminue l'anxiété, nonobstant l'attente avant d'arriver au CRID. Les radiologues peuvent s'appuyer sur une équipe sans assurer personnellement la coordination des services. Ce fonctionnement permet de s'adapter aux besoins de patientes différentes les unes des autres. Par exemple, pour respecter une certaine patiente, un-e radiologue raconte qu'il sera approprié de lui offrir de passer une biopsie tout de suite après une échographie suspecte. Cependant, toutes les patientes ne souhaitent pas poursuivre l'investigation aussi rapidement. Parfois, nous dit-elle, « on va préférer faire ça dans un second temps, pour que la patiente comprenne exactement ce qui est train de se passer ». Le temps joue un autre rôle dans ce cas. Le personnel prendra alors le temps de bien expliquer ce qui s'en vient avant de poursuivre l'investigation.

Autant il y a des patientes qui voudraient que tout soit fait tout de suite, et on essaie de répondre à cette demande-là, autant qu'il y a d'autres patientes que tu leur expliques que ça va prendre une biopsie, et on explique la biopsie, et on voit que soit qu'elles ne comprennent pas, dans notre milieu, très souvent pour une barrière de langue, soit qu'elles ne saisissent pas l'ampleur du processus ou soit qu'elles ont juste besoin d'être réassurées, décantées avant de continuer dans le processus (31).

Dans tous les milieux, des radiologues ont affirmé que la codification des dossiers par ordre de priorité permet de traiter avec diligence les cas suspectés de cancer.

### 6.4.3 L'intervention auprès des participantes issues des communautés ethnoculturelles ou racisées

L'ensemble des radiologues affirme réussir à communiquer avec les femmes ne parlant pas le français ou l'anglais car, en règle générale, elles se présentent accompagnées. De plus, du personnel multilingue disponible sur place peut souvent les aider. Cependant, ce personnel professionnel s'est en général montré peu touché par cette problématique, soulignant que les technologues et les commis sont les premières concernées. Ainsi, leurs échanges avec les participantes, déjà caractérisés par leur brièveté, se réduisent probablement encore davantage lorsqu'il s'agit de femmes issues de groupes minoritaires.

Toutefois, un petit nombre s'est montré préoccupé par l'appauvrissement de la communication avec un pourcentage relativement important de la clientèle, dans le contexte montréalais. Les femmes dites allophones ne peuvent pas adhérer aisément à un tel programme gouvernemental si elles ne saisissent pas toute l'information qui leur est fournie. Pour contourner ce problème, des démarches sont faites pour embaucher des technologues et des radiologues parlant l'arabe, par exemple. Malgré cela, compte tenu de la pénurie actuelle, ces efforts n'ont pas porté leurs fruits.

### 6.4.4 L'intervention auprès des participantes vivant des situations de handicap

Au sujet de leur travail auprès des femmes vivant des situations de handicap, les radiologues évoquent les difficultés semblables à celles que rencontrent les technologues et le personnel de bureau. En ce qui concerne les femmes en fauteuil roulant, qui ne peuvent se tenir en position debout au cours de la mammographie, « le défi est beaucoup pour la technologue ». Des CDD non équipés pour accueillir ces participantes les envoient systématiquement au CRID. Parfois, des radiologues préfèrent faire un examen physique doublé d'une échographie de dépistage plutôt qu'une mammographie. D'autres CDD disposent de la « chaise spéciale » et « se débrouillent » sur place.

## 6.5 Améliorations souhaitées

Malgré une apparente diversité dans leur discours, l'analyse révèle que les radiologues s'entendent globalement sur les améliorations à apporter au PQDCS. À l'instar des autres membres du personnel interrogés, ces spécialistes apprécieraient grandement l'embauche de personnel professionnel. Et comme la plupart des employées de bureau, plusieurs radiologues réclament des changements sur le plan du fonctionnement et de l'organisation du Programme : à leur avis, les deux sources réelles des difficultés vécues par le personnel. C'est pourquoi les formations supplémentaires n'apparaissent pas comme étant la solution la plus appropriée.

En effet, la majorité des radiologues ne considère pas que des formations pourraient les aider dans leur travail, ni améliorer l'intervention des membres de leur personnel dans les CDD. Ce personnel n'a guère de temps pour se former davantage et le rythme de travail ne leur permet pas d'en accorder beaucoup plus aux patientes. Dans la mesure où le personnel a été sélectionné avec rigueur et travaille de façon compétente, le soutien se réalise dans les limites du possible. D'après plusieurs, dans le cas des mammographies de dépistage, la nécessité de soutien supplémentaire constitue l'exception plus que la norme. La majorité estime plus important de régler les problèmes cités plus haut, soit le manque de ressources et les lacunes dans l'organisation des services : « Le gouvernement, s'il veut du service, il faut qu'il investisse. Puis investir, c'est avec du personnel, pas avec de l'enseignement au personnel qui est déjà là, ils sont débordés » (35).

### 6.5.1 Embauche de personnel professionnel

Les radiologues insistent sur le besoin de ressources professionnelles et techniques dans les hôpitaux où il manque surtout de radiologues et de médecins, mais aussi de technologues. L'augmentation du nombre de radiologues réclamée de toutes parts aurait pour effet non seulement d'assurer le respect des délais que prévoit le cadre de référence du PQDCS, mais également de rehausser la satisfaction au travail de cette catégorie de personnel.

En ce qui concerne l'amélioration du soutien dans les CDD, les radiologues n'envisagent pas l'embauche de personnel dédié au soutien. Une certaine impuissance est ressentie devant l'impossibilité de faire davantage que ce qui se fait déjà, avec les moyens actuels.

À un moment donné, il y a une limite, on ne peut pas en faire plus que ça. [Ça] prend d'autre monde, puis l'autre monde, nous on ne le paiera pas. Eux [le gouvernement] vont les payer s'ils veulent en avoir, mais nous on ne les paiera pas (35).

### 6.5.2 Organisation des services : un rôle pour le PQDCS

Des radiologues ont mis l'accent sur les améliorations que le PQDCS devrait apporter à son fonctionnement. Ces propositions concernent au premier chef une organisation du soutien axée sur l'information aux participantes. À cet effet, trois suggestions ont été soumises. Quelques spécialistes ont aussi critiqué d'autres aspects du Programme, et souhaitent, par exemple, une amélioration de la circulation et de la cohérence de l'information ainsi que l'implication des médecins traitants-es dans la promotion du Programme.

#### **L'information aux participantes**

Au chapitre de l'information aux participantes, les radiologues, tout comme la majorité du personnel de bureau, ont insisté sur la pertinence d'une information préalable, la plus complète possible, sur le processus et sur le Programme de dépistage. Le PQDCS devrait mettre en place des moyens efficaces pour informer les participantes.

En second lieu, pour faciliter le soutien à la fois informatif et émotif des participantes, des radiologues suggèrent la mise en place d'une « ligne-info », puisque les médecins traitants-es ne sont pas toujours disponibles au moment précis où le soutien est requis. Un tel service téléphonique rendrait l'information accessible en tout temps, si bien qu'après un résultat anormal de la

mammographie de dépistage, les femmes pourraient accéder rapidement à un soutien de qualité. Le travail des employées de bureau, submergées d'appels et d'informations complexes à gérer, s'en trouverait allégé.

Quand la mammographie de dépistage est anormale, la patiente va avoir un certain degré d'inquiétude et c'est normal [...]. Il faut qu'il y ait quelqu'un qui l'écoute. Si l'omnipraticien n'est pas disponible, il faut instaurer quelque chose, c'est sûr. Peut-être [...] une ligne « J'ai-une-anomalie-à-ma-mammographie-qu'est-ce-que-je-fais » (31).

On le sait, ça doit être l'enfer attendre, mais ce n'est pas à nous à faire ça. Il faudrait qu'elle puisse s'adresser à quelqu'un [...]. Puis à ce moment-là il faudrait qu'il y ait un numéro de téléphone [dans la lettre de résultat anormal] : « Vous avez été convoquée pour une biopsie, si vous voulez de plus amples informations, appelez au numéro 1-800-tata, puis quelqu'un va répondre à vos questions. » Puis cette personne-là au bout de la ligne va lui dire : « C'est pas parce que vous avez été appelée que vous avez un cancer, que vous avez ci ou vous avez ça, c'est parce qu'il y a quelque chose de plus à [vérifier] » (35).

Enfin, quelques radiologues ont imaginé un moyen requérant la participation de presque tout le personnel, sans nécessiter pour autant beaucoup de ressources. Il s'agit d'un mot d'ordre, qui exigerait toutefois que le PQDCS réexamine les mandats du personnel et que les différents établissements s'organisent en fonction de leurs particularités respectives. L'idée se résume à « tout le monde pourrait faire un bout » pour soutenir les participantes. D'entrée de jeu, ce mot d'ordre devrait être lancé à tout le personnel. Avant, pendant et après la mammographie de dépistage, le personnel devrait fournir certaines informations et insister sur le caractère généralement anodin des rappels. Annoncer la possibilité d'un rappel tout en soulignant que, dans la majorité des cas, les lésions s'avèrent bénignes. Bref, « rappel » ne signifie pas « cancer ». Gynécologues et médecins traitants-es devraient aussi recevoir un appel à la collaboration en ce sens.

Je parle beaucoup d'information auprès des omnipraticiens, qu'ils informent leurs patientes qu'elles peuvent être rappelées et que, si elles sont rappelées, ça ne veut pas nécessairement dire qu'elles ont un cancer. Et qu'ils véhiculent cette information-là à leur personnel si c'est le personnel qui rappelle. [...] Si tout le monde explique le plus possible soit avant l'examen, pendant l'examen, après l'examen... [À notre clinique], nos patientes viennent passer leur mammographie, nos technologues disent aux patientes : « Vous savez, c'est possible que vous soyez rappelées. Ça ne veut pas nécessairement dire que vous avez un cancer. Le radiologiste, s'il nécessite des examens supplémentaires, il va nous le dire et on va vous rappeler ». Juste ça, juste ça, ça fait que si elles se font dire ça par leur médecin, elles se font répéter ça par la réceptionniste, la technologues, la personne qui passe le balai, tout le monde, je veux dire [...] il n'y en [aura] pas beaucoup [d'anxiété] (31).

## La circulation et la cohérence de l'information

Des radiologues ont partagé leurs frustrations à l'égard de l'organisation du Programme qui serait trop rigide sous certains aspects. Nous résumons ici les deux principales observations. D'abord, ce personnel professionnel voudrait se sentir partie prenante du Programme et apprécierait recevoir davantage d'informations, de feed-back sur tout ce qui le concerne. La communication avec la direction du Programme ne satisfait pas tous les membres du personnel, ce qui provoque la démotivation chez certains-es.

Quelques radiologues trouvent que le PQDCS ne permet pas un suivi assez serré des patientes très à risque de développer un cancer du sein : très contradictoire pour un programme de prévention secondaire. Dans certains cas bien précis, une mammographie annuelle, plutôt qu'aux deux ans, serait indiquée. Des radiologistes conseillent alors à certaines participantes de sortir du Programme afin d'obtenir une meilleure prise en charge.

### **L'implication des médecins traitants-es**

Des radiologues déplorent que beaucoup de mammographies de dépistage à Montréal soient réalisées hors programme. Selon ces personnes, les médecins traitants-es pourraient également être incités-es à jouer un rôle de premier plan auprès de leurs patientes, afin de les motiver à participer au Programme. Une radiologue croit même qu'il faudrait en faire une « religion ».

Je pense qu'il y a un gros travail auprès des omnis. Un gros travail auprès des omnis pour ça et, encore une fois, les sensibiliser à la nécessité pour leurs patientes de passer la mammographie de dépistage, d'en faire une religion et la nécessité de participer au Programme pour qu'on ait des données qui nous permettent de prouver qu'on en retire les bénéfices (31).

### **En résumé**

La majorité des radiologistes interrogés-es partagent leur vie professionnelle entre un CRID, situé dans un hôpital, et un CDD, situé dans une clinique privée dont ils ou elles sont propriétaires. Une minorité pratique exclusivement au privé. Bien que leurs contacts avec les participantes soient brefs, sinon absents à l'étape du dépistage, les radiologues donnent des informations aux femmes. Leur principal objectif est de veiller à la continuité des soins, en s'assurant du suivi des patientes dont le dossier est priorisé. Quelques radiologistes en CDD s'investissent et se dévouent auprès de leurs patientes jusqu'à l'obtention du diagnostic alors que d'autres jugent préférable de confier le suivi à l'équipe du CRID. Plusieurs critiquent le fonctionnement du PQDCS. Au premier chef, le Programme devrait informer les femmes au préalable afin de dégager le plus possible les employées débordées à l'accueil. Des radiologistes, comme d'autres catégories de personnel, ont manifesté le désir d'être partie prenante du Programme et que soit instauré une meilleure circulation de l'information entre les différents partenaires du PQDCS.





## Chapitre 7

# Les infirmières et les omnipraticiennes

Dans les Centres de référence pour investigation désignés (CRID), situés en milieu hospitalier, des infirmières et des omnipraticiennes sont dédiées au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). On compte cinq CRID à Montréal. Comme nous l'avons précisé au début de ce rapport, ces intervenantes font partie d'équipes multidisciplinaires composées d'oncologues, de chirurgiens-nes, de radiologues, de technologues et d'employées de bureau. Ces équipes se consacrent aux examens complémentaires dans le cadre précis du Programme, ainsi que plus largement au diagnostic et au traitement du cancer du sein.

Quatre infirmières et trois omnipraticiennes travaillant dans les quatre CRID rejoints par notre étude ont été interviewées. Les entrevues se sont déroulées en français. Le choix de regrouper ces deux catégories d'intervenantes découle de la complémentarité de leur travail en lien avec le soutien des participantes au PQDCS.

L'organisation des services diverge selon les CRID. Dans un des Centres, les patientes rencontrent d'abord l'infirmière et ensuite l'omnipraticienne, avant de passer leur examen radiologique. Dans un autre, les femmes voient l'infirmière à leur arrivée mais vont en radiologie avant de s'entretenir avec l'omnipraticienne. La situation diffère dans les deux autres CRID. D'une part, l'omnipraticienne rencontre toutes les patientes alors que l'infirmière se concentre sur les cas de biopsie et plus particulièrement celles chez qui on dépiste un cancer. De l'autre, aucune omnipraticienne ne fait partie de l'équipe et l'infirmière assume en grande partie le soutien aux participantes. Les quatre CRID bénéficient des services d'une travailleuse sociale et deux comptent un ou une psychologue dans leur équipe. Notons enfin qu'un des CRID se divise dans deux locaux distincts : un « CRID clinique », où l'omnipraticienne et l'infirmière rencontrent les participantes, et un « CRID radiologique », où se déroulent les examens.

### 7.1 Rôle

L'infirmière et l'omnipraticienne travaillent en étroite collaboration. Dans le cadre du PQDCS, leur rôle est essentiellement axé sur l'accompagnement des participantes tout au long du processus d'investigation complémentaire jusqu'à l'obtention d'un résultat final. Lors de la biopsie, les participantes font l'objet d'une attention marquée compte tenu du caractère anxiogène de cet examen. À l'annonce d'un diagnostic de cancer, l'infirmière et l'omnipraticienne écoutent, réconfortent et informent avant que l'infirmière pivot en oncologie entre en scène. Leur soutien peut s'élargir aussi aux proches, perturbés-es et inquiétés-es par les résultats de biopsie ou par l'annonce d'un cancer. L'infirmière et l'omnipraticienne interviennent donc autant à l'arrivée au CRID, que pendant et même après le diagnostic.

Le rôle spécifique de l'**infirmière** est d'assurer le soutien social des participantes. Que ce soit au téléphone ou en personne, l'infirmière rassure et informe les femmes au cours de l'investigation. Elle évalue leur anxiété, complète leur histoire de santé, dresse un génogramme<sup>3</sup> et un portrait psychosocial de leur situation et de leurs habitudes de vie. L'information joue un rôle de premier ordre : elle se concrétise par l'explication des examens, des délais d'attente et du mode de communication des résultats ainsi que par la remise d'une liste de ressources à contacter au besoin. L'infirmière montre aussi parfois comment pratiquer un auto-examen des seins. Le soutien émotif des patientes revêt également une dimension des plus importantes : écouter, encou-

<sup>3</sup> Un génogramme retrace les principaux éléments de l'arbre généalogique d'un individu, en établissant certaines caractéristiques socio-démographiques et certains détails jugés pertinents dans le cadre d'une intervention donnée. Dans le cas présent, les liens sociaux et la situation de santé seront mis en évidence.

rager l'expression des émotions et apporter du réconfort s'inscrivent dans les priorités de ces intervenantes.

L'omnipraticienne, quant à elle, s'intéresse à la dimension médicale du dossier des patientes. Elle rencontre toutes les participantes qui se présentent au CRID pour leur investigation complémentaire, fait l'examen clinique des seins et prescrit les tests radiologiques indiqués. Subséquemment, elle leur communique les résultats des examens, les vulgarise et en décrit les incidences. Elle assure, par la suite, la coordination du parcours des femmes tout au long de ces interventions. De plus, elle apaise et réconforte les participantes.

## 7.2 Formations : informelles

Les entrevues révèlent que les infirmières et omnipraticiennes des CRID n'ont pas toutes reçu de formation sur le Programme de dépistage. En général, elles ont dû apprendre par elles-mêmes les rouages du PQDCS et créer leur propre rôle, avec l'aide de collègues ou en s'inspirant des pratiques des autres établissements.

Je l'ai fait moi-même en formation volontaire. Certainement, ça été introduit par l'infirmière qui était là au préalable. Donc je l'ai appris sur le tas et j'ai reçu des documents du PQDCS pour participer à des journées de congrès ou colloques. Parce que moi, je l'ai créé, mon rôle. Je le crée encore. Il y a quand même eu un modèle dans d'autres hôpitaux dont je me suis inspirée et j'ai été voir comment ça marchait [...]. Et c'est un peu désolant [de devoir] apprendre sur le tas... (39)

Afin de soutenir les participantes au PQDCS, les intervenantes se basent sur des connaissances issues de leur expérience de travail et de leur formation professionnelle.

Aucune d'entre elles n'a été formée sur l'approche interculturelle.

## 7.3 Conditions d'intervention : interdisciplinarité

Sur le terrain, nous avons constaté que les interventions et la philosophie des équipes des quatre CRID visités se fondent sur l'interdisciplinarité. Cette caractéristique modèle l'intervention de l'ensemble du personnel de ces établissements. Les infirmières et les omnipraticiennes ont dû « innover » pour placer les femmes au centre de leurs interventions. Connaissant l'anxiété normalement vécue au cours du processus d'investigation, elles ont réfléchi aux meilleurs moyens d'éviter un niveau de détresse qui soit « irréparable ».

À l'inverse de ce qui prévaut dans les CDD, les radiologues, les technologues et le personnel de bureau des CRID ne portent pas entièrement le poids de devoir écouter, informer et rassurer les participantes au Programme. Plusieurs ne se sentent d'ailleurs pas la compétence et ne disposent pas du temps nécessaires pour accomplir ces tâches. Dans les CRID, la responsabilité du soutien est partagée jusqu'à un certain point par tout le personnel, mais celle-ci revient officiellement à l'infirmière, ressource principale pour toute l'équipe. Le mieux-être des patientes représente la préoccupation première de l'infirmière, qui doit faire preuve d'importantes habiletés relationnelles : « Je pense que la relation d'aide [...] c'est une force que j'ai. C'est un peu pour ça que j'ai choisi [le poste] » (17). Les omnipraticiennes interrogées tiennent le même discours.

L'organisation du travail basée sur l'interdisciplinarité, dont les CRID sont très fiers, influence positivement les conditions d'intervention des infirmières et des omnipraticiennes. Toutefois, le niveau élevé d'inquiétude des femmes et le nombre grandissant de patientes qui arrivent au CRID sont des contraintes bien réelles qui alourdissent leur tâche.

### 7.3.1 Rapports avec les participantes au PQDCS

Compte tenu de leur rôle, les infirmières et les omnipraticiennes développent une relation personnalisée avec les participantes au Programme. Selon leurs propres mots, le plus important consiste à établir une relation de qualité dès la première rencontre, consacrée à transmettre des explications ainsi qu'à saisir la réalité et les besoins de la patiente. Ce premier contact peut varier de cinq minutes à une demi-heure, selon les situations. Certaines femmes « ne veulent rien savoir, elles veulent juste passer leur examen » manifestant par là « une part de déni » qui est respectée. Avec d'autres femmes, beaucoup de temps sera accordé à des explications détaillées, à l'écoute, au soutien et ce, dès la première rencontre.

L'infirmière et l'omnipraticienne voient généralement plus d'une fois une même patiente. Une omnipraticienne se dit tout de même « surprise » de parvenir rapidement à un tel degré d'intimité avec les participantes, qui acceptent d'établir un contact aussi facilement, une relation si intense. En effet, un rapport de confiance se crée ici dans un laps de temps très court, si on le compare à celui tissé au fil des ans avec le médecin de famille.

Une certaine réciprocité existe dans le rapport avec la patiente. Une infirmière raconte qu'elle partage à l'occasion certaines de ses émotions, puisque « ça fait partie de la relation d'aide [...] d'être capable de dire comment on se sent ». Elle juge parfois opportun d'aviser une patiente qu'elle est « fatiguée » parce qu'elle a vu beaucoup de monde au cours de la journée et qu'il est possible qu'elle « déparle un peu » (17). La relation peut aller au-delà de l'investigation, lorsqu'une infirmière garde contact avec une patiente pendant que celle-ci reçoit des traitements à la suite d'une annonce de cancer.

Comme c'est d'ailleurs le cas pour d'autres membres du personnel interrogés-es, les infirmières et les omnipraticiennes déclarent que certaines patientes les touchent particulièrement : « Il y a des moments qui sont épouvantables », nous relate l'une d'elles, « parce qu'il y a des gens qui nous touchent plus que d'autres », par exemple une personne « qui est toute seule au monde, ça nous affecte beaucoup » (39). Elles se sentent à l'aise avec les patientes et font l'effort de s'adapter à leur réalité, quelles qu'elles soient.

Je me sens à l'aise, oui. Je pense qu'il faut être à l'aise avec l'annonce des mauvaises nouvelles. Il faut être à l'aise avec l'anxiété, il faut être à l'aise avec les différentes personnalités qui se présentent. [...] Il n'y a pas une femme qui est pareille. Ça fait qu'il faut s'adapter (38).

D'après une autre infirmière, les participantes « sentent ce climat-là d'entraide et de plaisir de travailler ensemble » qui prévaut au CRID, ce qui contribue à les mettre en confiance (18).

### 7.3.2 Le temps : un horaire flexible, selon les priorités

Les infirmières et omnipraticiennes s'investissent complètement dans leur travail. Elles prennent conscience d'exiger beaucoup d'elles-mêmes : « La pression, elle vient de moi-même [...]. C'est de vouloir bien faire mon travail ». La ligne de conduite que se fixent les infirmières et les omnipraticiennes pour gérer leur temps tient compte à la fois du niveau d'anxiété de chaque patiente et du degré de priorité médicale du dossier. Ces deux éléments, de même que le « volume de patientes » ont un impact sur les conditions de travail de ce personnel.

Comme nous l'avons évoqué, le temps alloué aux premières rencontres varie selon les patientes. Ce temps, les infirmières et omnipraticiennes considèrent ne pas avoir le choix de l'accorder. « Je le prends toujours », affirme l'une. « Si ça prend 20 minu-

tes, ça prend 20 minutes, si ça prend une demi-heure, ça prend une demi-heure », déclare une autre. Au stade de la première rencontre, le diagnostic n'est pas encore établi, mais certaines participantes au Programme sont déjà bouleversées, très affectées. Toutes vivent l'angoisse de l'attente du diagnostic.

Cancer ou pas, le personnel des CRID rencontre des femmes très inquiètes. Le degré de priorité des dossiers est établi en fonction de critères assez précis, soit « au niveau de la lésion, soit au niveau aussi de l'aspect mental, psychologique de la patiente », relate une infirmière. Il faut sans cesse s'adapter : « On est souple dans une structure assez rigide », explique une omnipraticienne. Les infirmières comme les omnipraticiennes constatent cette détresse quotidiennement et doivent y consacrer du temps : « On n'a pas besoin d'avoir le cancer pour être anxieuse [et] même si ça revient bénin, elle a besoin de son temps ». Après une bonne nouvelle, ce qui est le cas pour la majorité des participantes au PQDCS, plusieurs patientes demeurent effectivement anxieuses et remplies de questions.

Suite à l'investigation, même les lésions bénignes on les revoit. Et vous seriez surprise, mais les femmes ont encore des questions. Elles ont passé l'échographie et : « Elle m'a montré ça sur l'échographie là, bien, là je me demandais, ça va-tu revenir? Qu'est-ce que je peux faire pour prévenir ça? J'ai mal, est-ce qu'il y a des trucs? » (38)

Au moment où nous les avons interrogées, la majorité des infirmières et des omnipraticiennes parvenait à accorder le temps requis au soutien des participantes au PQDCS, puisque le volume de patientes le « permettait », encore. Cette question inquiétait l'une des infirmières, qui espérait ne pas devoir renoncer à rencontrer l'ensemble des participantes, cette pratique ne correspondant pas à sa vision de son poste. C'est d'ailleurs en raison de l'affluence grandissante des femmes que dans un autre CRID, une infirmière s'est vue contrainte de réserver la plupart de ses interventions « à celles qui apprennent des mauvaises nouvelles », aux participantes qui passent une biopsie ou à qui on vient de diagnostiquer un cancer. Les autres affirment jongler selon les priorités. Toutes ces intervenantes s'entendent pour dire qu'au moment d'une annonce, le temps accordé ne compte plus véritablement.

Quelqu'un qui rentre pour un cancer, il rentre ici et les autres vont attendre. Ça fait partie des règles où c'est son temps à elle et pas le mien. Oui, on est comprimé, mais ça, je le protège beaucoup. Parce que je le sais que ça c'est un « peak » d'anxiété (39).

Je pense que jamais je ne dirai : « J'aurais aimé ça vous parler, mais je n'ai pas le temps ». Je vais prendre le temps, je vais aller jusqu'au bout et, quand j'aurai fini, je passerai à l'autre et là, j'essaierai de rattraper [avec] celles qui n'ont rien (37).

D'après les infirmières et les omnipraticiennes, les patientes longuement assises dans la salle d'attente se montrent compréhensives devant les retards qu'engendrent certaines interventions. Les patientes savent qu'elles auront droit aux mêmes égards, à leur tour. La qualité des services et un temps suffisant doivent être assurés à toutes les participantes.

Faut qu'on soit disposé de la même façon pour la première que pour la dernière et ce rôle-là, moi, je le vois crucial. Peut-être que je l'amplifie, mais j'ai beaucoup, beaucoup de patientes qui sortent en disant [que] malgré le désastre qu'elles entendent, [elles] sont très reconnaissantes du temps qui a été passé (39).

Je l'explique, je l'explique, ça, aux patientes, et des fois, si je vois qu'il y a beaucoup de monde dans la salle d'attente, je le dis à nos patientes, je dis : « Oui, il y a du retard aujourd'hui mais, bon, il y a des problématiques. Le temps d'attente est impossible à prévoir parce que l'évaluation des problèmes de santé de chacune diffère ». Et ça, ça passe bien. Les gens comprennent ça. Ça fait que même si les patientes attendent un petit peu, qu'il y a une demi-heure de retard ou même 45 minutes, quand on leur accorde du temps et qu'on répond à leurs questions, ce n'est pas grave (38).

Le volume des patientes et les retards créent une pression sur les conditions de travail de ce personnel. Heures de dîner raccourcies, pauses qui disparaissent : la surcharge de travail peut s'avérer astreignante. Certains jours, la situation peut aussi devenir frustrante. Tout le monde est parti et l'infirmière est encore dans son bureau avec les patientes : « C'est ma priorité, sauf que ça, des fois, c'est un peu lourd » (17). L'horaire précis de travail ne peut se prévoir à l'avance. « À la question : Est-ce que je finis à l'heure ? Non (rires). »

Infirmières et omnipraticiennes se sont montrées préoccupées par les délais et par la tension que vivent les participantes au cours de l'attente d'examen, de résultats et de chirurgie, si un cancer est détecté. En dépit de leurs efforts, elles sont souvent impuissantes à accélérer la fréquence des rendez-vous. À l'instar de radiologues, elles critiquent le contexte de restructurations du système de santé, le manque de ressources, le manque de plages horaires pour effectuer davantage d'examen ou accorder des traitements.

Ce que je trouve le plus difficile, dans le fond, c'est peut-être de trouver une place pour des plages horaires. On commence à avoir de plus en plus de demandes et... il y a le roulement et c'est ça que je trouve peut-être plus difficile. C'est que je ne peux pas les faire aussi vite que je voudrais ou qu'elles puissent être opérées aussi vite qu'on aimerait (16).

### 7.3.3 Des espaces propices au soutien

Les CRID sont des cliniques situées à l'intérieur d'hôpitaux. Des médecins, infirmières ou radiologues qui en sont les responsables administratifs, ont accordé une attention particulière à l'environnement physique de ce lieu afin de le rendre « différent d'un hôpital » : un éclairage apaisant, de belles couleurs sur les murs, par exemple. « Elles ne se sentent déjà pas dans un hôpital quand elles rentrent ici », affirme une infirmière évoquant des commentaires de patientes.

Les omnipraticiennes et les infirmières considèrent leur environnement de travail tout à fait approprié pour assurer l'intimité avec les participantes et la confidentialité des échanges. Pour contourner de possibles problèmes dans de nouveaux locaux mal insonorisés aménagés récemment dans l'un des CRID, les intervenantes s'assurent de laisser un bureau libre à côté de celui où elles rencontrent les participantes.

### 7.3.4 Documentation disponible : utile

Les infirmières et les omnipraticiennes des CRID accordent énormément d'importance au pouvoir de l'information pour soutenir les participantes au PQDCS. Elles accordent priorité à l'information verbale, à des explications souvent détaillées, tableaux et graphiques à l'appui, mais ne méprisent pas pour autant la documentation écrite.

Des dépliants consacrés aux examens complémentaires ont été mis au point dans un CRID. Dans différents établissements, des brochures relatives aux examens complémentaires, au Programme de dépistage, à l'auto-examen des seins et à la biopsie sont remises aux femmes. De la documentation développée par différents organismes assurant le soutien des participantes est également distribuée. Les omnipraticiennes et les infirmières reconnaissent l'importance de remettre ces documents : « L'information dite, c'est bien intéressant, mais il ne reste pas grand-chose quand on est stressée », concède l'une d'elles. Elles s'adaptent à la demande et aux besoins de renseignements d'un nombre croissant de femmes qui font des recherches dans Internet et posent des questions de plus en plus précises.

### 7.3.5 Ressources accessibles pour un soutien accru

Des infirmières ont développé des outils leur permettant de juger du niveau d'inquiétude des participantes. Ces grilles d'évaluation de l'anxiété les guident dans le soutien personnalisé des femmes. Si l'intervention exige des compétences qui outrepassent leurs qualifications, la plupart des infirmières et des omnipraticiennes peuvent « en tout temps » diriger les femmes vers des services spécialisés en psychologie ou en travail social. Rattachés au CRID, ceux-ci prendront en charge la patiente. Le rôle de la travailleuse sociale peut varier et concerne essentiellement les patientes qui reçoivent un diagnostic de cancer. Il peut s'agir d'un support psychologique tout autant que financier ou d'une aide pour les déplacements.

Ces ressources sont-elles utilisées ? Ponctuellement, dans des cas particulièrement aigus ou de cancer, ou lorsqu'une femme est confrontée à des problèmes complexes. Une infirmière a remarqué que les femmes plus jeunes étaient assez enclines à accepter sinon à réclamer des services en psychologie, alors que les plus âgées et les plus isolées nourrissaient souvent des préjugés à leur égard, préférant la rappeler, elle. Elles cherchent alors un prétexte pour appeler et pendant quelques minutes, vont s'épancher et exprimer leurs sentiments.

Rappelons que tous les CRID bénéficient des services d'une travailleuse sociale mais que seuls deux offrent des services en psychologie. Dans un CRID ne disposant pas de psychologue, les patientes doivent d'abord attendre une consultation en psychiatrie. Et les délais peuvent être longs : « Même si j'appelle et qu'on supplie à genoux, c'est trois, quatre mois ». Pour cette raison, les patientes qui en ont les moyens ou qui bénéficient d'assurances sont dirigées vers des services privés. Les femmes les moins nanties se font référer dans les CLSC mais là encore, elles feront face à de nouveaux délais pour accéder à des services.

Toute l'équipe du CRID, de la commis à la technologue en passant par l'infirmière et l'omnipraticienne, incluant des spécialistes, constitue une « chaîne d'entraide » pour les participantes au Programme. Le personnel en est très fier.

Je pense que c'est, pour la patiente, la différence. On parle souvent de différence entre une mammo passée à l'extérieur et une mammo qui est ici avec les complémentaires et tout cela... Bien, je pense qu'ici, elle rentre avec une équipe et qu'elle voit le chirurgien, le radio-oncologue, l'oncologue, elle sent qu'il y a un soutien et qu'il y a une espèce de chaîne d'entraide qui peut se faire [...]. Quand les patientes nous connaissent, elles reviennent parce qu'il y a une équipe et qu'il y a une espèce de renforcement et [une] sécurité (37).

Les infirmières tout comme les omnipraticiennes remettent aux participantes le nom de personnes ou d'organismes à qui elles peuvent se référer. Contrairement aux infirmières, les omnipraticiennes recommandent peu les organismes communautaires en raison de leur méconnaissance de ce milieu.

### 7.3.6 Climat de travail : une synergie d'équipe

Les omnipraticiennes et les infirmières qui ont participé à l'étude évoquent avec enthousiasme leur milieu de travail. Une connivence réelle entre les membres du personnel que renforcent certaines pratiques de gestion, se reflète dans l'environnement et le climat de travail dans les CRID. Cette collaboration étroite au sein de l'équipe crée une synergie très positive qui se constate dans les extraits suivants, où une omnipraticienne et une infirmière décrivent la difficulté de parler de leur travail sans évoquer celui de leurs collègues. Au CRID, les besoins des patientes sont constamment évalués et si la commis par exemple perçoit une inquiétude, elle en informe l'infirmière. L'interdisciplinarité revient dans toutes les entrevues réalisées avec ce personnel.

En tant que médecin au CRID, on travaille en interdisciplinarité beaucoup, beaucoup. Les CRID sont beaucoup axés sur l'interdisciplinarité. Alors, je suis obligée de vous parler du travail de mes collègues pour vous parler du mien. Ça fait que la patiente quand elle arrive au CRID, elle est accueillie par la commis : c'est la personne qui a pris le rendez-vous ou qui cédule les patientes. Et si jamais la commis détecte, par le verbal ou le non verbal, une inquiétude, elle en fait part à l'infirmière de la clinique [...]. Et [l'infirmière] de toute façon rencontre les patientes avant que moi, je les vois (38).

Une complicité, oui. Une grande complicité. Chacun fait son rôle indispensable. Moi, sans mes secrétaires, oubliez ça. Et vice-versa. La force fait l'équipe et l'équipe ça [se répercute] sur la patiente. Tu sais, quand elles rentrent ici elles le sentent, elles le disent [...]. « Mon Dieu, je me sens bien. » [...] Elles sentent ce climat d'entraide et de plaisir de travailler ensemble (18).

Les infirmières se sentent valorisées dans leur travail : « On joue le rôle à deux ». Elles s'informent mutuellement de l'état de la participante, de sa situation sociale et familiale.

J'aime vraiment la collaboration avec le médecin parce que dès qu'elle a vu une patiente qui s'en vient dans mon bureau à qui elle a annoncé un cancer, je rentre dans son bureau avant de voir la patiente, elle me donne, elle me dit comment elle a réagit, elle me dit ce qui l'a préoccupée et tout. Donc j'ai beaucoup de considération de la part du médecin avec qui je travaille, ou qu'elle dit à la patiente : « Ne partez pas, elle va vous voir, l'infirmière, c'est important, elle a des choses à vous dire ». Et, tu sais, elle valorise beaucoup mon travail ici. Donc ça, je pense qu'à ce niveau-là ça va. Bon, les chirurgiens, il y en a qui travaillent plus en équipe que d'autres, il y en a qui travaillent plus de façon individuelle. Bon, dans un monde idéal, tout le monde travaillerait plus en équipe, mais bon... (17)

En outre, dans la plupart des CRID se tiennent des réunions mensuelles où toute l'équipe se rencontre et traite de problèmes courants ou de cas problématiques. Compte tenu de la lourdeur de la tâche, la gestion est pensée pour favoriser la solidarité. Une infirmière raconte qu'elle apporte des petits gâteaux, des gâteries lors de ces réunions d'équipe, et que certaines sorties de groupe, tel un pique-nique, sont parfois organisées. D'autres réunions portant sur « des problématiques médicales de suivi ou de traitement du cancer du sein avancé » sont aussi planifiées. Le personnel des CDD, technologues et radiologues, y est invité. Tout le personnel du CRID s'y retrouve également, du pathologiste aux infirmières pivot et clinicienne, en passant par la travailleuse sociale.

En ce qui concerne le support du personnel lui-même, il se trouve entre collègues, comme nous l'avons constaté dans les CDD. Ce soutien dans les moments difficiles prend souvent la forme d'un retour sur certaines journées de travail plus intenses. C'est aussi l'occasion de remettre en question ses pratiques et d'assurer davantage de cohérence dans les interventions.

Supposons qu'on a vécu une annonce difficilement, ou moi c'est venu me chercher une chose que la patiente a dite, bien on va faire un « debriefing » à la fin de la clinique et on va s'en parler et on va se questionner. Est-ce qu'on a abordé ça comme il faut? Est-ce qu'on doit...? Ça fait que ça on fait ça aussi. Moi, je le fais souvent (38).

## 7.4 Conceptions du soutien et pratiques

Malgré certaines différences entre les CRID sur le plan de l'organisation des services, l'analyse des entrevues avec les infirmières et les omnipraticiennes révèle une grande cohérence et d'importantes similitudes en ce qui concerne leurs conceptions du soutien et leurs pratiques. Le soutien en tant que pilier central de leur rôle dans le PQDCS rejoint leur vision même de la profession infirmière ou médicale, où la « patiente a priorité ».

Le plaisir que j'ai en médecine [...], c'est de donner du temps à une patiente, parce que c'est elle qui a besoin de moi aujourd'hui [...]. Il faut que je sois là. En médecine, il faut apprendre à être là pour celles qui en ont besoin (37).

Une approche globale de la santé est mise de l'avant dès les premiers contacts avec les participantes au Programme. Les dimensions physique (histoire de santé, facteurs de risque), psychologique (évaluation de l'anxiété), sociale (réseau personnel ou familial) et économique (ressources financières et impact de la situation de santé) sont prises en compte au moment de l'évaluation et de l'intervention auprès des femmes. Lors de certaines rencontres, différentes problématiques peuvent être dépistées. Sous une anxiété extrême se dissimulent parfois des problèmes sociaux graves tels que la violence conjugale ou les effets d'épreuves personnelles, tels un deuil ou une séparation.

Le soutien étant partie intégrante du travail des omnipraticiennes et des infirmières, plusieurs de leurs pratiques ont déjà été exposées dans les sections précédentes. Nous apporterons ici des précisions supplémentaires. Les interventions des infirmières et des omnipraticiennes se centrent sur les besoins d'information et sur le suivi des patientes.

### 7.4.1 Informer pour soutenir

Toutes les omnipraticiennes et les infirmières que nous avons interrogées sont convaincues du pouvoir de l'information pour calmer l'anxiété de leurs patientes. Cette insistance mise sur l'information ne signifie absolument pas qu'elles imposent une masse de renseignements aux femmes sans leur demander leur avis. Au contraire, il ressort de nos entretiens qu'à la rencontre initiale, elles s'attardent d'abord à évaluer les besoins de la femme assise en face d'elles. Beaucoup d'importance est accordée à cette première rencontre.

Pour moi, être informée, c'est déjà un outil majeur dans le contrôle de sa vie, de son anxiété. Mais ce n'est pas la vérité pour tout le monde. C'est probablement la vérité pour 95 % des gens, mais il y a des gens où c'est trop et il faut suivre le rythme (39).



Je pense que c'est important ici lors de ma première rencontre de leur donner des références et de leur dire qu'on peut avoir beaucoup d'information ou moins d'information. Il y a des gens qui aiment ça beaucoup lire et il y a des gens qui aiment mieux se fier au personnel soignant et apprendre au fur et à mesure que les choses se déroulent. Ça fait que mon rôle c'est d'essayer de voir le niveau d'inquiétude, de résoudre ce que je peux résoudre pour l'instant et d'essayer de mettre des balises (37).

Ces professionnelles s'attardent autant au langage non verbal qu'aux paroles de leurs patientes. Des émotions s'expriment parfois au cours de leur intervention. En prenant le temps de répondre à leurs questions, elles constatent que ces femmes se présentent en radiologie beaucoup plus rassurées. Elles savent davantage ce qui les attend, elles ont plus de prise sur ce qui leur arrive.

Les patientes qui ne reçoivent pas un diagnostic de cancer ont également besoin d'être rassurées. Comme nous l'avons précisé plus haut, la plupart des omnipraticiennes et des infirmières accordent du temps à ces participantes qui se posent de multiples questions.

Quand on a une confirmation bénigne, on explique : « Bien, oui, pour vos douleurs aux seins il y a des choses qu'on peut faire. [...] Le soutien-gorge, l'alimentation, il y a des produits naturels qu'on peut tenter ». Bon, il y a des choses qu'on peut suggérer aux patientes et qui les laissent peut-être mieux outillées et on dédramatise aussi. Les kystes ce n'est pas dangereux, c'est hormonal, ça s'explique. On explique beaucoup, beaucoup. On a pris la décision de revoir toutes les patientes. Si la femme me dit : « Écoutez, moi je ne veux pas revenir pour x raisons parce que j'ai des difficultés de gardiennage, parce que je ne veux pas manquer le travail, parce que, parce que, parce que... », bien, on n'insiste pas, là (38).

On ne leur dit pas : « Vous avez un fibroadénome, c'est bénin, bonjour... Avez-vous compris ce que c'est? Est-ce que vous comprenez que ce n'est pas un cancer? Comment vous vous sentez? » Alors il faut, pour moi c'est bien important, que je ressente le soulagement des patientes en sortant d'ici. Si je ne le ressens pas, j'ai une infirmière de l'autre côté qui me permet d'aller voir où je n'ai pas trouvé comment rassurer cette patiente-là (39).

Des infirmières et des omnipraticiennes se font poser des questions sur l'auto-examen des seins et expliquent volontiers la procédure. Elles constatent que certaines patientes décident au cours du processus de dépistage de prendre davantage leur santé en main, d'être un peu plus « à l'écoute de leur corps ». Elles encouragent les femmes à faire l'examen clinique des seins avec leur médecin traitant-e à tous les ans et à faire l'auto-examen des seins à tous les mois : « C'est d'apprendre à connaître nos seins, dans le fond ».

#### 7.4.2 Soutenir, c'est assurer le suivi

Les omnipraticiennes et les infirmières de chaque CRID estiment prioritaire d'assurer le suivi des patientes se présentant pour leur investigation complémentaire. Bien que le mode de fonctionnement diffère d'un établissement à l'autre, cette particularité fait partie de la philosophie de tous les CRID. L'objectif est non seulement d'assurer un bon suivi, mais aussi que la patiente perçoive cet encadrement.

L'évaluation des patientes permet de cibler la problématique particulière à chacune, de cerner leurs besoins. Comme nous l'avons indiqué, ce suivi en complémentarité de l'infirmière et de l'omnipraticienne inclut tant les dimensions physique que psy-

chosociale. Le suivi n'entraîne pas une perte d'autonomie pour la patiente, au contraire. Le personnel se substitue à la femme pour l'organisation de son suivi et de ses rendez-vous, mais respecte son droit à l'information et la renseigne le plus adéquatement possible sur la nature de sa maladie afin qu'elle soit en mesure d'accorder un consentement éclairé.

C'est le but de dire : « Écoutez, cette portion-là, c'est pris en charge par le CRID. On sort d'ici, vous avez votre rendez-vous avec le chirurgien et après vous allez voir l'infirmière ». Donc c'est une façon de réduire un petit peu l'angoisse. Ce n'est pas énorme, mais c'est des petits gestes qui comptent. Et moi, ma particularité c'est que quand les patientes ont un cancer, je les laisse partir avec un document écrit. Je leur dessine leur sein, je leur dessine l'endroit du cancer, je leur dis le nom du cancer, j'écris tout, les vrais mots. [...] Elles partent avec une photocopie systématique de ce qu'elles ont. Si elles veulent une photocopie de leur rapport de patho, bénin, malin, elles y ont droit, ça leur appartient (39).

Dans le cas d'une biopsie, au cours de l'attente, les patientes peuvent joindre l'infirmière par téléphone. Lorsque l'attente se prolonge, une infirmière nous raconte avoir développé un système de rappel systématique des patientes après un certain délai d'attente pour la biopsie, afin de leur dire « on ne vous a pas oubliée, on n'a pas perdu votre dossier, je sais, ce n'est pas toujours évident pour vous, mais ça devrait aller, soit la semaine prochaine ou dans deux semaines maximum ».

Pour l'annonce du résultat de la biopsie, il est fortement suggéré que les patientes se présentent accompagnées d'une personne proche, amie ou membre de la famille. L'annonce d'un cancer est basée sur l'évaluation des besoins et le respect des individus et de leurs particularités culturelles. Une « attention particulière » est accordée aux femmes qui ne bénéficient pas d'un bon soutien de la part de leur réseau familial ou social. Sur le dossier des femmes jugées plus vulnérables, certaines mettent un « x » pour indiquer un must. Un tel niveau d'engagement ne peut évidemment pas être accordé à toutes les patientes.

Les infirmières et les omnipraticiennes s'assurent de la poursuite du soutien des participantes après leur départ du CRID, qu'elles aient un cancer ou pas. À cet effet, le réseau social et professionnel entourant la femme devient la première ressource recommandée.

Si on a un diagnostic de bénignité et que la patiente vit des difficultés par rapport à ça ou de l'anxiété par rapport à l'investigation, bien on va travailler avec le réseau [...] on commence toujours avec le réseau que la femme a déjà. Alors si la femme a un médecin, si elle connaît son CLSC, si elle est intéressée à y aller, on va utiliser ça en premier lieu. Ensuite de ça nous, à l'interne, si vraiment c'est nécessaire, on va s'occuper de gérer l'anxiété avec [...] notre travailleuse sociale, avec l'infirmière (38).

### 7.4.3 L'intervention auprès des participantes issues des communautés ethnoculturelles ou racisées

Comme pour toutes les autres catégories de personnel, bien communiquer avec certaines des participantes au PQDCS issues de communautés ethnoculturelles ou racisées représente pour les infirmières et omnipraticiennes un défi très important. Deux aspects de la communication doivent être considérés : nous les appellerons de premier niveau et de second niveau.

La commis s'occupe de gérer au préalable la communication de premier niveau en veillant à ce que les patientes ne maîtrisant pas le français ou l'anglais se présentent accompagnées d'une personne intime pouvant traduire. Lorsque ce n'est pas possible, la commis prend soin de s'assurer de la présence d'une traductrice bénévole. En établissant dès la première rencontre un lien

de confiance avec la personne accompagnatrice, qui est souvent la fille de la patiente, il est généralement possible de communiquer.

Compte tenu du soutien accru qu'offrent les infirmières et les omnipraticiennes, la communication ne se limite pas ici à la compréhension de certains concepts ou explications de base, mais peut comprendre des échanges beaucoup plus élaborés et plus en profondeur sur des sujets personnels. Là s'établit la communication de second niveau, qui suppose dans certains cas la rencontre avec une réalité et des valeurs culturelles complètement différentes de celles du personnel, biomédicales et occidentales. Pour les infirmières et omnipraticiennes que nous avons rencontrées, il s'agit d'un défi des plus sérieux, même si ce genre de difficulté n'est absolument « pas généralisée » : c'est « ponctuel », ont-elles précisé.

Toutes ont manifesté une délicatesse toute particulière dans l'approche de certaines patientes « récemment arrivées, [qui] ne connaissent pas les structures, où aller et quoi faire. » Ces participantes expriment une vulnérabilité plus grande, une « crainte », une « réticence ». Les professionnelles ont observé avec justesse qu'au-delà des différences individuelles, la réaction à l'annonce du diagnostic d'un cancer varie grandement selon les cultures. L'annonce d'un diagnostic de cancer ou toute discussion concernant cette éventualité exige de s'adapter à la réalité de la patiente et de transiger avec la famille avec tact et respect. Voici quelques situations qui illustrent cette réalité.

Comme nous l'avons précisé au début de ce rapport, les représentations de la maladie et de la mort à travers le monde sont influencées par la socialisation et la culture. Le personnel des CRID a le réflexe d'impliquer la famille lorsqu'une biopsie est nécessaire et encore davantage lors d'une annonce de cancer. Et de fait, à ces moments, le bureau de consultation peut se remplir de plusieurs personnes proches qui ont leur mot à dire quant au traitement.

Il avait fallu à ce moment-là faire affaire avec la famille. Et la famille, même si les gens sont souvent éduqués et instruits et ils naissent ici, il reste que ça peut faire partie de... l'espèce de magie d'une complémentarité, au moins une complémentarité au traitement et non pas un refus. Donc il avait fallu travailler beaucoup, beaucoup pour la travailleuse sociale avec la famille pour insister pour que la patiente ait ses traitements. Tout en respectant son refus temporaire, parce qu'il faut respecter ça aussi. Mais que ce soit un refus en toute connaissance de cause, bien éclairé (38).

L'inverse peut aussi survenir. Dans plusieurs régions, un tabou entoure le cancer, une maladie souvent mortelle, mystérieuse et dont les causes sont difficiles à établir avec clarté. Une patiente peut décider de ne le dire à aucun membre de sa famille, pas même à son mari. Dans le respect et avec tact, l'intervention peut conduire à rapprocher les deux univers, sachant bien que le silence peut s'avérer nuisible à la femme.

Selon différentes cultures, c'est ça, il faut s'adapter au niveau de l'annonce du diagnostic [...]. Certaines cultures africaines : « Votre mari est dans la salle d'attente, est-ce qu'on le fait rentrer ? » - « Non. » - « Vous allez sortir... comment vous... bien, comment vous allez lui dire ? » - « Il ne saura pas. » (Rires). - « Vous allez aller à vos traitements, vous aller être opérée... » - « Non, il ne le saura pas. » [...] Ça fait qu'il faut respecter ça et il faut... c'est dur à ce moment-là de travailler avec la famille, mais on respecte ça. On essaie d'amener la femme à en parler parce qu'inévitablement, ça va se savoir, quand vous allez être opérée, il va bien falloir que... On verra. Alors des fois oui, mais je pense que ça c'est... il faut respecter les différentes approches face à la maladie en

essayant... en travaillant sur la réalité et en essayant d'amener les patientes vers, un petit peu, une certaine ouverture qui fait partie de peut-être notre culture québécoise, tout en respectant la leur. Parce qu'inévitablement, si on a une fermeture comme ça, la détresse, elle va la vivre plus tard dans un autre contexte. Des fois, dans des conditions plus difficiles [...]. C'est [différent], je vous dirais, c'est avec chaque femme (38).

Lorsque le fils ou la fille sert d'intermédiaire, des différences intergénérationnelles peuvent aussi complexifier l'intervention. Prenons ici l'exemple d'une fille beaucoup plus anxieuse que sa mère au moment de discuter du processus de diagnostic de cancer.

C'est toujours difficile de communiquer à une personne par un intermédiaire, même si c'est sa fille. Parce que souvent les émotions passent par la fille. J'ai vu souvent des cas où la personne, peut-être parce que justement culturellement voyait ça autrement, la maladie et la mort, donc la patiente concernée était moins inquiète, beaucoup moins inquiète que la fille en question. Ça fait que c'est sûr que là vous communiquez avec quelqu'un qui est très anxieux et vous essayez d'avoir, tu sais, des renseignements d'une autre personne. Ça prend plus de temps, peut-être plus de finesse (37).

Une autre omnipraticienne dit éprouver des difficultés « au-delà de la culture » avec certaines de ces patientes. Elle regrette le manque d'outils, notamment de documentation traduite, pour rendre de bons services à ces femmes car elle ne sait pas si elle parvient vraiment bien à les rassurer. Selon elle, le contact avec des gens du même milieu culturel pourrait être très, très aidant. Est-ce que cette proposition pourrait s'appliquer à toutes les femmes qui vivent avec le tabou du cancer dans leur famille et qui doivent souffrir en silence? Ce problème mériterait certainement une attention particulière.

Enfin, citons qu'à l'instar de quelques commis, une infirmière et une omnipraticienne ont évoqué les demandes concernant le sexe des radiologues, qui sont en majorité des hommes. Ces demandes peuvent retarder les rendez-vous, et pour cette raison, il devient plus difficile de respecter les délais prévus au Programme.

#### 7.4.4 L'intervention auprès des participantes vivant des situations de handicap

Les infirmières et les omnipraticiennes interrogées ne considèrent pas éprouver quelque difficulté que ce soit avec les participantes vivant avec des limitations d'ordre physique. Quant aux femmes présentant un handicap intellectuel, elles comptent en général sur l'aide d'une personne accompagnatrice pour faciliter la communication dans les cas les plus lourds. Ces interventions requièrent souvent plus de temps. Certaines infirmières sont conscientes du vécu de ces patientes et de l'importance de ne pas les infantiliser : « Je m'adresse à la patiente qui a une déficience intellectuelle, je ne l'exclus pas [...] c'est important de lui parler et d'avoir une approche calme. [...] On complète avec l'aide qui [accompagne] » (38).

### 7.5 Améliorations souhaitées

De façon générale, les infirmières et les omnipraticiennes sont très fières du Programme et de leur CRID. Elles souhaitent vivement que le taux de participation augmente et pour ce faire, considèrent essentielle l'implication des médecins traitants-es. Plusieurs ont donc formulé des propositions et certaines, des commentaires critiques sur le fonctionnement du Programme et sur l'organisation des services. D'autres souhaitent des formations.

### 7.5.1 Fonctionnement du PQDCS et organisation des services

Diverses mesures pour favoriser le soutien sont suggérées, de même que l'embauche de personnel et l'implication du personnel affecté au PQDCS ainsi que des médecins traitants-es.

#### **Pour favoriser le soutien**

Tout comme des radiologues, des infirmières et des omnipraticiennes considèrent que l'information dont disposent les femmes en âge de participer au PQDCS est insuffisante. Le problème s'explique, selon elles, par le fonctionnement du Programme : en effet, l'adhésion au PQDCS, c'est-à-dire le consentement à y participer, s'effectue dans une clinique privée où le personnel de bureau ne dispose pas suffisamment de temps. Une infirmière suggère le recours à des bénévoles.

J'ai l'impression que c'est l'entrée de ces patientes-là dans les centres désignés qui ne sont pas toujours adéquats. [...] S'il y avait une personne attirée, au CDD, pour pouvoir mieux informer la patiente de qu'est-ce que c'est que le Programme. Moi, je sais qu'au CDD ils font 75, 80 mammographies par jour. [...] Je suis convaincue que vous arrivez là, vous voulez ou vous voulez pas participer, oui, OK parfait. Ils ne prendront pas vraiment le temps malgré que ce n'est pas leur non-bon-vouloir, c'est juste le temps qui rétrécit la qualité de l'information. [...] L'accès, ça peut être des bénévoles qui seraient bien formés pour être là quand [...] les futures participantes seraient disponibles pour avoir plus d'informations adéquates. Je trouve que ça ce serait améliorer l'accès et augmenter le consentement des participantes. Ça augmenterait leur objectif.

Les infirmières expliquent les examens surtout verbalement mais la majorité possède de l'information écrite à remettre aux participantes. Elles confirment l'importance de cette documentation, la rétention de l'information étant moindre en contexte de stress. Une documentation plus abondante serait appréciée. Certaines insistent sur la nécessité de traduire ces documents dans différentes langues pour mieux soutenir les femmes issues des communautés ethnoculturelles ou racisées ne maîtrisant pas la langue française ou anglaise. Pour ces dernières, surtout celles qui ont récemment immigré, le contact avec des femmes issues des mêmes milieux serait très « aidant ».

Il a également été suggéré que des liens plus systématiques avec des CSSS soient instaurés pour assurer la continuité des soins et un meilleur soutien dans l'attente de rendez-vous pour examens complémentaires au CRID.

Est-ce qu'on pourrait travailler davantage avec les CLSC des territoires? Est-ce qu'il pourrait y avoir dans les CLSC, entre le moment où la patiente est vue au CDD ou au CRID... une personne ressource, une infirmière, est-ce que ça peut faire partie des tâches de...? Je ne le sais pas (38).

De plus, la mise en place d'un « mécanisme de feed-back » pour recevoir les commentaires des patientes qui bénéficient des services d'un CRID serait apprécié. Il serait alors plus facile de procéder à de « petites améliorations » dans les services.

#### **Embauche de personnel**

La question de la pénurie de technologues et de radiologues a déjà été soulevée ailleurs. Des infirmières et des omnipraticiennes attribuent les difficultés de leur CRID à rencontrer les délais à ce problème. Une infirmière nous a fait part des difficultés d'accès à des services en psychologie pour ses patientes. Des services en psychologie devraient être accessibles dans tous les CRID.

## Implication du personnel affecté au PQDCS et des médecins traitants-es

Tout comme des radiologues, des infirmières et omnipraticiennes souhaitent que le personnel dédié au PQDCS soit partie prenante du Programme. Certaines affirment s'être senties laissées à elles-mêmes pour créer leur rôle, développer des méthodes. Certaines considèrent également ne pas recevoir suffisamment d'informations : « On n'est au courant de rien. Ni moi ni mes collègues ». Les objectifs du Programme, à court et moyen termes ne sont pas connus, déplore-t-on. De plus, le personnel devrait être invité à collaborer à la révision de certains documents, comme la lettre d'invitation à participer au Programme. Tout le personnel, en particulier les médecins, devrait être interpellé à « participer à l'évolution du Programme ».

On ne se sent comme pas impliqué là-dedans et les gens ne sont plus motivés, on a été bien sollicité au début et là, woups! On dirait qu'on n'a plus, on n'entend plus parler de rien. Si on ne faisait pas les rentrées de données, je me demande même si on aurait des commentaires là-dessus, c'est comme... aucun intérêt, on dirait, qui vient de leur côté (15).

L'implication des médecins traitants-es dans le Programme est vivement souhaitée, afin de bénéficier de leur expertise et de leur expérience auprès des femmes, notamment lors de la révision de documents. Partie prenante du Programme, ce personnel médical sera davantage motivé à collaborer et à y référer la clientèle ciblée.

Il faut qu'un médecin participe à ces révisions de documents là. Pas parce qu'on est plus important. Parce qu'on fait partie de la chaîne. Si on va responsabiliser quelqu'un, bien ça fait partie d'un des individus qui pourraient être responsabilisés. (39)

### 7.5.2 Besoins de formation

Des infirmières et omnipraticiennes souhaitent, tout comme plusieurs employées de bureau et technologues, que des formations soient disponibles. Bien que très expérimentées en relation d'aide, elles jugent utile de se perfectionner sur l'approche et la psychologie des patientes et d'en apprendre davantage sur la gestion de situation de crise. Quelques-unes réclament une journée annuelle de formation sur le Programme lui-même, pour la mise à jour et l'échange d'informations. Un volet clinique lors de telles journées serait grandement apprécié.

S'il y avait une journée de formation, une vraie formation sur le Programme du cancer du sein, ça serait quelque chose de bien plus utile que de savoir comment est-ce qu'on opère la tumeur T3N2. Ça c'est utile, c'est une formation clinique. (39)

Quelques infirmières et omnipraticiennes souhaitent également une formation pour mieux connaître « les différentes cultures, plus en profondeur », afin de mieux saisir le vécu des participantes issues de diverses communautés. Elles souhaitent mieux comprendre ce qui est en jeu au moment de l'intervention, au CRID, et ce qui se passe dans leur famille, lorsqu'elles regagnent leur domicile.

### En résumé

Toutes les omnipraticiennes et infirmières du PQDCS pratiquent dans des CRID. Le soutien informatif et émotif, de même que l'organisation du suivi des patientes constituent les fondements de leur rôle auprès des femmes.

## Chapitre 8

# Discussion : améliorer les conditions d'intervention et les services offerts

Comment réduire l'écart entre les besoins de soutien des participantes au PQDCS et les services qui leur sont offerts? Comment mieux épauler le personnel confronté à des conditions d'intervention stressantes, ne lui laissant pas ou peu de marge de manœuvre et mettant même sa propre santé à risque? Indéniablement, les autorités du PQDCS doivent se porter en partie responsables des conditions d'intervention du personnel et se définir un rôle en faveur d'une meilleure organisation du Programme. Appuyée sur l'analyse des entrevues et sur différentes études, notre discussion va poser des jalons utiles à la formulation de recommandations en ce sens.

Dans un premier temps, nous établirons des liens entre les conditions d'intervention du personnel, que révèlent les entrevues, et les facteurs de l'anxiété chez les participantes, précisés lors de notre étude de 2004 (RQASF, 2004a). Dans un deuxième temps, nous poursuivrons l'analyse des correspondances entre les deux recherches en rappelant les besoins de soutien des participantes, d'une part, tout en examinant les points de vue et les pratiques du personnel, d'autre part. Cette discussion va se poursuivre avec un regard sur l'accessibilité des services du PQDCS aux femmes issues des minorités ethnoculturelles et racisées, et à celles vivant avec des limitations fonctionnelles. Nous allons clore l'exposé par une synthèse des besoins propres au personnel, tels que révélés par l'analyse des entrevues.

### 8.1 Conditions d'intervention et facteurs de l'anxiété chez les participantes au PQDCS

Sur le plan des conditions d'intervention, nonobstant le manque de ressources professionnelles, le personnel du secteur public, œuvrant dans les CRID, paraît nettement avantagé, si on le compare à celui travaillant dans le secteur privé, dans les CDD (Centres de dépistage désignés). Lors de notre recherche sur les participantes, en 2004, nous avons d'ailleurs constaté une qualité des services supérieure dans les CRID, en matière de soutien des participantes au Programme.

Rappelons que lors de cette première recherche, trois types de déterminants du niveau d'anxiété des participantes au PQDCS sont ressortis de l'analyse des 631 questionnaires autoadministrés. Il s'agit de facteurs préalables ou concomitants au dépistage tels qu'une période de vie stressante, l'inquiétude à l'idée même de passer une mammographie et l'expérience antérieure de mammographie; d'un facteur sociodémographique (l'âge); et de facteurs structurels, c'est-à-dire les délais et le mode de communication du résultat anormal de mammographie de dépistage (RQASF, 2004a, p. 50-51). Ce dernier facteur concerne plus directement le personnel du Programme.

Le mode de communication du résultat anormal de la mammographie de dépistage représente un problème épineux. Bergeron et Kishchuk (2001) ont bien montré qu'en ce qui concerne la procédure d'annonce du résultat anormal de la mammographie de dépistage par la ou le médecin traitant, tel que préconisé dans le cadre de référence du Programme (MSSS, 1996, p.27), le PQDCS avait failli à cette exigence dès sa première année d'implantation. Bergeron et Kishchuk expliquent cet écart par la procédure de rappel direct des femmes pour leurs examens complémentaires dans les cliniques privées de radiologie, une façon de faire antérieure à la mise en place du Programme. Cette pratique était la plus courante lors de notre étude de 2004, et elle l'est demeurée depuis. À preuve, le personnel de bureau de 8 des 11 CDD visités assume ce mandat. En 2004, les participantes consultées préféraient pourtant recevoir l'annonce du résultat anormal de leur mammographie de dépistage de vive voix, par un membre du personnel professionnel de la santé, idéalement leur médecin traitant-e. Or, il est courant que ce rappel s'effectue par le biais d'une réceptionniste de CDD, d'une secrétaire de médecin, d'une lettre du PQDCS ou encore d'un message dans une boîte vocale. La théorie, c'est-à-dire le cadre de référence, n'a jamais rejoint la pratique des établissements,

sauf quelques exceptions. Depuis 1998, le PQDCS s'est-il donné les moyens d'appliquer son propre cadre de référence? Les normes de soutien y sont imprécises et floues, ce qui prête à de multiples interprétations.

Sur le terrain, les pratiques et les opinions de différents radiologistes et employés de bureau reflètent cette situation contradictoire. Pour justifier le rappel des participantes ayant un résultat anormal de leur mammographie de dépistage par des commis, des radiologues de CDD affirment vouloir assurer la continuité des soins. En cherchant à obtenir un diagnostic final le plus rapidement possible, elles et ils poursuivent un objectif de réduction des délais. Il leur faut alors offrir sur place les examens complémentaires, ce qui, selon les cas, peut s'avérer à première vue une bonne stratégie. Néanmoins, cette conviction des radiologues se heurte au fait que les délais entre le début des examens complémentaires et l'obtention du diagnostic ne sont globalement pas plus longs dans les CRID (RQASF, 2004a, p. 52), sans compter le manque de ressources dans les CDD pour soutenir les femmes.

Tenu de rappeler plusieurs participantes et de leur annoncer le résultat anormal de leur mammographie de dépistage, le personnel de bureau se voit imposer des responsabilités très lourdes et vit un stress énorme. En général, les employées ne disposent pas des outils ni du temps nécessaires pour rassurer convenablement les femmes, ce que corrobore la première étude sur les participantes. Pour leur prêter main-forte et offrir un service de qualité aux participantes, des changements rapides s'imposent. L'octroi de personnel supplémentaire sur place pourrait-il être envisagé par les autorités du Programme? Ainsi, en vue d'obtenir un consentement réellement éclairé des participantes, une infirmière pourrait être attitrée à l'explication du Programme, ce qui devrait inclure des informations essentielles sur les rappels, qui surviennent dans plus d'un cas sur dix.

Ces radiologistes et employés de bureau de CDD se rendent bien compte que le rappel des participantes par une commis ou une secrétaire n'assure pas le meilleur service à toutes les femmes. La logique de production dans laquelle elles et ils se trouvent engagés-es jusqu'à 80 mammographies par jour en plus des examens complémentaires, les oblige à ravalier leurs insatisfactions, mais cette situation n'est pas saine ni viable à long terme pour le personnel.

Le scénario que nous venons de discuter, c'est-à-dire le rappel des participantes par le personnel de CDD pour leur investigation complémentaire, ne reflète pas l'ensemble de la situation. Quelques CDD entretiennent des liens étroits avec « leur » CRID, ce que facilite l'intervention de radiologues impliqués-es dans les deux types d'établissements. De surcroît, certains CDD observent plus rigoureusement que d'autres le parcours prévu par le Programme pour les participantes.

Dans certains cas, des radiologues nous ont indiqué que la ou le médecin traitant de certaines participantes au Programme est directement impliqué-e dans leur cheminement. Dans ces cas, il est inscrit au dossier de communiquer avec la ou le médecin. Toutefois, cette procédure, initialement souhaitée par le PQDCS, est plutôt l'exception que la norme. Comme l'ont mentionné des radiologues, l'implication de plusieurs médecins traitants-es laisse à désirer. Comment expliquer une telle désaffection des médecins à l'égard du PQDCS? Si effectivement ce personnel professionnel de première ligne se rallie peu au Programme, certaines questions se posent quant à leurs motivations et à leurs raisons d'agir de la sorte.

Est-ce qu'un examen approfondi de la trajectoire des participantes au Programme saurait nous indiquer l'organisation des services la plus efficiente? Quels facteurs autres que les habitudes de fonctionnement antérieures au PQDCS expliquent ces disparités de pratiques entre les établissements? Certains CRID manquent-ils de ressources, considérant une affluence accrue? Des témoignages l'indiquent. Certaines cliniques privées sont-elles plus avides de profits que ne le laissent entendre leurs radio-



logues propriétaires? Dans les CDD, les femmes doivent payer pour les échographies et, lorsque cela s'applique, l'anesthésie locale nécessaire à la biopsie (RQASF, 2004a, p. 33). Nous avons cependant rencontré le cas d'une clinique fournissant parfois des échographies gratuites. Aucune de nos deux études n'a fait un examen attentif et précis de la problématique complexe de l'organisation des services en vue de limiter les délais. Cependant, notre première étude a révélé l'anxiété plus élevée des participantes lorsqu'elles sont rappelées par le personnel des CDD (RQASF, 2004a, p.38). Il serait hasardeux de prétendre mettre un terme au débat. Pourtant, l'importance des problèmes que soulève la communication du résultat anormal de la mammographie de dépistage pour le personnel de bureau mérite que le PQDCS y cherche des solutions avec diligence. Afin de limiter l'anxiété des femmes et de réduire les délais, l'organisation des services devrait être pensée de manière à rendre le parcours des participantes fluide et à respecter les limites du mandat des employées de bureau.

## **8.2 Conceptions du soutien, pratiques du personnel et besoins des participantes au PQDCS**

À la suite de notre première enquête (RQASF, 2004a), il était pertinent de s'interroger sur les raisons des écarts constatés entre les besoins de soutien et les services offerts. Le personnel connaît-il les besoins de soutien des femmes? Ne minimiserait-il pas l'anxiété que génère la mammographie de dépistage? Les entrevues ont révélé les compétences et la longue expérience du personnel régulier, mais le peu de formation sur le dépistage des nouvelles recrues et du personnel remplaçant. La comparaison entre les pratiques du personnel et les améliorations souhaitées montre qu'une majorité ne dispose pas des conditions nécessaires à la mise en application de ses propres conceptions du soutien. Aux fins de cette discussion, nous avons regroupé les différents besoins des participantes au PQDCS, identifiés lors de la première enquête, et nous y opposerons les points de vue ou les contraintes du personnel.

### **Besoin d'un soutien précoce, besoin d'une continuité des soins : avec quels moyens?**

Le soutien précoce et la continuité des soins, dès et à partir de l'annonce du résultat anormal, ont pour effet de diminuer l'anxiété des femmes en attente de diagnostic (RQASF, 2004a, p. 59). Dans les CRID, les infirmières et les omnipraticiennes sont responsables du soutien et de la coordination du parcours des participantes au PQDCS. Au CDD, personne n'est spécifiquement mandaté pour assurer le soutien des femmes et personne n'assure la coordination du cheminement de celles qui nécessitent une investigation complémentaire. Le suivi des participantes peut s'ajouter à la tâche des radiologues et de tout le personnel des CDD, sans que leur mandat de travail, le temps disponible ou leur formation ne leur permettent d'accomplir ce travail de façon satisfaisante. Qu'advient-il alors de celles qui décident de changer d'établissement? Ne sont-elles pas exposées à être laissées à elles-mêmes? La mise en place de liens plus étroits entre les CDD et les CRID contribuerait à une meilleure continuité des soins.

Le contenu des entrevues révèle que l'ensemble du personnel souhaite un tel soutien, mais n'en possède pas les moyens parce qu'il manque de temps, d'outils, de ressources et aussi de formation. Le manque de temps et de ressources (Wilkinson, 1991), de même que la perception de ne pas avoir les connaissances, les aptitudes et les compétences pour accomplir une tâche sont des facteurs de stress néfastes pour le personnel (Raj, 2006). À l'inverse, il est rassurant pour le personnel de se sentir appuyé sur le plan instrumental par des outils adéquats (Parle, 1997).

### **Besoin de partager ses émotions, besoin d'un soutien personnalisé : le personnel possède-t-il les outils nécessaires et en a-t-il le temps?**

Un fait saillant de l'étude de 2004 concerne l'impact déterminant de l'intervention du personnel professionnel de la santé sur l'anxiété des femmes : une information personnalisée de la part du personnel professionnel a pour effet de réduire leur anxiété et de combler leur besoin de soutien tant informatif qu'émotif (RQASF, 2004a, p. 53). Une révélation intéressante de cette enquête concerne l'association entre les soutiens émotif et informatif : « Les dimensions émotive et informative sont, en fait, étroitement imbriquées et deviennent souvent indissociables dans les relations établies avec le personnel professionnel de la santé » (Id.).

Nous avons vu que plusieurs membres du personnel ne se sentent pas entièrement à l'aise avec la dimension émotive du soutien à apporter aux femmes. Cela tient en partie à un manque de formation et en partie à la définition du concept de soutien, vu parfois comme de la psychothérapie. Par crainte de se retrouver avec des problèmes sociaux complexes sur les bras qu'il serait impossible de gérer, des membres du personnel évitent de s'impliquer dans leur rapport avec les participantes. Néanmoins, plusieurs font du soutien « sans le savoir » en rassurant les femmes par des informations personnalisées, non standardisées.

Les participantes au PQDCS ont besoin de parler et de poser des questions. Encore une fois, le personnel ne dispose pas suffisamment de temps ni ne dispose des outils nécessaires pour répondre à toutes leurs demandes.

### **Besoin de se référer à de la documentation écrite : le personnel en est-il convaincu?**

Lors de la précédente enquête, nous avons conclu que l'information standardisée sous la forme de dépliants, de brochures ou d'articles ne pouvait suffire à rassurer les participantes au PQDCS. Toutefois, la majorité des participantes avaient réclamé davantage de documentation écrite (RQASF, 2004a, p. 55). Une étude rappelle qu'il est bon de remettre une telle documentation mais encore faut-il aussi se donner la peine de l'expliquer (Dowd et Ott, 1998).

Nous avons constaté parmi le personnel une tendance à sous-évaluer l'importance de l'information écrite, souvent fournie sur demande seulement. En fait, l'analyse des entrevues révèle que de nouveaux outils à l'intention des participantes au PQDCS devraient être conçus.

## **8.3 Intervention auprès des femmes ayant des besoins spécifiques et accessibilité des services**

Les questions approfondies en entrevue nous ont permis d'explorer les contraintes que rencontre le personnel dans ses interventions auprès de femmes issues des communautés ethnoculturelles ou racisées et de femmes ayant des limitations fonctionnelles. Dans les limites du matériel dont nous disposons, nous avons également examiné l'impact de ces difficultés sur l'accessibilité des services pour les participantes concernées. En règle générale, le personnel, une fois de plus, est peu formé, dispose de peu de ressources et manque d'outils.

### **Participantes issues des communautés ethnoculturelles ou racisées**

La difficulté de communiquer avec certaines femmes issues des communautés ethnoculturelles ou racisées représente un défi que le personnel entreprend lui-même de relever. Pour interagir avec les employées de bureau ou les technologues, un mem-

bre de la famille accompagne souvent ces femmes pour fournir une aide, mais il n'est pas aisé d'établir une bonne communication à propos de sujets personnels. De plus, ces personnes accompagnatrices ne demeurent pas toujours dans la salle de mammographie avec la participante pendant le déroulement l'examen. Au CRID, la communication plus complexe qu'exigent certaines discussions sur la maladie et le cancer oblige les infirmières et les omnipraticiennes à transiger avec les familles des participantes et à composer avec des représentations différentes de la maladie. Nous avons cependant observé une grande sensibilité chez ces intervenantes et un tout aussi grand souci d'établir une relation d'aide bien réelle avec cette catégorie de participantes.

Nous n'avons pas constaté de cas flagrant de discrimination, bien que certaines situations puissent en paver la voie. Les différences culturelles et les difficultés de communication, de part et d'autre, peuvent entraîner des malentendus et provoquer des malaises. Malgré la bonne volonté du personnel, il est évident que les participantes de cette catégorie plus vulnérable de la population ne bénéficient pas d'un accès entier aux services du PQDCS, à commencer par le droit d'être informée et de pouvoir faire des choix éclairés pour sa santé.

La majorité des membres du personnel que nous avons rencontrés n'a jamais reçu de formation sur la problématique des migrations et de l'intervention auprès des femmes issues des communautés ethnoculturelles ou racisées. Des formations s'imposent. Il est de la responsabilité du PQDCS de fournir ces formations à son personnel, ainsi que des outils et des documents traduits, de même que des ressources bénévoles ou rémunérées pour la traduction.

### **Participantes ayant des limitations fonctionnelles ou vivant des situations de handicap**

Les entrevues ne nous permettent pas d'analyser dans les détails l'accessibilité des services pour les participantes ayant des limitations fonctionnelles. Nous examinerons tour à tour l'adaptation des équipements ainsi que de la communication du personnel avec ces participantes. Certains de nos constats corroborent ceux de l'étude réalisée par Action des femmes handicapées de Montréal sur l'accessibilité du PQDCS aux femmes ayant des limitations fonctionnelles (Barile, 2004; 2006).

Les limitations d'ordre physique requièrent un équipement particulier pour les mammographies, de même que deux plages horaires. Sur ce plan, les CRID sont mieux pourvus que les CDD. Il est de pratique courante que des CDD envoient cette clientèle aux CRID mieux équipés.

Quant à la communication avec les participantes vivant des situations de handicap, le personnel s'est montré assez réservé. De façon générale, mais plus particulièrement dans les CDD, il semble que le personnel ne soit pas toujours conscient des barrières particulières que rencontrent ces femmes. Pour la population en général comme pour le personnel du système de santé, il n'est pas aisé à première vue de se rendre compte des multiples obstacles présents dans notre environnement pour les personnes vivant des situations de handicap. Toutefois, le personnel a la responsabilité d'adapter ses interventions et l'obligation de ne pas faire de discrimination, fut-elle indirecte. C'est pourquoi une sensibilisation est nécessaire.

Concernant la communication avec les femmes Sourdes, aucun problème particulier n'a été relaté dans les entrevues. Le personnel de bureau se débrouille avec les services de Relais-Bell assurant une interaction téléphonique entre l'employée et la personne Sourde. Malgré ce que disent des technologues, nous pouvons nous interroger sur leur degré de communication avec ces participantes, lorsqu'aucune interprète en langue des signes n'est disponible sur place.

En ce qui concerne les participantes ayant des limites intellectuelles, la majorité des membres du personnel que nous avons interrogés semble avoir tendance à compter surtout sur la présence des personnes accompagnatrices pour obtenir les informations et la collaboration de ces participantes. Barile (2004) note aussi une tendance du personnel à s'adresser d'abord aux personnes accompagnatrices et non aux participantes mêmes. À la lumière des conclusions de cette recherche nous pouvons questionner les capacités du personnel des différents établissements à interagir avec certaines de ces participantes ayant des limites intellectuelles.

Dans son étude, Barile note que le personnel est en général « cordial, sensible et démontrant la volonté de s'adapter ou de modifier les procédures pour répondre aux besoins des [femmes] » (Barile, 2004, p. 32). Une différence marquée existe, toutefois, entre les CDD et les CRID. Le personnel des hôpitaux publics (CRID) « semblait être moins pressé, avoir conscience des besoins des femmes qui ont des handicaps et être prêtes à y répondre » (Id., p 34). Le personnel que nous avons interrogé a expliqué que les CRID sont plus « habitués » avec ces patientes et leur allouent plus de temps.

#### **8.4 Besoins du personnel du PQDCS**

À partir de l'analyse des entrevues et des résultats de quelques études sur le personnel de la santé, nous dégagerons dans cette dernière section les principaux besoins du personnel œuvrant dans le PQDCS. Le personnel a besoin de formation et d'information, il a lui-même besoin de soutien, ainsi que de conditions adéquates pour jouer son rôle. Il lui faut également des règles claires concernant le soutien des participantes et une meilleure communication avec les autorités du Programme.

##### **Formations et information**

Le personnel a-t-il vraiment conscience de l'anxiété que génère le dépistage et connaît-il bien les besoins des participantes? Des formations et de l'information devraient être fournies au personnel. Il n'est pas ressorti des entrevues que le personnel était insensible au vécu des participantes, mais il est certain que la diffusion d'informations serait très aidante. La diffusion des résultats de notre première recherche sur les participantes, dans un format adapté, de même que ceux d'autres études pertinentes conduirait certainement le personnel à prendre conscience des besoins des participantes.

D'après une étude sur les aptitudes à la communication du personnel de soins, celui-ci a besoin d'acquérir des connaissances en matière de soutien car la faible estime de ses compétences peut l'empêcher d'initier la communication (Parle, 1997). Selon la même étude, la connaissance de l'impact psychologique créé par une situation de soins, de maladie ou de traitement, constitue une prémisse à une bonne communication (Id.). Dans le cadre d'une formation, le personnel pourrait faire une démarche pour prendre conscience de ses propres attitudes et croyances, afin de saisir ce qui influence sa communication avec les participantes.

Par ailleurs, ces formations devraient être ciblées et développées spécifiquement selon les catégories de personnel dont les mandats auprès des participantes diffèrent. Prenons l'exemple des technologues, qui ont fait l'objet de plusieurs études. De l'aptitude de la technologue à communiquer certaines informations aux participantes dépend la qualité de la mammographie (Dowd, 1998, p. 4). Une étude montre que plus une patiente reçoit une information claire et précise sur la procédure, plus elle collabore à l'examen, ce qui accélère son déroulement (Kamm, 2000). De plus, si la procédure est expliquée avant l'examen, la douleur s'en trouve diminuée (Van Goetheml, 2003). À l'inverse, si la femme n'est pas avisée de la nécessité de la compression

pour l'obtention d'une mammographie de haute qualité, elle n'en comprendra pas l'importance et la douleur sera accrue. De plus, informer que la radiation est diminuée si la compression est accentuée encourage à supporter la douleur (Kamm, 2000; Van Goetheml, 2002).

Toujours à propos des technologues, il serait utile d'explorer leurs représentations de la douleur de la mammographie et de soumettre à leur réflexion les conclusions de ces études. En effet, l'opinion de la technologue relativement à la douleur de la mammographie est déterminante sur la souffrance ressentie par la femme. Ainsi, celles qui sont convaincues que la mammographie est toujours douloureuse vont causer moins d'inconfort lors de l'examen (Van Goetheml, 2003). La même étude révèle que les femmes ont éprouvé davantage de douleur lorsque l'examen était réalisé par les technologues ayant moins d'un an de pratique, en raison de leur manque d'expérience, ainsi que celles ayant plus de trois ans d'expérience, possiblement en raison de l'habitude et de la « nonchalance » qui peuvent survenir après ces années de pratique (Id.).

### **Soutien du personnel**

Dans la plupart des établissements qui ont participé à la recherche, le personnel trouve réconfort et soutien au sein même des équipes de travail, entre collègues. Le climat de travail se caractérise en général par l'entraide et un esprit d'équipe fort, plus manifeste dans les CRID en raison de leur approche interdisciplinaire. Toutefois, le climat de travail paraît satisfaisant dans plusieurs CDD. Malgré cette atmosphère propice, le stress et le manque de temps, de même que la pression à la production dans des CDD, sont des conditions qui nuisent aux rapprochements entre collègues. D'ailleurs, certains individus considèrent travailler dans l'isolement, le « chacun pour soi ».

Les écrits sur le sujet démontrent l'importance du soutien du milieu de travail non seulement pour trouver réconfort dans les moments difficiles, mais également pour bien faire son travail. Une étude sur les facteurs influençant les pratiques de communication des infirmières montre que le soutien des collègues de travail encourage leurs initiatives de communication auprès des patients et patientes. À l'inverse, les infirmières qui ne se sentent pas soutenues dans leur milieu de travail adopteront plus facilement des techniques de distanciation (Wilkinson, 1991). Selon Parle (1997), le soutien psychologique du personnel est incontournable pour éviter l'isolement dans les situations difficiles (colère, peur, anxiété des femmes). Il est d'ailleurs reconnu que le manque de soutien du milieu accroît l'anxiété du personnel (Parle, 1997; Raj, 2006). En outre, quand le niveau de stress devient trop élevé ou quand le personnel ne peut le gérer correctement, il y a danger d'épuisement professionnel (Raj, 2006).

Ces considérations rappellent l'importance de prendre soin du personnel, de lui fournir de meilleures conditions de travail, des ressources, plus de temps, plus d'outils et de favoriser le travail en équipes multidisciplinaires, ce qui encourage les interactions.

### **En finir avec l'ambiguïté quant au mandat de soutien**

Des employées de bureau se posent la question à savoir si le soutien doit faire partie de leur mandat. Des technologues se demandent jusqu'où va leur mandat de soutien et surtout, comment un tel mandat pourrait s'exercer à l'intérieur d'une interaction d'à peine 10 ou 15 minutes. Des radiologues de CDD se disent qu'il revient aux technologues de soutenir, alors que d'autres se sentent abandonnés-es par le Programme avec un lourd fardeau à gérer. L'ambiguïté de rôle est un facteur qui peut augmenter le stress, selon une étude portant sur le stress chez les technologues (Raj, 2006).

Seul le personnel des CRID, qui travaille en interdisciplinarité, peut compter sur les infirmières et les omnipraticiennes pour le soutien des participantes. Et même dans les CRID, la connaissance fine du fonctionnement interdisciplinaire n'est pas parfaitement partagée par tout le personnel, du moins pas tout le personnel occasionnel ni dans tous les établissements.

Selon nous, une révision du cadre de référence du PQDCS s'impose. Le soutien doit y être clairement défini. D'après notre analyse, le meilleur soutien s'appuie sur une évaluation préalable des besoins des participantes, même si cette évaluation est sommaire; le soutien consiste principalement en de l'information personnalisée donnée de vive voix, au bon moment; le soutien signifie aussi répondre aux questions des participantes; un bon soutien suppose de remettre aux participantes des documents fournissant des informations générales en complétant l'information sur différentes problématiques en lien avec le processus de dépistage; la continuité des soins fait partie intégrante du soutien; le soutien, enfin, peut nécessiter la référence à des ressources professionnelles pour un suivi plus approfondi. De plus, le cadre de référence révisé doit assurer les services d'infirmières attirées au soutien des participantes, dans tous les établissements privés ou publics fréquentés dans le cadre du Programme.

En finir avec l'ambiguïté autour du mandat de soutien pourra aider le personnel à mieux jouer son rôle d'information auprès des participantes.

### **Être partie prenante du Programme**

Le personnel régulier dédié au PQDCS est expérimenté et compétent. Il veut se sentir partie prenante du Programme. Le manque d'information sur le Programme et l'absence de consultation sur les orientations qui le concernent ne peuvent mener qu'à une démotivation générale du personnel. Non seulement a-t-il son mot à dire, mais encore a-t-il beaucoup à apporter. Les contenus des entrevues ont été particulièrement éclairants à ce propos. Le personnel peut être consulté pour améliorer le fonctionnement du Programme et le soutien aux participantes.

### **En résumé**

La diffusion, sous quelque forme que ce soit, d'information en amont, de la part du PQDCS, est vivement attendue. Des formations supplémentaires sont très souhaitables. Afin de pouvoir remplir ses mandats et assurer la continuité des soins, le personnel en appelle à des ressources supplémentaires : plus de technologues et de radiologues. Il demande aussi une liste de ressources professionnelles vers lesquelles diriger les femmes plus anxieuses. La mise en place de liens plus étroits entre les différents CDD et CRID est également souhaitée. Selon nous, le cadre de référence du PQDCS devrait être révisé, définir le soutien et prévoir les services d'infirmières dans tous les établissements impliqués dans le Programme. En définitive, des outils simples, des phrases clés à prononcer au moment opportun et une meilleure répartition des rôles d'information à chacun des membres du personnel – selon leur poste – devraient permettre d'améliorer leurs capacités à soutenir les participantes de même que d'augmenter leur satisfaction au travail.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

Les questionnaires autoadministrés, complétés par 186 membres du personnel du PQDCS intervenant directement auprès des participantes au Programme, de même que les entrevues réalisées auprès de 39 individus parmi ce personnel, ont fourni un vaste et riche matériel. Notre souci, en donnant la parole aux employées de bureau, aux technologues, aux radiologistes, aux infirmières et aux omnipraticiennes, était d'entendre leurs points de vue afin de comprendre l'écart constaté, lors de notre précédente enquête, entre les besoins de soutien des femmes et le soutien qui leur est offert (RQASF, 2004a).

L'enquête postale dont la deuxième partie du présent rapport fait état, révèle que les conditions d'intervention du personnel du PQDCS sont très contrastées quant au soutien des participantes au Programme. À cet effet, les CRID (Centres de référence pour investigation), situés dans des hôpitaux, sont apparus beaucoup mieux outillés que les CDD (Centres de dépistage désignés), des cliniques de radiologie privées. La précédente recherche sur les participantes au Programme mettait également au jour des disparités entre les CDD et les CRID. Rappelons que cette étude démontrait l'anxiété des femmes ainsi que leurs besoins de soutien souvent insatisfaits, laissant supposer des lacunes dans l'intervention du personnel.

Notre recherche dresse différents constats. Quelle que soit la catégorie de personnel, l'analyse des entrevues montre que la grande majorité ne sous-évalue pas l'anxiété des participantes au PQDCS. Au contraire, plusieurs individus se sont révélés particulièrement sensibles au vécu de ces femmes. Les lacunes dans le soutien offert, constatées lors de notre première recherche (RQASF, 2004a), ne seraient donc pas attribuables, sinon de façon marginale, à une méconnaissance de l'anxiété et des besoins des participantes. Toutefois, il est certain que les résultats de cette dernière recherche gagneraient à être diffusés et sauraient profiter à l'ensemble du personnel concerné. En outre, des entrevues montrent que les mandats de soutien doivent être réévalués et précisés, particulièrement pour le personnel de bureau, ce qui vient rappeler la nécessité de réviser le cadre de référence du PQDCS. De plus, des formations permettraient à l'ensemble du personnel d'améliorer ses interventions. Les autorités du Programme devraient prendre acte de l'impuissance que ressentent plusieurs membres du personnel devant l'anxiété des femmes et chercher des solutions constructives.

Autre constat : l'information aux participantes joue un rôle crucial dans le Programme. Toutefois, le PQDCS n'y accorde pas toute l'attention requise. En effet, le Programme n'outille pas suffisamment le personnel qui lui est affecté, et ne lui fournit pas assez de documentation pertinente à remettre aux participantes. Améliorer l'information préalable allégerait la tâche du personnel et aurait des répercussions positives sur les participantes au Programme.

Selon la perspective féministe et globale de la santé, l'intervention du personnel du réseau de la santé doit tenir compte non seulement des spécificités féminines mais également des différences entre les femmes elles-mêmes. En ce sens, le PQDCS doit entreprendre des efforts pour rendre ses services davantage accessibles, notamment aux femmes ayant des limitations fonctionnelles et à celles issues des communautés ethnoculturelles ou racisées.

La présente recherche corrobore les résultats de notre étude sur les participantes. Toutes deux rappellent le rôle du PQDCS dans l'établissement de normes pour le soutien, dans l'organisation des services et dans la formation du personnel. À l'encontre de ce qui se passe ailleurs au Canada, le gouvernement québécois a toléré que l'Agence de Montréal ait opté pour la formule d'un partenariat entre le système public de santé et le privé pour son programme de dépistage. Il appert que les services offerts dans le privé ne concurrencent pas en qualité ceux du public. Pour assurer une égale qualité des services dans les cliniques privées, le gouvernement devra en payer le prix en y assurant, par exemple, les services d'infirmières.

Outre ces améliorations à apporter au PQDCS, il demeure primordial selon nous de dépasser l'approche biomédicale du cancer du sein. En matière de recherche, les investissements ont été et sont encore alloués en grande priorité à la détection, au dépistage et au traitement du cancer du sein. Il est temps d'adopter des mesures sociales et politiques en faveur de la prévention primaire et de favoriser la recherche dans ce domaine.



## RECOMMANDATIONS DU RQASF

Les présentes recommandations découlent d'une analyse approfondie des données issues des questionnaires quantitatifs (Étape 1) et des entrevues (Étape 2). Elles s'adressent aux différentes instances décisionnelles engagées dans le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Ces recommandations suggèrent, de façon réaliste et concrète, des mesures susceptibles d'améliorer les conditions d'intervention du personnel engagé auprès des participantes lors du dépistage et de l'investigation complémentaire et, par ricochet, de bonifier le soutien social offert à ces femmes.

### A) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) ET LA DIRECTION DU PQDCS PROVINCIAL ET L'AGENCE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL

1. Les résultats de la recherche démontrent qu'à Montréal, les conditions peu propices au soutien social des participantes créent de fortes pressions sur le personnel des CDD et privent les femmes du soutien requis. En vertu de ce constat, nous recommandons que **les examens complémentaires d'imagerie du sein<sup>1</sup> soient réalisés dans les CRID** conformément aux exigences du cadre de référence du PQDCS;
  - > d'ici la mise en œuvre de cette pratique, nous recommandons que les CDD qui choisissent de réaliser les examens complémentaires d'imagerie du sein **assurent** aux participantes **un soutien social équivalent à celui offert dans les CRID**, c'est-à-dire par du personnel professionnel de la santé, soit médecin ou infirmière;
  - > **adjoindre** cette exigence aux **conditions préalables de désignation** des établissements à titre de centres de dépistage désignés (CDD).
2. Les données de la recherche témoignent d'une surcharge de travail du personnel qui peine à répondre aux besoins d'information des femmes, peu ou pas renseignées sur le Programme. À cet effet, nous recommandons de **développer et vulgariser des approches d'information et de sensibilisation novatrices**. Celles-ci devraient notamment porter sur :
  - a. le Programme, son déroulement et la possibilité d'examen complémentaires;
  - b. les services adaptés à la réalité des femmes ayant des besoins spécifiques<sup>2</sup>;
  - c. l'importance, pour les omnipraticiens et les omnipraticiennes d'informer et de référer les femmes au Programme.
3. Les outils d'information accessibles au personnel ne répondent que partiellement aux besoins des participantes, ce qui complique le travail des intervenants-es et risque de pénaliser les femmes au moment de l'investigation complémentaire. Conséquemment, nous recommandons de **réviser, au cours de la prochaine année, le contenu des brochures traitant des examens complémentaires**. Ces nouvelles versions devraient notamment :
  - a. expliquer la nature des examens complémentaires;
  - b. vulgariser la notion de lésions bénignes (microcalcifications, kystes, etc.);
  - c. présenter les taux de malignité qui font suite à un résultat anormal de mammographie de dépistage;
  - d. comporter des éléments visuels.

1 Les examens d'imagerie du sein désignent l'échographie et la biopsie.

2 Les femmes ayant des besoins spécifiques regroupent notamment celles qui proviennent des communautés ethnoculturelles ou racisées, les femmes autochtones vivant à Montréal, les femmes ayant des limitations fonctionnelles, les femmes vivant une déficience intellectuelle, les femmes analphabètes et les lesbiennes.

4. En matière de soutien social, la recherche démontre que les objectifs fixés par le PQDCS ne sont pas atteints de manière égale. Ce constat exige l'élaboration de normes explicites sur lesquelles s'appuie l'intervention du personnel. Des règles mieux définies forceront l'aménagement de conditions propices au soutien de toutes les participantes y compris celles ayant des besoins spécifiques. C'est pourquoi le RQASF recommande **d'amorcer, au cours de la prochaine année, la révision du cadre de référence du PQDCS**

a. afin que **le soutien social** y soit :

> **clairement défini;**

> intégré aux critères de contrôle de la qualité du Programme;

> appliqué à la mise en œuvre du Programme;

> partie prenante du processus d'évaluation permettant d'apprécier la qualité des services offerts dans le cadre du Programme.

b. afin d'établir des normes relatives à **l'accessibilité des établissements** pour les femmes ayant des besoins spécifiques;

> Adjoindre cette exigence aux **conditions préalables de désignation** des établissements à titre de CDD ou de CRID.

5. Dans le but de rendre compte de la mise en œuvre des recommandations issues de la présente recherche, nous recommandons au MSSS et à la direction du PQDCS **de produire d'ici deux ans, un bilan d'évaluation de l'implantation** des mesures suggérées à l'aide, entre autres, des moyens suivants :

a. une consultation et une vérification de l'application des propositions auprès des instances concernées;

b. une reddition de compte transparente.

## **B) À L'AGENCE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL**

1. Les résultats de l'étude révèlent que les CDD n'offrent pas au personnel les conditions favorables au soutien social des participantes, ce qui ajoute à la pression de leur travail et peut priver les femmes du soutien requis. En vertu de ce constat, nous recommandons **que les examens complémentaires d'imagerie du sein soient réalisés dans les CRID** tel que spécifié dans le cadre de référence du Programme;

> d'ici la mise en œuvre de cette pratique, nous recommandons **que les CDD** qui choisissent d'offrir les examens complémentaires d'imagerie du sein, **assurent** aux participantes **un soutien social équivalent à celui offert dans les CRID**, c'est-à-dire par du personnel professionnel, soit médecin ou infirmière;

> **adjoindre** cette exigence aux **conditions préalables de désignation** des établissements à titre de centres de dépistage désignés (CDD).

2. La recherche démontre que le personnel de plusieurs CDD est dépourvu de moyens lui permettant de répondre adéquatement aux participantes ayant des besoins spécifiques. Afin de remédier à cette situation, nous recommandons que l'Agence fasse de **l'accessibilité aux services une condition préalable à leur désignation;**

> **adjoindre** cette exigence aux **conditions préalables de désignation** des établissements à titre de CDD ou de CRID.

3. Afin de rendre compte de la mise en œuvre des recommandations issues de la présente recherche, nous recommandons à l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal **de produire d'ici deux ans, un bilan d'évaluation de l'implantation** des mesures suggérées à l'aide, entre autres, des moyens suivants :
  - a. une consultation et une vérification de l'application des propositions auprès des instances concernées;
  - b. une reddition de compte transparente.

### C) CENTRE DE COORDINATION DES SERVICES RÉGIONAUX (CCSR) DU PQDCS DE MONTRÉAL

1. Le manque d'information et de formation sur le Programme et le soutien social à offrir aux participantes est mis en lumière dans la recherche. À cet effet, nous recommandons **que le CCSR offre au personnel** de tous les établissements **la formation sur le PQDCS**;
  - a. qu'une **formation initiale** soit offerte à tout le personnel en place :
    - > qu'elle soit proposée au personnel de bureau (secrétaires, réceptionnistes) employé dans les cliniques des médecins qui réfèrent les participantes;
  - b. qu'un programme de **formation continue** soit développé;
    - > que toutes **nouvelles recrues soient obligatoirement formées** avant leur entrée en fonction;
    - > tenir un registre du personnel débutant et les inviter systématiquement à la formation;
  - c. que des **misés à jour** soient offertes au personnel déjà en fonction afin de maintenir leur motivation et leur intérêt;
2. Le niveau inégal des connaissances sur le soutien social, la disparité des outils et le manque de communication entre les établissements font partie des conditions vécues par le personnel. Afin de pallier ces lacunes, nous recommandons **d'uniformiser les services**, en matière de soutien social. Cette démarche consiste notamment à :
  - a. **offrir** à tout le personnel **le volet « Soutien » de la formation du PQDCS**;
    - > **adapter cette formation aux rôles spécifiques des différentes catégories d'intervenants-es**;
  - b. élaborer, si nécessaire, ou diffuser dans tous les établissements des outils (dépliants, grilles d'évaluation, protocoles d'intervention, etc.) destinés au soutien des participantes;
    - > faire participer le personnel en place à la création de ce matériel;
  - c. créer des occasions d'échange entre les membres du personnel afin de favoriser le partage de leurs expériences professionnelles.
3. Peu de membres du personnel sont sensibilisés-es aux difficultés rencontrées par les **participantes ayant des besoins spécifiques** et peu d'établissements offrent au personnel les conditions requises pour soutenir ces femmes. Ce faisant, le soutien qui leur est proposé ne correspond pas à leur réalité et à leurs conditions particulières. Afin d'offrir à ces femmes les services auxquels elles ont droit, nous recommandons au CCSR :
  - a. **d'offrir**, d'ici les deux prochaines années, **une formation sensibilisant à la réalité de ces participantes, de mettre en place un programme de formation continue** destiné aux nouvelles recrues, et de **proposer des misés à jour régulières** au personnel expérimenté;

- b. d'améliorer l'accessibilité aux établissements désignés par le PQDCS, selon les besoins spécifiques des participantes;
  - c. de faire l'inventaire du matériel s'adressant à cette clientèle;
  - d. de diffuser ou développer, si nécessaire, des outils traduits en différentes langues, adaptés culturellement aux besoins de ces femmes (questionnaires du PQDCS et brochures en différentes langues, lexiques de mots-clés, etc.);
  - e. d'informer sur l'existence des ressources qui soutiennent le personnel ou d'en créer au besoin (ex. : banque d'interprètes);
  - f. de poursuivre les activités de formation et d'adapter le contenu d'information sur le Programme ainsi que les services déjà offerts à ces femmes.
4. La recherche démontre que plusieurs intervenants et intervenantes ne disposent pas du nom de ressources à remettre aux participantes. Peu de recours sont disponibles pour les appuyer dans leur travail. Pour faire suite à leur demande, nous recommandons au CCSR de **garantir la disponibilité de différentes ressources**. Cette mesure suppose notamment de:
- a. faire l'inventaire des ressources capables de soutenir les participantes ou en créer de nouvelles, si requis;
  - b. informer le personnel de l'existence de ces ressources;
    - > développer, si requis, ou diffuser des outils contenant le nom des ressources (brochures, signets, etc.) ainsi que le mandat propre à chacune;
  - c. mettre en place, si nécessaire, ou informer le personnel du nom de différentes ressources en mesure de le supporter dans le soutien des participantes;
  - d. répertorier les sites web offrant de l'information sur le dépistage et l'investigation complémentaire, établir des liens et les faire connaître.
5. Le personnel se sent parfois peu engagé dans le Programme alors qu'il souhaiterait en être partie prenante. Afin de motiver et garantir sa collaboration, mettre à profit son expertise et créer un contexte favorable au soutien des participantes, nous recommandons au CCSR :
- a. d'**impliquer le personnel** dans les prises de décision (production d'un nouveau dépliant, d'une nouvelle lettre aux participantes, organisation de colloques, etc.);
  - b. d'**informer le personnel des activités du Programme** (nouveautés, taux de participation, initiatives locales, etc.) par la parution de bulletins périodiques et la tenue de rencontres entre les intervenants-es des différents établissements.
6. Afin de rendre compte de la mise en œuvre des recommandations issues de la présente recherche, nous recommandons au CCSR du PQDCS de **produire d'ici deux ans, un bilan d'évaluation de l'implantation** des mesures suggérées à l'aide, entre autres, des moyens suivants :
- a. une consultation et une vérification de l'application des propositions auprès des instances concernées;
  - b. une reddition de compte transparente.

## AUX RESPONSABLES DE CDD DE MONTRÉAL

1. Le cadre de référence du PQDCS prévoit une trajectoire de services lorsque le résultat de mammographie de dépistage est anormal et que des examens complémentaires s'imposent. Afin de se conformer à ces normes, nous recommandons que **les examens complémentaires d'imagerie du sein soient réalisés dans les CRID**. D'ici la mise en oeuvre de cette pratique nous recommandons que :
  - a. les CDD qui choisissent de réaliser les examens complémentaires d'imagerie du sein **assurent aux participantes un soutien social équivalent à celui offert dans les CRID**, c'est-à-dire par du personnel professionnel de la santé, soit médecin ou infirmière;
  - b. le suivi du résultat anormal de mammographie de dépistage soit effectué **par les médecins des participantes, les radiologistes ou du personnel professionnel de la santé désigné**.
3. L'ambiguïté des mandats de soutien social des participantes préoccupe le personnel et compromet le soutien des participantes. Pour régler cette incertitude, nous recommandons de **définir les rôles et la responsabilité partagée du soutien des femmes**, pour chaque catégorie de personnel engagé auprès des participantes.
4. Conscient des besoins de soutien social des participantes, le personnel qui ne dispose pas de **conditions favorables** à son intervention vit une pression constante ou risque de développer des mécanismes de distanciation préjudiciables aux participantes. Afin de corriger cette situation nous recommandons de :
  - a. **faciliter et encourager la participation** du personnel **aux activités de formation du PQDCS**;
    - > que toutes les nouvelles recrues soient formées par le PQDCS avant leur entrée en fonction;
  - b. **accorder au personnel le temps nécessaire** pour offrir **le soutien** :
    - > allouer minimalement aux technologues entre 15 et 20 minutes pour réaliser la mammographie et le soutien des femmes;
  - c. **fournir les locaux** offrant l'intimité requise;
  - d. **doter** le personnel de **matériel d'information** à remettre aux participantes;
  - e. **informer du nom de ressources** à qui référer les participantes;
  - f. **définir ou faire connaître** au personnel **des ressources** disponibles **pour les appuyer dans leur travail**.
5. Dans le but de rendre compte de la mise en oeuvre des recommandations issues de la présente recherche, nous recommandons aux responsables des CDD **de produire d'ici deux ans, un bilan d'évaluation de l'implantation** des mesures suggérées à l'aide, entre autres, des moyens suivants :
  - a. une consultation et une vérification de l'application des propositions auprès des instances concernées;
  - b. une reddition de compte transparente.

## AUX RESPONSABLES DES CRID DE MONTRÉAL

1. La présente étude révèle la méconnaissance du personnel quant aux différentes ressources disponibles dans les CRID. Cette situation risque de compromettre la continuité du soutien des participantes lors de l'investigation complémentaire. C'est pourquoi nous recommandons aux responsables des CRID d'**informer le personnel de l'organisation des services offerts** :
  - a. de le sensibiliser au rôle spécifique de chaque catégorie d'intervenants-es;
  - b. de le renseigner sur les services de soutien disponibles à l'interne (infirmière spécifiquement mandatée au soutien des femmes, consultation en psychologie ou travail social, etc.);
  - c. de l'aviser des ressources dédiées au soutien du personnel.
2. Étant donné que du personnel régulier et remplaçant non formé aux particularités du PQDCS – notamment chez les employées à l'accueil et aux rendez-vous – est appelé à répondre aux participantes, nous recommandons aux responsables des CRID **de faciliter et d'encourager** ce personnel à participer aux activités de **formation du PQDCS**.
3. Afin de rendre compte de la mise en œuvre des recommandations issues de la présente recherche, nous recommandons aux responsables des CRID de **produire d'ici deux ans, un bilan d'évaluation de l'implantation** des mesures proposées à l'aide, entre autres, des moyens suivants :
  - a. une consultation et une vérification de l'application des propositions auprès des instances concernées;
  - b. une reddition de compte transparente.

## Bibliographie

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2007). Techniques de dépistage et de diagnostic pour le cancer du sein : comment s'y retrouver? *Chroniques en prévention médicale, information aux médecins* [en ligne].  
<http://www.santepub-mtl.qc.ca/mdprevention/chronique/2007/16022007.html> [Réf. du 2 octobre 2007]
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2006). *Programme québécois de dépistage du cancer du sein : cahier du participant. PQDCS : Journée d'étude 2006*. Montréal : Agence.
- Association multi-ethnique pour l'intégration des personnes handicapées (2007). *Une ouverture pour les femmes handicapées d'origine ethnoculturelle : l'accès et l'adéquation des services sociaux et de santé, constats et recommandations*. Montréal : AMEIPH.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barile, M. (2006). *Guide d'accessibilité des ressources en dépistage du cancer du sein : Montréal-métropolitain*. Montréal : Action des femmes handicapées de Montréal (AFHM).
- Barile, M. (2004). *L'accessibilité des programmes de dépistage du cancer du sein aux femmes qui ont des handicaps*. Montréal : Action des femmes handicapées de Montréal (AFHM); Équipe cancer de la Direction de la santé publique Montréal-Centre.
- Batt, S. (1998). *À bout de patience : les enjeux de la lutte au cancer du sein*. Montréal : Remue-ménage.
- Bergeron, P., & Kishchuk, N. (2000). *Étude du processus d'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein*. Québec : Institut national de la santé publique du Québec. Disponible sur Internet :  
[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/016\\_Implantation\\_PQDCS.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/016_Implantation_PQDCS.pdf) [Réf. du 2 octobre 2007].
- Boston Women's Health Book Collective and Council for Responsible Genetics (2000). «Les gènes du cancer du sein” : les mythes et les faits. *Le Réseau canadien pour la santé des femmes*, 3, 7. Disponible sur Internet :  
<http://www.cwhn.ca/network-reseau/3-4f/3-4pg4.html> [Réf. du 2 octobre 2007].
- Chernomas, R. (1999). *The Social and Economic Causes of Disease*. Ottawa : Canadian Center for Policy Alternative.
- Chernomas, R., & Donner, L. (2004). *The Cancer Epidemic as a Social Event*. Winnipeg : Canadian Centre for Policy Alternatives.
- Choi, B., & Pak, A. (2006). Multidisciplinarity, Interdisciplinarity and Transdisciplinarity in Health Research, Services, Education and Policy : 1. Definitions, Objectives, and Evidence of Effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine*, 29, 351.
- Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux (CF) (1998). *Pour des services sociaux et de santé adaptés aux attentes des femmes*. Recherche et rédaction : Andrée Lapierre. Montréal : La Coalition.
- Comité de soutien à la qualité du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (2001). *Le fonctionnement interdisciplinaire dans le cadre de l'investigation*. Québec : Gouvernement.
- Connell B. R., Jones, M., Mace, R., Mueller, J., & Mullik Abir et al. (1997) *Principles of Universal Design* [en ligne].  
<http://www.adaptiveenvironments.org/index.php?option=Content&Itemid=25> [Réf. du 2 octobre 2007]

- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins : Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color . *Stanford Law Review*, 43, 1241-1299.
- D.E.S. Action Canada (1996). *Au-delà du dépistage précoce : nouveau regard sur le cancer du sein*. Montréal : D.E.S. Action Canada.
- Diamant, A., Schuster, M.A., & Lever, J. (2000). Receipt of Preventive Health Care Services by Lesbians. *American Journal of Preventive Medicine*, 19, 141-148.
- Douesnard, J. (2005). *Recherche évaluative portant sur les activités d'information et de sensibilisation au dépistage du cancer du sein. Rapport du groupe focus*. Montréal : Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCESSS)..
- Dowd, S.B., Ott, K. (1998). The Radiologic Technologist's Role in Patient Education. *Radiologic Technology*, 69, 443.
- Dowsett, S.M., Saul, J.L., Butow, P.N., Dunn, S.M., & Boyer, M.J. et al. (2000). Communication Styles in the Cancer Consultation : Preferences for a Patient-centred Approach. *Psycho-Oncology*, 9, 147-156.
- Doyal, L. (1995). *What Makes Women Sick : Gender and the Political Economy of Health*. New Brunswick ; New Jersey : Rutgers University Press.
- Fédération des infirmières et des infirmiers du Québec (FIIQ) (2004a). *Des marchés publics dans la santé*. Montréal ; Québec : FIIQ.
- Fédération des infirmières et des infirmiers du Québec (FIIQ) (2004b). *L'Agence des partenariats public-privé du Québec ou la construction d'un État marchand*. Mémoire. Montréal ; Québec : FIIQ.
- Galabuzi, G.-E. (2001). *Canada's Creeping Economic Apartheid : the Economic Segregation and Social Marginalisation of Racialised Groups*. Toronto : CSJ Foundation for Research and Education.
- Gotzche, P.C., & Nielse, M. (2006). Screening for Breast Cancer with Mammography. *Cochrane Review* [en ligne]. <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001877.html> [Réf. du 2 octobre 2007]
- Green, B.B., & Taplin, S.H. (2003). Breast Cancer Screening Controversies. *Journal of American Board of Family Practice*, 16, 233-241.
- Institut national de santé publique du Québec (2005). *Données d'incidence et de mortalité pour les principaux sièges de cancer au Québec : projections 2004*. Ed. révisée. Québec : Gouvernement.  
Disponible sur Internet : [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/390-IncidenceCancerQuebec\\_EditionRevisee.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/390-IncidenceCancerQuebec_EditionRevisee.pdf) [Réf. du 2 octobre 2007].
- Institute of Medicine (IOM), & Solarz, A.L. (1999). *Lesbian Health : Current Assessment and Directions for the Future*. Washington, D.C. : National Academy Press.
- Janssen, T. (2006). *La solution intérieure : vers une nouvelle médecine du corps et de l'esprit*. Paris : Fayard.



- Kamm, B.L. (2000). Communicating with Mammography Patients. *Radiologic Technology*, 71, 247-264.
- Kalant, N. (2001). *La Commission royale sur l'avenir des soins de santé au Canada (Romanow)*. Mémoire pour la Coalition des médecins pour la justice sociale. Disponible sur Internet : <http://www.hcsc.gc.ca/francais/pdf/romanow/Coalition%20Of%20Physicians%20for%20Social%20Justice.pdf> [Réf. du 2 octobre 2007].
- Kasper, A.S., & Ferguson, S.J. (2000). *Breast Cancer : Society Shapes an Epidemic*. New York : St. Martin Press.
- Kaur, D.K. (2003). *The Complete Natural Medicine : Guide to Breast Cancer : a Practical Manual for Understanding, Prevention and Care*. Toronto : Robert Rose.
- Love, R.R., Love, S., & Laudico, A. (2004). Dilemmas in Breast Disease : Breast Cancer from a Public Health Perspective, 10, 136-140.
- Mays, V.M., Yancey, A.K., Cochran, S.D., Weber, M., & Fielding, J.E. (2002). Heterogeneity of Health Disparities Among African American, Hispanic, and Asian American Women : Unrecognized Influences of Sexual Orientation. *American Journal of Health*, 92, 632-639.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) (2006). *Programme québécois de dépistage du cancer du sein : rapport d'activité 2004-2005*. Québec : Gouvernement. Disponible sur Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-204-04.pdf> [Réf. du 2 octobre 2007].
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) (1997). *Programme de dépistage de cancer du sein : document de références s'adressant aux médecins de première ligne*. Québec : Gouvernement.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) (1996). *Programme québécois de dépistage du cancer du sein: cadre de référence*. Québec : Gouvernement.
- Olsen, O., & Gotzsche, P.C. (2001). Cochrane Review on Screening for Breast Cancer with Mammography. *Lancet*, 358, 1340-1342.
- Ong, L.M.L., de Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M., & Lammes, F.B. (1995). Doctor-patient Communication : a Review of the Literature. *Social Science Medicine*, 40, 903-918.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2003). *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases : Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*. Genève : OMS, (Who Technical Report Serie ; 916) Disponible sur Internet: <http://www.who.int/mediacentre/releases/2003/pr20/fr/> [Réf. du 2 octobre 2007].
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2004). *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*. 2<sup>e</sup> édition sous la direction de R. Wilkinson et de M. Marmot. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Disponible sur Internet : <http://www.euro.who.int/document/E82519.pdf?language=French> [Réf. du 2 octobre 2007].
- Parle, M., Maguire, P., Heaven, C. (1997). The Development of a Training Model to Improve Health Professional's Skills, Self-efficacy and Outcome Expectancies when Communicating with Cancer Patients. *Social Science Medicine*, 44, 231-240.

- Raj, V.V. (2006). Occupational Stress and Radiography. *Radiologic Technology*, 78, 113-122.
- Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) (2003). *Pour le dire... Rendre les services sociaux et les services de santé accessibles aux lesbiennes*. Recherche et rédaction : Isabelle Mimeault, avec la collaboration du comité santé des lesbiennes. Montréal : RQASF.
- Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) (2004a). *Dépistage du cancer du sein : ce que vivent les femmes en attente d'un diagnostic : rapport d'évaluation*. Montréal : RQASF.
- Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) (2004b). *Notre soupe aux cailloux : une œuvre collective pour la santé des femmes au mitan de la vie*. Montréal : RQASF. Trousse de formation.
- Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) (2005). Le PQDCS, un partenariat public-privé avant l'heure. *Sans préjudice...pour la santé des femmes*, 34, 16-19.
- Rochette, L., Major, D., Langlois, A., Pelletier, E., & Brisson, J. (2006). *Rappel précoce à la suite d'une mammographie de dépistage anormale : Programme québécois de dépistage du cancer du sein, 1998-2000*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Saillant, F. (2003). Le mouvement pour la santé des femmes, la transformation des systèmes de santé et l'enjeu des savoirs, dans Saillant, F. et Bouliane, M. *Transformations sociales, genre et santé : perspectives critiques et comparatives*. Québec : Presses de l'Université de Laval, 263-281. (Sociétés, cultures et santé).
- Saillant, F., & Bouliane, M. (2003). *Transformations sociales, genre et santé : perspectives critiques et comparatives*. Québec : Presses de l'Université de Laval. (Sociétés, cultures et santé).
- Sagliar, J. (2005). *La femme et le cancer du sein*. Paris : Odile Jacob.
- Schmid Mast, M., Kindlimann, A., & Langewitz, W. (2005). Recipients' Perspective on Breaking Bad News : How You Put it Really Makes a Difference. *Patient Education and Counseling*, 58, 244-251.
- Sereni, C., & Sereni, D. (2002). *On ne soigne pas les femmes comme les hommes*. Paris : Odile Jacob.
- Société canadienne du cancer (2007a). *Avantages et risques du dépistage* [en ligne].  
[http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,3182,3172\\_13271\\_1858688468\\_langId-fr,00.html](http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,3182,3172_13271_1858688468_langId-fr,00.html) [Réf. du 2 octobre 2007].
- Société canadienne du cancer (2007b). *Détection précoce et dépistage du cancer du sein*. [en ligne].  
[http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,3182,3172\\_10175\\_74567690\\_langId-fr,00.html](http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,3182,3172_10175_74567690_langId-fr,00.html) [Réf. du 2 octobre 2007].
- Société canadienne du cancer (2007). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2007*. Toronto : Société. Disponible sur Internet :  
[http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,3182,3172\\_14279\\_\\_langId-fr,00.html](http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,3182,3172_14279__langId-fr,00.html) [Réf. du 2 octobre 2007].
- Sullivan, T., Evans, W., Angus, H., & Hudson A. (2003). *Strengthening the Quality of Cancer Service in Ontario*. Ottawa : CHA Press.
- Valanis, B.G., Bowen, D.J., Bassford, T., Whitlock E., & Charney, P. et al. (2000). Sexual Orientation and Health : Comparisons in

the Women's Health Initiative Sample. *Archives of Family Medicine*. 9, 843-853.

Van Goethem, M., Mortelmans, D., Bruyninckx, E., Verslegers, I. & Biljes et al. (2003). Influence of the Radiographer on the Pain Felt During Mammography. *European Radiology*, 13, 2384-2389.

Ward, E., Jemal, A., Cokkinides, V., Singh, G.K., Cardinez, C., & Ghafoor, A. et al. (2004). Cancer Disparities by Race/Ethnicity and Socioeconomic Status. *CA : A Cancer Journal for Clinicians*, 54, 79-93.

Welch, H.G. (2005). *Dois-je me faire tester pour le cancer? : peut-être pas et voici pourquoi*. Québec : Presses de l'Université de Laval.

Wilkinson, S. (1991). Factors which Influence how Nurses Communicate with Cancer Patients. *Journal of Advanced Nursing*. 16, 677-688.

Witz, A. (1992). Gender and Medical Professionalisation. *Professions and Patriarchy*, 73-103.



# A N N E X E I

## Méthode : Enquête postale



# METHODE

## ENQUETE POSTALE (Etape 1)

### 1. Recrutement

Pour recruter des participantes et des participants à la recherche sur le territoire montréalais, le Centre de coordination des services régionaux (CCSR) du PQDCS a demandé à tous les établissements concernés la liste du personnel impliqué auprès de femmes participant au PQDCS. Ces informations ont été par la suite acheminées au Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF), responsable de la recherche.

Quatre CRID sur cinq ont fourni la liste des noms de leur personnel travaillant auprès des participantes au PQDCS. Douze CDD sur 14, les 12 CSSS sollicités, le Centre de coordination des services régionaux (CCSR) du PQDCS et la Direction de la santé publique (DSP) nous ont également fait parvenir leurs listes.

#### 1.1 Critère d'inclusion

Le personnel du réseau de la santé qui répond, en personne ou au téléphone, aux participantes au PQDCS.

### 2. Instrument de collecte des données

Les données du premier volet de la recherche (Étape 1) ont été recueillies à l'aide d'un court questionnaire factuel autoadministré, élaboré aux fins de l'étude, dont le contenu a été principalement inspiré des résultats de l'enquête menée par le RQASF en 2004. Il comporte 14 questions, de type objectif, de même que le recensement des données sociodémographiques comportant 9 questions pertinentes à la recherche.

La validation de ce questionnaire a été réalisée auprès du comité consultatif de la recherche, composé de neuf membres de personnel impliqués auprès des participantes au PQDCS.

### 3. Le déroulement de la collecte des données

Le questionnaire de l'Étape 1 a été posté au personnel impliqué auprès des participantes au PQDCS, à leur lieu de travail respectif, selon les listes fournies par les responsables des établissements. À cet envoi ont été annexés un formulaire de consentement et une enveloppe de retour pré-affranchie adressée au RQASF. Celles et ceux qui ne travaillaient pas auprès des participantes au PQDCS ou qui refusaient de répondre ont été priés-es de retourner le questionnaire intact. Deux semaines ouvrables après l'envoi du questionnaire initial, une relance postale a été effectuée auprès de celles et ceux dont le questionnaire n'avait pas été retourné.

### 4. L'analyse des données

Les données quantitatives ont été compilées dans *File MakerPro* et dans *Excel*. Les analyses de fréquence bivariées et multivariées ont été réalisées par types d'établissements (CDD vs CRID) et par catégories de personnel.

Il est à noter que seules les données provenant du personnel appelé à répondre fréquemment aux participantes au PQDCS ont fait l'objet d'analyses plus élaborées (CDD et CRID). Les résultats les plus pertinents sont présentés dans le chapitre 3 (Partie II) et les tableaux relatifs à ces croisements sont disponibles sur demande.

## 5. L'éthique

Conformément aux critères du comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, un certificat d'éthique a été obtenu.

### 5.1 Le consentement libre et éclairé de participation à l'enquête

Afin d'accorder un consentement libre et éclairé, les participantes et les participants à la recherche ont reçu toute l'information requise. Celle-ci était contenue dans un Formulaire de consentement qui les renseignait sur la nature, le but de l'étude, les deux étapes du déroulement de l'enquête, les avantages et les inconvénients liés à leur participation, l'absence de rémunération et le libre choix de refuser de participer sans leur causer préjudice. De plus, la confidentialité de leur identité et des informations recueillies a été assurée. Le nom des chercheuses pouvant répondre aux questions ou fournir des informations sur l'enquête, de même que celui d'une représentante CER à qui il était possible de signaler tout problème éthique lié à la recherche, ont été annexés. Finalement, la signature des chercheuses attestant du respect des règles d'éthique, ainsi que le consentement écrit des participants-es a complété ce document.

### 5.2 La confidentialité des données recueillies

Une base de données comprenant le nom et l'adresse de toutes les personnes sollicitées pour l'enquête a été constituée au RQASF. À chaque nom a été attribué un numéro de code correspondant. L'accès aux données nominatives enregistrées sur cédérom n'a été autorisé qu'aux deux chercheuses responsables de l'enquête. Le numéro de code apposé sur chacun des questionnaires a été utilisé pour la compilation et le traitement des informations recueillies.



# A N N E X E I I

## Méthode : Entrevues



# MÉTHODE

## ENTREVUES (Étape 2)

### 1. Recrutement

Les questionnaires complétés à l'Étape 1 ont été regroupés par catégories d'emploi et par types d'établissement. Un échantillon théorique ou non probabiliste a été constitué à partir des individus ayant participé à l'Étape 1. Des représentantes et des représentants de chacune des catégories de cet échantillon théorique ont été invités-es à accorder une entrevue semi-dirigée, de manière à obtenir un échantillon par contraste.

### 2. Groupe étudié

Les entrevues semi-dirigées ont été effectuées auprès des diverses catégories de personnel, dans tous les types d'établissements ciblés par l'enquête et ce, jusqu'à saturation empirique. Seul le personnel ayant un contact hebdomadaire avec les participantes a été sollicité pour une entrevue, ce qui exclut les infirmières des CSSS. De plus, nous avons considéré avoir des entrevues avec le personnel des CCSR, mais nous avons été dans l'impossibilité de le faire.

### Profil sociodémographique

Au total, 39 entrevues regroupant 10 membres de personnel de bureau, 4 infirmières, 3 omnipraticiennes, 8 radiologistes et 14 technologues, ont été effectuées dans le cadre de la présente recherche. À l'exception de cinq entrevues qui se sont déroulées en anglais, toutes les autres ont été réalisées en français.

Catégories d'emploi	CDD 20	CRID 13	CDD/ CRID 6	CSSS -	Total 39
Infirmière	-	4	-	-	4
Technologue	10	3	1	-	14
Omnipraticienne	-	3	-	-	3
Radiologiste	3	-	5	-	8
Personnel de bureau	7	3	-	-	10

\*Le personnel de bureau comprend des réceptionnistes, des secrétaires administratives, des commis à l'accueil et des commis aux rendez-vous.

### Sexe

La très grande majorité du personnel affecté au PQDCS est constituée de femmes. À l'exception de trois radiologistes masculins, toutes les personnes interviewées sont de sexe féminin. La presque totalité est bilingue et travaille à temps complet.

### Âge

La plupart du personnel qui a participé aux entrevues est âgé de plus de 40 ans. Les technologues sont toutefois surreprésentées dans la catégorie des 50 ans et plus. Mis à part le personnel de bureau, aucun groupe ne compte d'individus âgés de 20 à 30 ans.

### Distribution de l'âge du personnel ayant participé aux entrevues

Âge	Personnel de bureau	Infirmière	Omnipraticienne	Radiologiste	Technologue	Total
20-29 ans	1	-	-	-	-	1
30-39 ans	2	1	1	3	3	10
40-49 ans	4	3	1	2	3	13
50 ans et plus	3	-	1	3	8	15
Total	10	4	3	8	14	39

### Scolarité

Les infirmières, les omnipraticiennes et les radiologistes ont toutes et tous fréquenté l'université. La plupart des technologues et près de la moitié du personnel de bureau ont suivi leur formation professionnelle dans un cégep. Des autres membres du personnel de bureau, trois détiennent un diplôme de secrétariat et trois ont complété des études secondaires.

### Lieux de travail

La majorité des membres du personnel (21) interviewés provient des CDD. Parmi les autres, la totalité des infirmières (4) et des omnipraticiennes (3) de même qu'un radiologiste, trois membres du personnel de bureau et trois technologues travaillent exclusivement dans un CRID. Une technologue et cinq radiologistes partagent leur temps de travail entre un CDD et un CRID.

### Expérience professionnelle

Près de la moitié du personnel possède plus de 20 années d'expérience professionnelle. Cette situation est particulièrement marquée chez les technologues.

### Distribution de l'expérience professionnelle du personnel

Expérience globale de travail	Personnel de bureau	Infirmière	Omnipraticienne	Radiologiste	Technologue	Total
Moins de 1 an	-	-	-	-	-	-
1 à 5 ans	2	-	-	2	-	4
6 à 10 ans	3	-	-	1	1	5
11 à 15 ans	1	-	2	-	3	6
16 à 20 ans	1	1	1	2	2	7
21 ans et plus	3	3	-	3	8	17
Total	10	4	3	8	14	39

### Expérience avec le PQDCS

Dans l'ensemble, le personnel rencontré possède trois années et plus d'implication dans le PQDCS. Davantage de technologues et de radiologistes ont une longue expérience dans le Programme.

### Distribution de l'expérience du personnel dans le PQDCS

Expérience avec le PQDCS	Personnel de bureau	Infirmière	Omnipraticienne	Radiologiste	Technologue	Total
Moins de 1 an	-	-	-	1	1	2
1 à 2 ans	2	1	-	-	-	3
3 à 5 ans	4	1	-	2	2	9
Plus de 5 ans	4	2	3	5	11	25
Total	10	4	3	8	14	39

### 3. Guide d'entrevue

Les données de ce volet de la recherche ont été colligées à partir d'un guide d'entrevue qui approfondit les thématiques abordées dans le questionnaire factuel. La validation de ce guide a été faite lors de la première entrevue semi-dirigée et les ajustements requis ont été apportés.

### 4. Déroulement des entrevues

C'est à partir de l'échantillon théorique développé à la suite de l'Étape 1 que le personnel sélectionné a été sollicité par téléphone pour accorder une entrevue. Ces entrevues semi-dirigées ont été enregistrées et retranscrites.

Les entretiens se sont déroulés sur les lieux de travail du personnel. Leur durée variait entre 25 et 90 minutes. Pour la plupart, ils ont été réalisés par les chercheurs. Seules les entrevues en anglais ont été effectuées par une assistante formée à cette fin. À quelques reprises, un suivi téléphonique a été nécessaire afin de clarifier certaines informations fournies lors des entretiens.

### 5. Éthique

En continuité avec les règles d'éthique respectées lors de l'Étape 1 de la recherche, l'observation des mêmes normes a prévalu tout au long du volet qualitatif de l'étude. Rappelons que le personnel qui a participé à la première étape de l'enquête avait déjà été informé de la possibilité d'un rappel pour une entrevue. La sollicitation téléphonique pour les entretiens a été effectuée par les chercheurs et par l'assistante qui ont réitéré la possibilité de refuser d'y prendre part, sans que leur soit porté préjudice. Lors des entrevues, les participantes et les participants ont lu et signé un *formulaire de consentement*, rappelant les informations contenues dans le Formulaire de consentement de l'Étape 1.

La confidentialité relative aux informations recueillies et à l'identité du personnel a été scrupuleusement respectée. Le nom des participantes et des participants n'a été mentionné en aucune circonstance et la personne chargée de la retranscription du contenu des enregistrements n'a eu accès qu'à leur numéro de code. Les extraits d'entrevue présentés dans ce rapport ont été associés au numéro de code des individus concernés. Toutefois, pour garantir que le personnel ne puisse être identifié, dans quelques cas, les numéros de code ne sont pas indiqués.

## 6. Limites de la recherche et difficultés du terrain

Dans l'ensemble, les entrevues se sont déroulées dans un climat de collaboration. Les personnes interviewées ont répondu aux questions avec diligence. Le personnel s'est montré généreux de ses commentaires et a partagé sans réserve sa réalité professionnelle. Toutefois, nous avons éprouvé certaines difficultés au cours de notre enquête sur le terrain.

Les entrevues se sont déroulées en mai et juin 2006, juste avant les vacances d'été, ce qui a compliqué l'organisation d'un horaire. Certains membres du personnel ne disposaient que de peu de temps pour la rencontre. Les conditions techniques ont parfois été laborieuses : des personnes entraient dans la pièce, puis s'excusaient; le téléphone ou l'intercom sonnait; divers bruits ambiants perturbaient certaines entrevues.

Au chapitre des limites, citons qu'à quelques reprises, il a été nécessaire de contacter les coordonnatrices de différents établissements pour planifier les rendez-vous. Dans quelques cas, celles-ci ont organisé des rencontres avec des employés-es qu'elles ont choisies en raison de leur disponibilité. Ce mode de sélection n'est pas aléatoire et il est possible que les membres du personnel référés se distinguent des autres – par l'excellence de leur rendement, par exemple – et ne soient pas représentatif du groupe. De plus, la qualité de quelques enregistrements s'est avérée assez mauvaise (transcription incomplète). Enfin, nous avons rencontré un refus d'enregistrer l'entretien.

Enfin, un des thèmes abordés par cette recherche concernait l'habileté du personnel à apporter du soutien émotif et informatif aux femmes ayant des besoins spécifiques. Nous avons limité nos questions aux femmes vivant des situations de handicap et à celles issues des communautés ethnoculturelles et racisées. L'intervention auprès des femmes autochtones et des lesbiennes n'a pas été explorée en entrevue.

## 7. Démarche d'analyse qualitative

Après chaque entrevue, l'intervieweuse rédige une « histoire de cas », c'est-à-dire un résumé « à chaud » de la rencontre. Ses intuitions théoriques et questionnements sont systématiquement notés. Une fois transcrites, les entrevues sont lues puis codifiées, selon une approche dite mixte, inspirée de Miles et Huberman<sup>1</sup>. Les catégories d'analyse, qui ont commencé à émerger dès les premiers entretiens, ont été précisées. Des grilles conceptuelles et des listes de codifications ont été élaborées. Selon l'approche inductive et itérative propre à la recherche qualitative, la codification évolue selon ce qui émerge des entrevues et du terrain de recherche. Les informations sont ainsi regroupées par unités de sens (description, interprétation, explication).

La procédure d'analyse est souple et s'effectue parallèlement à la collecte des informations. Les entrevues s'effectuent jusqu'à saturation empirique. Chaque entrevue est analysée et codifiée individuellement (tableaux individuels). Ensuite, des synthèses sont produites, selon les différents thèmes explorés en entrevue et selon certains regroupements de thèmes (tableaux synthèses). À partir des tableaux synthèses par thèmes, sont élaborés des « tableaux tendances », plus englobants, constituant des croisements de thèmes selon les critères retenus.

---

<sup>1</sup> Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage.

## **8. Validité**

La validité scientifique de cette recherche a été assurée par plusieurs moyens déjà précisés dans les différentes étapes de la recherche (échantillonnage, collecte des données, analyse), de manière à répondre au critère de validité interne (concordance entre les données empiriques et leur interprétation).

À noter que les données recueillies sont de plusieurs types : questionnaire factuel de type objectif, entretiens semi-dirigés, entretiens avec des informatrices ou informateurs-clés, analyse documentaire. De plus, l'Étape 1 a permis de constituer un échantillon théorique conçu de manière à assurer la pertinence des critères de sélection relativement à l'objet d'étude lors de l'Étape 2, dans une perspective d'élargissement des catégories analytiques.





# A N N E X E I I I

## Tableaux



## Description de la cohorte étudiée

Tableau 1.

### SEXE

Sexe	Femmes	Hommes	Pas de réponse	Total
	166	18	2	186
	(89,2%)	(9,7%)	(1,1%)	(100%)

Tableau 2.

### ÂGE

Âge	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	Pas de réponse	Total
	22	47	44	70	3	186
	(11,8%)	(25,3%)	(23,7%)	(37,6%)	(1,6%)	(100%)

Tableau 3.

### LIEU DE NAISSANCE

	Oui	Non	Pas réponse	Total
Canada	159	24	3	186
	(85,9%)	(12,9%)	(1,6%)	(100%)
Europe		9		
Moyen-Orient		6		
Antilles		6		
Amérique centrale		2		
Asie		1		

**Tableau 4.**  
**LANGUE(S) PARLÉE(S)**

Langue(s)	Oui	Non	Pas de réponse	Total
Français	183 (98,4%)	1 (0,5%)	2 (1,1%)	186 (100%)
Anglais	153 (82,3%)	31 (16,7%)	2 (1,1%)	186 (100%)
Autres langues	36 (19,3%)	148 (79,6%)	2 (1,1%)	186 (100%)
Espagnol		10		
Italien		9		
Créole		5		
Grec		3		
Arabe		3		
Allemand		1		
Polonais		1		
Roumain		1		
Vietnamien		1		
Chinois		1		
Croate		1		

**Tableau 5.**  
**SCOLARITÉ**

Niveau de scolarité	Secondaire	Cégep	Université	Pas de réponse	Total
	16 (8,6%)	71 (38,2%)	89 (47,8%)	10 (5,4%)	186 (100%)

**Tableau 5.1**  
**AUTRE SCOLARITÉ**

Autre scolarité	Oui	Non	Pas de réponse	Total
	19 (19,2%)	166 (89,3%)	1 (0,6%)	186 (100%)

Tableau 6.

## TYPES D'EMPLOI

Technologue	Infirmière rdv et accueil	Commis	Radiologiste	Réceptionniste	Médecin	Autres	Secrétaire administrative	Travailleur-se social-e	Total
66 (35,5%)	38 (20,4%)	25 (13,4%)	20 (10,8%)	13 (7%)	13 (7%)	6 (3,2%)	3 (1,6%)	2 (1,1%)	186 100%

Tableau 7.

## LIEU(X) DE TRAVAIL

Établissement	Oui	Non	Total
CRID	62 (33,3%)	124 (66,7%)	186 (100%)
CDD	99 (53,2%)	87 (46,8%)	186 (100%)
CSSS	34 (18,3%)	152 (81,7%)	186 (100%)
Autres établissements	8 (4,3%)	178 (95,7%)	186 (100%)

Tableau 8.

## EXPÉRIENCE GLOBALE DE TRAVAIL

Expérience de travail	Moins de 1 an	1 à 5 ans	6 à 10 ans	11 à 15 ans	16 à 20 ans	21 ans et plus	Pas de réponse	Total
	6 (3,2%)	27 (14,5%)	26 (14%)	26 (14%)	19 (10,2%)	75 (40,3%)	7 (3,8%)	186 (100%)

Tableau 9.

EXPÉRIENCE DE TRAVAIL AUPRÈS DES PARTICIPANTES  
AU PQDCS

Expérience avec le PQDCS	Moins de 1 an	1 à 2 ans	3 à 5 ans	Plus de 5 ans	Je ne sais pas	Pas de réponse	Total
	24 (12,9%)	16 (8,6%)	43 (23,1%)	85 (45,7%)	7 (3,8%)	11 (5,9%)	186 (100%)

Tableau 10.

STATUT DE TRAVAIL

Statut de travail	À temps partiel	À temps complet	Autre	Liste de rappel	Poste de remplacement	Pas de réponse	Total
	41 (22%)	138 (74,2%)	0	0	1 (0,5%)	6 (3,2%)	186 (100%)

## L'EXPÉRIENCE DU PERSONNEL DU RÉSEAU DE LA SANTÉ

**Tableau 11.**

### PERSONNEL QUI RÉPOND AUX PARTICIPANTES AU PQDCS

Répondre aux femmes	Oui	Non	Total
	186 (75,3%)	61 (24,7%)	247 (100%)

**Tableau 11.1.**

### RÉPONDRE AUX PARTICIPANTES AU PQDCS, SELON LES ÉTAPES DU DÉPISTAGE

Étape	Oui	Non	Pas de réponse	Total
Lors de la mammographie de dépistage	149 (80,1%)	14 (7,5%)	23 (12,4%)	186 (100%)
Lors des examens complémentaires	152 (81,7%)	15 (8,1%)	19 (10,2%)	186 (100%)

**Tableau 12.**

### SOUTIEN SOCIAL DES PARTICIPANTES AU PQDCS : COMPOSANTE DU TRAVAIL

Type de soutien	Oui	Non	Je ne sais pas	Pas de réponse	Total
Soutien émotif	145 (78%)	16 (8,6%)	20 (10,8%)	5 (2,7%)	186 (100%)
Soutien informatif	174 (93,5%)	7 (3,8%)	3 (1,6%)	2 (1,1%)	186 (100%)

Tableau 12.1.

## PERSONNEL DES CRID ET L'OFFRE DE SOUTIEN ÉMOTIF

Type emploi	Oui	Non	Je ne sais pas	Pas réponse	Total
Commis/accueil, rdv	5 (83,3%)		1 (16,7%)		6 (100%)
Infirmière	5 (83,3%)	1 (16,7%)			6 (100%)
Technologue	15 (78,9%)		4 (21,1%)		19 (100%)
Radiologiste	9 (69,2%)	1 (7,7%)	1 (7,7%)	2 (15,4%)	13 (100%)
Autres	1 (100%)				1 (100%)
Médecin	12 (92,3%)	1 (7,7%)			13 (100%)
Secr. Admin.	2 (100%)				2 (100%)
Trav. Soc.	2 (100%)				2 (100%)
<b>Total</b>	<b>51 (82,3%)</b>	<b>3 (4,8%)</b>	<b>6 (9,7%)</b>	<b>2 (3,2%)</b>	<b>62 (100%)</b>

Tableau 12.2.

## PERSONNEL DES CDD ET L'OFFRE DE SOUTIEN ÉMOTIF

Types d'emploi	Oui	Non	Je ne sais pas	Pas réponse	Total
Réceptionniste	6 (46,2%)	3 (23%)	4 (30,8%)		13 (100%)
Commis/accueil, rdv	15 (78,9%)	1 (5,3%)	3 (15,8%)		19 (100%)
Technologue	35 (72,9%)	5 (10,4%)	5 (10,4%)	3 (6,2%)	48 (100%)
Radiologiste	13 (76,5%)	2 (11,8%)	1 (5,8%)	1 (5,9%)	17 (100%)
Médecin		1 (100%)			1 (100%)
Secr. Admin.	1 (100%)				1 (100%)
<b>Total</b>	<b>70 (70,7%)</b>	<b>12 (12,1%)</b>	<b>13 (13,1%)</b>	<b>4 (4,0%)</b>	<b>99 (100%)</b>

Tableau 12.3.

## PERSONNEL DES CSSS ET L'OFFRE DE SOUTIEN ÉMOTIF

Types d'emploi	Oui	Non	Je ne sais pas	Total
Infirmière	29 (87,8%)	2 (6,1%)	2 (6,1%)	33 (100%)
Autre	1 (100%)			1 (100%)
<b>Total</b>	<b>30 (88,2%)</b>	<b>2 (5,9%)</b>	<b>2 (5,9%)</b>	<b>34 (100%)</b>



Tableau 12.4.

## PERSONNEL DES CRID ET L'OFFRE DE SOUTIEN INFORMATIF

Types d'emploi	Oui	Non	Je ne sais pas	Total
Commis/accueil, rdv	5 (83,3%)		1 (16,7%)	6 (100%)
Infirmière	6 (100%)			6 (100%)
Technologue	18 (94,7%)	1 (5,3%)		19 (100%)
Radiologiste	11 (84,6%)	1 (7,7%)	1 (7,7%)	13 (100%)
Autres	1 (100%)			1 (100%)
Médecin	13 (100%)			13 (100%)
Secr. Admin.	2 (100%)			2 (100%)
Trav. Soc.	2 (100%)			2 (100%)
<b>Total</b>	<b>58 (93,5%)</b>	<b>2 (3,2%)</b>	<b>2 (3,2%)</b>	<b>62 (100%)</b>

Tableau 12.5.

## PERSONNEL DES CDD ET L'OFFRE DE SOUTIEN INFORMATIF

Types d'emploi	Oui	Non	Je ne sais pas	Pas réponse	Total
Réceptionniste	13 (100%)				13 (100%)
Commis/accueil, rdv	19 (100%)				19 (100%)
Technologue	42 (87,5%)	3 (6,2%)	1 (2,1%)	2 (4,2%)	48 (100%)
Radiologiste	16 (94,1%)	1 (5,9%)			17 (100%)
Médecin		1 (100%)			1 (100%)
Secr. Admin.	1 (100%)				1 (100%)
<b>Total</b>	<b>92 (92,9%)</b>	<b>4 (4,0%)</b>	<b>1 (1,0%)</b>	<b>2 (2,0%)</b>	<b>99 (100%)</b>

**Tableau 12.6.**

**PERSONNEL DES CSSS ET L'OFFRE DE SOUTIEN INFORMATIF**

Types d'emploi	Oui	Non	Total
Infirmière	31 (93,9%)	2 (6,1%)	33 (100%)
Autre	1 (100%)		1 (100%)
<b>Total</b>	<b>32 (94,1%)</b>	<b>2 (5,9%)</b>	<b>34 (100%)</b>

**Tableau 13.**

**PRATIQUES DE SOUTIEN DES PARTICIPANTES AU PQDCS**

Mode de soutien	Oui	Pas de réponse	Total
Écoute	145 (78%)	41 (22%)	186 (100%)
Réconfort	128 (68,8%)	58 (31,2%)	186 (100%)
Information verbale	173 (93%)	13 (7%)	186 (100%)
Information écrite	66 (35,5%)	120 (64,5%)	186 (100%)
Autres	15 (8,1%)	171 (91,9%)	186 (100%)

**Tableau 13.1.**

**PRATIQUES DE SOUTIEN, SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT**

Établissement	Écoute	Réconfort	Information verbale	Information écrite
CRID	53 (85,5%)	44 (71%)	57 (91,9%)	24 (38,7%)
CDD	84 (84,8%)	64 (64,6%)	92 (92,9%)	32 (32,3%)
CSSS	31 (91,2%)	23 (67,6%)	32 (94,1%)	9 (26,5%)

Tableau 14.

**PERSONNE ATTITRÉE AU SOUTIEN SOCIAL  
DES PARTICIPANTES AU PQDCS**

Personne dédiée au soutien	Oui	Non	Je ne sais pas	Pas de réponse	Total
	58 (31,2%)	102 (54,8%)	25 (13,4%)	1 (0,5%)	186 (100%)

Tableau 14.1.

**PERSONNE ATTITRÉE AU SOUTIEN SOCIAL,  
SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT**

Établissement	Oui	Non	Je ne sais pas	Pas de réponse	Total
CRID	43 (69,4%)	14 (22,6%)	4 (6,5%)	1 (1,6%)	62 (100%)
CDD	8 (8,1%)	75 (75,8%)	16 (16,2%)	0	99 (100%)
CSSS	12 (35,3%)	15 (44,1%)	7 (20,6%)	0	34 (100%)

Tableau 15.

**MANQUE D'HABILETÉ À OFFRIR LE SOUTIEN SOCIAL  
AUX FEMMES AYANT UN HANDICAP PHYSIQUE OU  
INTELLECTUEL**

Soutien	Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Ne s'applique pas	Pas de réponse	Total
Émotif	87 (46,8%)	47 (25,3%)	15 (8,1%)	4 (2,2%)	28 (15,1%)	5 (2,7%)	186 (100%)
Informatif	83 (44,6%)	54 (29%)	13 (7%)	9 (4,8%)	22 (11,8%)	5 (2,7%)	186 (100%)

**Tableau 15.1.****MANQUE D'HABILITÉ À OFFRIR LE SOUTIEN ÉMOTIF AUX FEMMES AYANT UN HANDICAP PHYSIQUE OU INTELLECTUEL, SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT**

Établissement	Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Ne s'applique pas	Pas de réponse	Total
CRID	29 (46,8%)	15 (24,2%)	5 (8,1%)	2 (3,2%)	9 (14,5%)	2 (3,2%)	62 (100%)
CDD	42 (42,4%)	27 (27,3%)	9 (9,1%)	3 (3,0%)	14 (14,1%)	4 (4,0%)	99 (100%)
CSSS	19 (55,9%)	8 (23,5%)	2 (5,9%)	0	5 (14,7%)	0	34 (100%)

**Tableau 15.2.****MANQUE D'HABILITÉ À OFFRIR LE SOUTIEN INFORMATIF AUX FEMMES AYANT UN HANDICAP PHYSIQUE OU INTELLECTUEL, SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT**

Établissement	Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Ne s'applique pas	Pas de réponse	Total
CRID	27 (43,5%)	21 (33,9%)	4 (6,5%)	3 (4,8%)	6 (9,7%)	1 (1,6%)	62 (100%)
CDD	45 (45,5%)	29 (29,3%)	8 (8,1%)	3 (3,0%)	9 (9,1%)	5 (5,0%)	99 (100%)
CSSS	13 (38,2%)	10 (29,4%)	3 (8,8%)	3 (8,8%)	5 (14,7%)	0	34 (100%)

**Tableau 16.****HABILITÉ À OFFRIR LE SOUTIEN SOCIAL AUX FEMMES DES COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES**

Soutien	Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Ne s'applique pas	Pas de réponse	Total
Émotif	16 (8,6%)	39 (21%)	73 (39,2%)	38 (20,4%)	18 (9,7%)	2 (1,1%)	186 (100%)
Informatif	12 (6,5%)	36 (19,4%)	81 (43,5%)	42 (22,6%)	14 (7,5%)	1 (0,5%)	186 (100%)

Tableau 16.1.

**HABILETÉ À OFFRIR LE SOUTIEN ÉMOTIF AUX FEMMES DES COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES, SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT**

Établis- sement	Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Ne s'applique pas	Pas de réponse	Total
CRID	3 (4,8%)	11 (17,7%)	29 (46,8%)	14 (22,6%)	4 (6,5%)	1 (1,6%)	62 (100%)
CDD	11 (11,1%)	22 (22,2%)	36 (36,4%)	19 (19,2%)	11 (11,1%)	0	99 (100%)
CSSS	3 (8,8%)	8 (23,5%)	12 (35,4%)	6 (17,6%)	4 (11,8%)	1 (2,9%)	34 (100%)

Tableau 16.2.

**HABILETÉ À OFFRIR LE SOUTIEN INFORMATIF AUX FEMMES DES COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES, SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT**

Établis- sement	Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Ne s'applique pas	Pas de réponse	Total
CRID	1 (1,6%)	10 (16,1%)	33 (53,2%)	17 (27,4%)	1 (1,6%)	0	62 (100%)
CDD	9 (9,1%)	20 (20,2%)	41 (41,4%)	21 (21,2%)	8 (8,1%)	0	99 (100%)
CSSS	3 (8,8%)	8 (23,5%)	12 (35,3%)	5 (14,7%)	5 (14,7%)	1 (2,9%)	34 (100%)

Tableau 17.

**FORMATION EN MATIÈRE DE SOUTIEN À OFFRIR AUX PARTICIPANTES AU PQDCS**

Formation	Oui	Non	Pas de réponse	Total
	67 (36%)	119 (64%)	0	186 (100%)

**Tableau 17.1.****FORMATION(S) SPÉCIFIQUE(S) EN MATIÈRE DE SOUTIEN**

Formation	Oui	Non	Pas de réponse	Total
PQDCS	42 (22,6%)	132 (71%)	12 (6,5%)	186 (100%)
Intervention en contexte interculturel	11 (5,9%)	164 (88,2%)	11 (5,9%)	186 (100%)
Autre(s) formation(s)	37 (19,9%)	136 (73,1%)	13 (7%)	186 (100%)

**Tableau 17.2.****PERSONNEL DES CRID ET LA FORMATION DU PQDCS**

Types d'emploi	Oui	Non	Pas de réponse	Total
Commis/accueil, rdv	1 (16,7%)	5 (83,3%)		6 (100%)
Infirmière	1 (16,7%)	3 (50%)	2 (33,3%)	6 (100%)
Technologue	10 (52,6%)	7 (36,8%)	2 (10,5%)	19 (100%)
Radiologiste	1 (7,7%)	12 (92,3%)		13 (100%)
Autres			1 (100%)	1 (100%)
Médecin	3 (23%)	10 (77%)		13 (100%)
Secr. Admin.	1 (50%)	1 (50%)		2 (100%)
Trav. Soc.		1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)
<b>Total</b>	<b>17 (27,4%)</b>	<b>39 (62,9%)</b>	<b>6 (9,7%)</b>	<b>62 (100%)</b>

**Tableau 17.3.****PERSONNEL DES CDD ET LA FORMATION DU PQDCS**

Types d'emploi	Oui	Non	Pas réponse	Total
Réceptionniste		13 (100%)		13 (100%)
Commis/accueil, rdv	1 (5,3%)	18 (94,7%)		19 (100%)
Technologue	17 (35,4%)	28 (58,3%)	3 (6,3%)	48 (100%)
Radiologiste	2 (11,8%)	15 (88,2%)		17 (100%)
Médecin		1 (100%)		1 (100%)
Secr. Admin.		1 (100%)		1 (100%)
<b>Total</b>	<b>20 (20,2%)</b>	<b>76 (76,8%)</b>	<b>3 (3,0%)</b>	<b>99 (100%)</b>

Tableau 17.4.

## PERSONNEL DES CSSS ET LA FORMATION DU PQDCS

Types d'emploi	Oui	Non	Pas de réponse	Total
Infirmière	5 (15,1%)	25 (75,8%)	3 (9,1%)	33 (100%)
Autre		1 (100%)		1 (100%)
<b>Total</b>	<b>5 (14,7%)</b>	<b>26 (76,5%)</b>	<b>3 (8,8%)</b>	<b>34 (100%)</b>

Tableau 17.5.

## PERSONNEL DES CRID ET LA FORMATION D'INTERVENTION EN CONTEXTE INTERCULTUREL

Types d'emploi	Oui	Non	Pas de réponse	Total
Commis/accueil, rdv		6 (100%)		6 (100%)
Infirmière	1 (16,7%)	4 (66,6%)	1 (16,7%)	6 (100%)
Technologue	2 (10,5%)	15 (78,9%)	2 (10,5%)	19 (100%)
Radiologiste	1 (7,7%)	12 (92,3%)		13 (100%)
Autres			1 (100%)	1 (100%)
Médecin		13 (100%)		13 (100%)
Secr. Admin.		2 (100%)		2 (100%)
Trav. Soc.		1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)
<b>Total</b>	<b>4 (6,5%)</b>	<b>53 (85,5%)</b>	<b>5 (8,1%)</b>	<b>62 (100%)</b>

**Tableau 17.6.**

**PERSONNEL DES CDD ET LA FORMATION  
D'INTERVENTION EN CONTEXTE INTERCULTUREL**

Types d'emploi	Oui	Non	Pas réponse	Total
Réceptionniste		13 (100%)		13 (100%)
Commis/accueil, rdv	1 (5,3%)	17 (89,4%)	1 (5,3%)	19 (100%)
Technologue	2 (4,2%)	42 (87,5%)	4 (8,3%)	48 (100%)
Radiologiste		17 (100%)		17 (100%)
Médecin		1 (100%)		1 (100%)
Secr. Admin.		1 (100%)		1 (100%)
<b>Total</b>	<b>3 (3,0%)</b>	<b>91 (91,9%)</b>	<b>5 (5,1%)</b>	<b>99 (100%)</b>

**Tableau 17.7.**

**PERSONNEL DES CSSS ET LA FORMATION  
D'INTERVENTION EN CONTEXTE INTERCULTUREL**

Types d'emploi	Oui	Non	Pas de réponse	Total
Infirmière	2 (6,1%)	29 (87,9%)	2 (6,1%)	33 (100%)
Autre		1 (100%)		1 (100%)
<b>Total</b>	<b>2 (6,1%)</b>	<b>30 (88,2%)</b>	<b>6 (6,1%)</b>	<b>34 (100%)</b>

**Tableau 18.**

**TEMPS DISPONIBLE POUR OFFRIR LE SOUTIEN SOCIAL  
AUX PARTICIPANTES AU PQDCS**

Temps	Pas du tout	Un peu	Suffisamment	Ne s'applique pas	Pas de réponse	Total
	22 (11,8%)	102 (54,8%)	56 (30,1%)	5 (2,7%)	1 (0,5%)	186 (100%)



**Tableau 18.1.****TEMPS DISPONIBLE POUR OFFRIR LE SOUTIEN SOCIAL, SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT**

Établissement	Pas du tout	Un peu	Suffisamment	Ne s'applique pas	Pas de réponse	Total
CRID	4 (6,5%)	34 (54,8%)	22 (35,5%)	1 (1,6%)	1 (1,6%)	62 (100%)
CDD	18 (18,2%)	52 (52,5%)	28 (28,3%)	1 (1%)	0	99 (100%)
CSSS	1 (2,9%)	22 (64,7%)	8 (23,6%)	3 (8,8%)	0	34 (100%)

**Tableau 18.2.****PERSONNEL DES CRID ET LE TEMPS DISPONIBLE POUR OFFRIR LE SOUTIEN SOCIAL**

Type d'emploi	Pas du tout	Un peu	Suffisamment	Ne s'applique pas	Pas de réponse	Total
Commis/ accueil, rdv	1 (16,7%)	3 (50%)	-	1 (16,7%)	1 (16,7%)	6 (100%)
Infirmière		3 (50%)	3 (50%)	-		6 (100%)
Technologue	2 (10,5%)	8 (42,1%)	9 (47,4%)	-		19 (100%)
Radiologiste	1 (7,7%)	9 (69,2%)	3 (23,1%)	-		13 (100%)
Autre	-	-	1 (100%)	-		1 (100%)
Médecin		9 (69,2%)	4 (30,8%)			13 (100%)
Secr. Admin.		2 (100%)				2 (100%)
Trav. Soc.			2 (100%)			2 (100%)
<b>Total</b>	<b>4 (6,5%)</b>	<b>34 (54,8%)</b>	<b>22 (35,5%)</b>	<b>1 (1,6%)</b>	<b>1 (1,6%)</b>	<b>62 (100%)</b>

Tableau 18.3.

PERSONNEL DES CDD ET LE TEMPS DISPONIBLE  
POUR OFFRIR LE SOUTIEN SOCIAL

Emploi	Pas du tout	Un peu	Suffisamment	Ne s'applique pas	Total
Réceptionniste	4 (30,8%)	6 (46,1%)	3 (23,1%)	-	13 (100%)
Commis/accueil, rdv	2 (10,5%)	8 (42,1%)	9 (47,4%)	-	19 (100%)
Technologue	9 (18,8%)	27(56,2%)	11 (22,9%)	1 (2,1%)	48 (100%)
Radiologiste	3 (17,6%)	9 (53%)	5 (29,4%)	-	17 (100%)
Médecin		1 (100%)			1 (100%)
Secr. Admin.		1 (100%)			1 (100%)
<b>Total</b>	<b>18 (18,2%)</b>	<b>52 (52,5%)</b>	<b>28 (28,3%)</b>	<b>1 (1%)</b>	<b>99 (100%)</b>

Tableau 18.4.

PERSONNEL DES CSSS ET LE TEMPS DISPONIBLE  
POUR OFFRIR LE SOUTIEN SOCIAL

Emploi	Pas du tout	Un peu	Suffisamment	Ne s'applique pas	Total
Infirmière	1 (3,1%)	22 (66,6%)	7 (21,2%)	3 (9,1%)	33 (100%)
Autre			1 (100%)		1 (100%)
<b>Total</b>	<b>1 (2,9%)</b>	<b>22 (64,7%)</b>	<b>8 (23,5%)</b>	<b>3 (8,8%)</b>	<b>34 (100%)</b>

Tableau 19.

LIEUX PROPICES POUR OFFRIR LE SOUTIEN  
AUX PARTICIPANTES AU PQDCS

Lieux propices pour offrir le soutien	Oui	Non	Pas de réponse	Total
	128 (68,8%)	52 (28%)	6 (3,2%)	186 (100%)

**Tableau 19.1.****LIEUX PROPICES POUR OFFRIR LE SOUTIEN AUX PARTICIPANTES AU PQDCS, SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT**

Établissement	Oui	Non	Pas de réponse	Total
CRID	45 (72,6%)	17 (27,4%)	0	62 (100%)
CDD	59 (59,6%)	34 (34,3%)	6 (6,1%)	99 (100%)
CSSS	25 (73,5%)	9 (26,5%)	0	34 (100%)

**Tableau 20.****OUTILS FACILITANT LE SOUTIEN DES PARTICIPANTES AU PQDCS**

Disponibilité des outils	Oui	Non	Ne s'applique pas	Pas de réponse	Total
	122 (65,6%)	57 (30,6%)	3 (1,6%)	4 (2,2%)	186 (100%)

**Tableau 20.1.****OUTILS FACILITANT LE SOUTIEN DES PARTICIPANTES AU PQDCS**

Outils	Oui	Non	Pas de réponse	Total
Brochures	110 (59,1%)	66 (35,5%)	10 (5,4%)	186 (100%)
Grille d'évaluation de l'anxiété	10 (5,4%)	154 (82,8%)	22 (11,8%)	186 (100%)
Protocole d'intervention auprès de l'ensemble des femmes	25 (13,4%)	139 (74,7%)	22 (11,8%)	186 (100%)
Protocole d'intervention auprès des femmes ayant des besoins spécifiques	41 (22%)	126 (67,7%)	19 (10,2%)	186 (100%)
Autres	5 (2,7%)	108 (58,1%)	73 (39,2%)	186 (100%)

**Tableau 20.2.**

**DISPONIBILITÉ D'OUTILS FACILITANT LE SOUTIEN DES PARTICIPANTES (CRID)**

Outils	Oui	Non	Pas de réponse	Total
Brochures	31 (50%)	23 (37,1%)	8 (12,9%)	62 (100%)
Grille évaluation de l'anxiété	6 (9,7%)	46 (74,2%)	10 (16,1%)	62 (100%)
Protocole pour l'ensemble des femmes	12 (19,4%)	38 (61,3%)	12 (19,4%)	62 (100%)
Protocole pour besoins spécifiques	16 (25,8%)	37 (59,7%)	9 (14,5%)	62 (100%)
Autres	3 (4,8%)	31 (50%)	28 (45,2%)	62 (100%)

**Tableau 20.3.**

**DISPONIBILITÉ D'OUTILS FACILITANT LE SOUTIEN DES PARTICIPANTES (CDD)**

Outils	Oui	Non	Pas de réponse	Total
Brochures	69 (69,7%)	29 (29,3%)	1 (1%)	99 (100%)
Grille évaluation de l'anxiété	3 (3,0%)	87 (87,9%)	9 (9,1%)	99 (100%)
Protocole pour l'ensemble des femmes	12 (12,1%)	78 (78,8%)	9 (9,1%)	99 (100%)
Protocole pour besoins spécifiques	23 (23,2%)	67 (67,7%)	9 (9,1%)	99 (100%)
Autres	0	62 (62,6%)	37 (37,4%)	99 (100%)

**Tableau 20.4.****DISPONIBILITÉ D'OUTILS FACILITANT LE SOUTIEN DES PARTICIPANTES (CSSS)**

Outils	Oui	Non	Pas de réponse	Total
Brochures	15 (44,1%)	18 (52,9%)	1 (2,9%)	34 (100%)
Grille évaluation de l'anxiété	2 (5,9%)	30 (88,2%)	2 (5,9%)	34 (100%)
Protocole pour l'ensemble des femmes	3 (8,8%)	30 (88,2%)	1 (2,9%)	34 (100%)
Protocole pour besoins spécifiques	1 (2,9%)	31 (91,2%)	2 (5,9%)	34 (100%)
Autres	2 (5,9%)	21 (61,8%)	11 (32,4%)	62 (100%)

**Tableau 21.****OUTIL(S) DÉVELOPPÉ(S) POUR FACILITER LE SOUTIEN DES PARTICIPANTES AU PQDCS**

Outil(s) développé(s)	Oui	Non	Pas de réponse	Total
	48 (25,8%)	134 (72%)	4 (2,2%)	186 (100%)

**Tableau 21.1.****OUTIL(S) DÉVELOPPÉ(S) POUR FACILITER LE SOUTIEN DES PARTICIPANTES (CRID)**

Outil(s) développé(s)	Oui	Non	Pas de réponse	Total
	21 (33,9%)	38 (61,3%)	3 (4,8%)	62 (100%)

**Tableau 21.2.**

**OUTIL(S) DÉVELOPPÉ(S) POUR FACILITER  
LE SOUTIEN DES PARTICIPANTES (CDD)**

Outil(s) développé(s)	Oui	Non	Pas de réponse	Total
	18 (18,2%)	81 (81,8%)	0	99 (100%)

**Tableau 21.3.**

**OUTIL(S) DÉVELOPPÉ(S) POUR FACILITER  
LE SOUTIEN DES PARTICIPANTES (CSSS)**

Outil(s) développé(s)	Oui	Non	Pas de réponse	Total
	10 (29,4%)	24 (70,6%)	0	34 (100%)

**Tableau 22.**

**RESSOURCES POUVANT AIDER À SOUTENIR  
LES PARTICIPANTES AU PQDCS**

	Oui	Non	Pas de réponse	Total
Sur le plan émotif	65 (34,9%)	120 (64,5%)	1 (0,5%)	186 (100%)
Sur le plan informatif	91 (48,9%)	90 (48,4%)	2 (2,7%)	186 (100%)

**Tableau 22.1.**

**RESSOURCES POUVANT AIDER À SOUTENIR  
LES PARTICIPANTES (CRID)**

	Oui	Non	Pas de réponse	Total
Sur le plan émotif	39 (62,9%)	23 (37,1%)	0	62 (100%)
Sur le plan informatif	40 (64,5%)	20 (32,3%)	2 (3,2%)	62 (100%)

**Tableau 22.2.****RESSOURCES POUVANT AIDER À SOUTENIR  
LES PARTICIPANTES (CDD)**

	Oui	Non	Pas de réponse	Total
Sur le plan émotif	17 (17,2%)	82 (82,8%)	0	99 (100%)
Sur le plan informatif	36 (36,4%)	61 (61,6%)	2 (2,0%)	99 (100%)

**Tableau 22.3.****RESSOURCES POUVANT AIDER À SOUTENIR  
LES PARTICIPANTES (CSSS)**

	Oui	Non	Pas de réponse	Total
Sur le plan émotif	14 (41,2%)	20 (58,8%)	0	34 (100%)
Sur le plan informatif	16 (47,1%)	16 (47,1%)	2 (5,9%)	34 (100%)

**Tableau 23.****RESSOURCE À QUI RÉFÉRER LES PARTICIPANTES  
AU PQDCS**

Connaissance du nom d'une ressource	Oui	Non	Pas de réponse	Total
	83 (44,6%)	100 (53,8%)	3 (1,6%)	186 (100%)

**Tableau 23.1.****RESSOURCE À QUI RÉFÉRER LES PARTICIPANTES,  
SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT**

Établissement	Oui	Non	Pas de réponse	Total
CRID	40 (64,5%)	20 (32,3%)	2 (3,2%)	62 (100%)
CDD	32 (32,3%)	66 (66,7%)	1 (1,0%)	99 (100%)
CSSS	14 (41,2%)	19 (55,9%)	1 (2,9%)	34 (100%)

**Tableau 23.2.**

**RESSOURCE À QUI RÉFÉRER LES PARTICIPANTES (CDD)**

Emploi	Oui	Non	Pas de réponse	Total
Réceptionniste	3 (23,1%)	10 (76,9%)	0	13 (100%)
Commis/accueil, rdv	8 (42,1%)	11 (57,9%)		19 (100%)
Technologue	13 (27,1%)	35 (72,9%)		48 (100%)
Radiologiste	7 (41,2%)	9 (52,9%)	1 (5,9%)	17 (100%)
Médecin		1 (100%)		1 (100%)
Secr. Admin.	1 (100%)			1 (100%)
<b>Total</b>	<b>32 (32,3%)</b>	<b>66 (66,7%)</b>	<b>1 (1,0%)</b>	<b>99 (100%)</b>

**Tableau 24.**

**ENTENTE AVEC DES RESSOURCES EXTÉRIEURES  
À QUI RÉFÉRER LES PARTICIPANTES AU PQDCS**

Connaissance d'une entente	Oui	Non	Je ne sais pas	Pas de réponse	Total
	36 (19,4%)	54 (29%)	90 (48,4%)	6 (3,2%)	186 (100%)

**Tableau 24.1.**

**ENTENTE AVEC DES RESSOURCES EXTÉRIEURES,  
SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT**

Établissement	Oui	Non	Je ne sais pas	Pas de réponse	Total
CRID	12 (19,3%)	18 (29%)	28 (45,2%)	4 (6,5%)	62 (100%)
CDD	23 (23,2%)	29 (29,3%)	44 (44,4%)	3 (3,0%)	99 (100%)
CSSS	3 (8,8%)	11 (32,4%)	20 (58,8%)	0	34 (100%)



# A N N E X E I V

## Glossaire



## GLOSSAIRE

Les entrées de ce glossaire sont extraites de :

Welch, H. Gilbert (2005). *Dois-je me faire tester pour le cancer? Peut-être pas et voici pourquoi*. Saint-Nicholas : Les Presses de l'Université Laval, traduit de l'anglais par Fernand Turcotte, p. 228-230.

Delamare, Jacques (2000). *Dictionnaire des termes de médecine*. Paris : Éditions Maloine, 26ème édition, p. 415.

Site Internet du PQDCS : <http://www.pqdcgouv.qc.ca/sujets/santepub/pqdcg/index.php?accueil>

### **Behaviorale**

Approche en psychologie fondée sur l'étude du comportement humain.

### **Biopsie**

Procédure de prélèvement d'un échantillon de tissu pour le faire examiner au microscope par une ou un pathologiste. On peut prélever l'échantillon avec une aiguille (biopsie à l'aiguille) ou avec un bistouri (biopsie-exérèse). Voir cytoponction.

### **Biopsie à l'aiguille fine ou cytoponction**

Prélèvement de cellules au moyen d'une aiguille fine à l'endroit où on palpe une lésion dans le sein.

### **Biopsie au trocart**

Prélèvement de tissus au moyen d'une aiguille plus grosse dans une lésion du sein.

### **Biopsie stéréoguidée ou stéréotaxique**

Acte permettant de placer un fil dans une lésion non palpable, grâce à l'assistance d'un ordinateur. Ce fil sert de guide pour faire un prélèvement chirurgical à l'endroit très précis où se situe la lésion.

### **Cancer**

Dans le langage courant, tumeur cellulaire dont l'évolution naturelle est fatale. En pratique, c'est un diagnostic fondé sur la forme et la taille d'une cellule donnée ou sur l'architecture d'un ensemble de cellules.

**Cancer d'intervalle**

Cancer qui apparaît pendant l'intervalle séparant deux tests de dépistage. Ces cancers ont tendance à être envahissants et à évoluer très rapidement.

**Carcinome in situ**

Cancer encore limité aux cellules où il est apparu et qui n'a pas commencé à infiltrer les tissus adjacents.

**CDD**

Centre de dépistage désigné.

**CRID**

Centres de référence pour investigation désignés

**DCIS**

« Cancer canalaire in situ », une forme de cancer microscopique du sein confinée aux canaux lactés de l'organe.

**Faux positif**

Résultat d'un test qui suggère à tort la présence d'un cancer. Aussi connu sous l'expression « panique au cancer ».

**Holistique**

Approche qui considère l'ensemble des facteurs (émotifs, psychologiques, sociaux, génétiques, etc.) qui affectent une personne.

**Iatrogène ou iatrogénique**

Qui est provoqué par les médecins ou par un procédé thérapeutique.

**Incidence**

Taux de nouveaux cas de cancer dans une population : habituellement spécifié pour un cancer précis, par exemple, le taux d'incidence du cancer du sein.

**Mammographie**

Examen radiologique du sein. Elle est utilisée tant comme instrument de dépistage auprès de femmes n'ayant aucun symptôme de cancer que comme instrument diagnostique auprès de femmes (et d'hommes) ayant une bosse au sein.

**Nulliparité**

État d'une femme qui n'a jamais accouché.

**Pathologiste**

Médecin spécialisé-e dans l'examen microscopique des tissus et qui pose habituellement le diagnostic de cancer.

**PPP**

Partenariats public-privé.