

# Enquête nationale auprès des Canadiennes: pratiques, influences et satisfaction en matière de santé du sein

Par Lynnette Leeseberg Stamler, Barbara Thomas,  
Kathryn Lafreniere et Jennifer Out

## Abrégé

Une enquête antérieure réalisée auprès de plus de 900 femmes travaillant dans l'industrie automobile locale avait permis de déterminer plusieurs influences et préférences en matière de dépistage du cancer du sein. La présente étude visait à étendre la population de l'enquête à l'ensemble des femmes du Canada et à déterminer la satisfaction de ces dernières vis-à-vis des programmes organisés (gouvernementaux) de dépistage mammaire au sein de leur zone géographique. À l'aide d'un système d'appel aléatoire, on a interviewé 1224 femmes de 25 ans et plus, en français ou en anglais, et leurs réponses ont été saisies dans un système d'ITAO. Les intervieweuses utilisaient une version modifiée de *Health Care Practices: A Worksite Survey* [Pratiques de santé : enquête sur le lieu de travail]. On a effectué une analyse des résultats par âge et par région géographique. Les résultats rejoignaient ceux d'études locales antérieures et témoignaient de la grande satisfaction envers les services organisés de dépistage du cancer du sein, mais aussi de la faible utilisation qu'en font les clientes potentielles qui les connaissent mal.

Le cancer du sein reste l'une des principales causes de décès chez les femmes du Canada et la première cause d'années-personnes de vie perdues (Law, Morris et Wald, 1999). Avant les récentes recommandations (Baxter, 2001), un programme complet de dépistage du cancer du sein pour femmes adultes comprenait un auto-examen des seins (AES), un examen clinique des seins (ECS) et une mammographie pour certaines populations, quoique l'efficacité de chacune des modalités de dépistage continue de faire l'objet de controverses (Ku, 2001; Nekhlyudov et Fletcher, 2001; Ringash, 2001). Ces stratégies existent depuis de nombreuses années, mais la participation des femmes aux programmes de dépistage du cancer du sein continue de laisser à désirer (Maxwell, Kozak, Desjardins-Denault et Parboosingh, 1997). Une enquête antérieure auprès de 900 femmes de l'industrie automobile locale a permis de déterminer plusieurs influences et préférences en matière de dépistage du cancer du sein (Stamler, Thomas et Lafreniere, 2000). La présente étude visait à étendre l'enquête à l'ensemble des femmes du Canada et à déterminer la satisfaction de ces dernières vis-à-vis des programmes organisés (gouvernementaux) de dépistage dans leur région géographique.

## Recension de la littérature

Il existe une masse importante d'écrits sur la santé qui abordent divers aspects du dépistage du cancer du sein. Cependant, sur le plan individuel, c'est bien la décision de participation de chaque personne

qui marque le début du dépistage du cancer du sein. La recension des écrits s'est donc limitée aux études récentes qui examinaient les facteurs et les interventions influençant la participation à l'une ou à l'autre des modalités de dépistage. Les équipes de recherche ont étudié des groupes d'âges variés et leurs taux de participation (Clark, Sauter et Kotecki, 2000; DeGrasse, O'Connor, Perrault, Aitken et Joannis, 1996; Foxall, Barron et Houfek, 2001; Yarbrough et Braden, 2001). En plus d'examiner des groupes ethniques particuliers (p. ex. Abdullah et Leung, 2001; Akrigg, 2001; Guiliano, Papenfuss, deZapien, Tilousi et Nuvayestewa, 1998; Han, Williams et Harrison, 2000; Phillips, Cohen et Tarzian, 2001), des comparaisons ont été faites entre divers groupes (p. ex. Foxall et al., 2001; Ramirez et al., 2000).

George (2000) a dégagé et défini les influences spécifiques dans les écrits entre 1989 et 1996 et ce, pour chacune des modalités de dépistage. Les influences primaires incluaient la présence ou l'absence de référence (à la mammographie) par un soignant (médecin), les connaissances et les attitudes (mammographie et AES), l'âge, la pauvreté et la race (mammographie et ECS) ainsi que les influences sociales (AES). Des recherches plus récentes viennent appuyer ces conclusions, en soulignant l'importance particulière des croyances, des attitudes et des valeurs du groupe cible (Choudhry, Srivastava et Fitch, 1998; Dibble, Vanoni et Miaskowski, 1997; Rashidi et Rajaram, 2000; Sortet et Banks, 1997) ainsi que des déterminants fondamentaux de la santé (Facione et Katapodi, 2000; Maxwell et al., 1997). En outre, Ahmad, Stewart, Cameron et Hyman (2001) ont découvert que, aux dires des patientes, le sexe du ou de la professionnel(le) de la santé influençait les taux de participation au dépistage relativement aux tests de Papanicolaou et d'ECS effectués par des médecins ruraux. Les stratégies visant à rehausser la participation incluaient l'utilisation de conseillères non professionnelles (Burhansstipanov, Dignan, Bad Wound, Tenney et Vigil, 2000), la dispensation de l'enseignement dans les magasins d'alimentation (Sadler et al., 2000) et dans le cadre de feuillets télévisés interactifs (Jibaja et al., 2000).

Lynnette Leeseberg Stamler, RN, PhD, est professeure agrégée et directrice du Programme conjoint de B.Sc.inf., Université Nipissing, North Bay, Ontario.

Barbara Thomas, RN, EdDt, est professeure, Faculté des Sciences infirmières, Université de Windsor, Windsor, Ontario.

Kathryn Lafreniere, PhD, est professeure agrégée, Dép. de Psychologie, Université de Windsor, Windsor, Ontario.

Jennifer Out, MA, Dép. de Psychologie, Université de Windsor, Windsor, Ontario.

Aucune étude n'a été trouvée combinant un échantillon aléatoire national, l'emploi d'un questionnaire ciblant la santé des seins pour l'ensemble des modalités de dépistage, la comparaison des âges et des régions géographiques et l'inclusion de questions abordant les perceptions des femmes relativement à la disponibilité des programmes de dépistage organisés et leur satisfaction vis-à-vis de ces derniers. Il en ressort que cette étude tire parti de travaux antérieurs et que ses résultats sont d'une plus grande généralisation.

## Méthodologie

On a réparti les 10 provinces du Canada en cinq régions à valeur pondérée – Colombie-Britannique, Prairies (Alberta, Saskatchewan et Manitoba), Ontario, Québec, région atlantique (Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince Édouard et Terre-Neuve). On a rejoint des femmes par le biais d'un système d'appel aléatoire fonctionnant selon les codes régionaux. On invitait la participation d'une femme dans chaque foyer et l'entretien était animé par une intervieweuse, en français ou en anglais.

Près de la moitié (49,5 %) des participantes ont répondu en l'espace d'un ou de deux appels et 19,6 % des entrevues ont été réalisés en français. Les réponses étaient directement saisies dans un programme d'interviews téléphoniques assistés par ordinateur (ITAO) qui indiquaient spontanément de nouvelles questions aux intervieweuses, afin de limiter les erreurs de saisie des données.

Une limite d'âge de 25 ans et plus a été établie étant donné certaines questions demandaient aux femmes de faire des commentaires sur tout changement relatif aux possibilités de dépistage du cancer du sein offertes dans leur région géographique au cours des cinq dernières années. On a exclu les femmes qui avaient été diagnostiquées d'un cancer du sein pour deux raisons: 1) le diagnostic pourrait influencer sur les perceptions de ces femmes; 2) au Canada, les femmes diagnostiquées d'un cancer du sein ont tendance à subir des tests de dépistage diagnostique supplémentaires dans des centres de cancer plutôt que dans le cadre de programmes organisés de dépistage public. Selon un sondage effectué en 1997, la population de Canadiennes de 25 ans et plus qui utilisent l'anglais ou le français comme langue au foyer atteignait entre neuf et 10 millions dans les 10 provinces du Canada (excluant donc les territoires), (Statistique Canada, 2000). Un échantillon de 1100 personnes se traduit par un intervalle de confiance de 3 % au niveau de confiance de 95 % pour une population de 10 millions, tandis qu'un échantillon de 1500 donne un intervalle de confiance de 2,5 % à ce même niveau de confiance. Ainsi, la taille d'échantillon visée se situait donc entre 1100 et 1500 femmes et donnait un niveau de confiance de 95 % que les réponses des répondantes seraient exactes à + ou - 3 % près.

## Échantillon

L'échantillon de 1224 femmes se répartissait ainsi: 10 % issues de la Colombie-Britannique, 28 % des Prairies, 25 % de l'Ontario, 20 % du Québec et 17 % de la région atlantique. Il était d'une taille suffisante pour représenter la population cible avec un taux d'exactitude situé à l'intérieur de 2,8 pour cent, 95 fois sur 100. La distribution correspondait aux profils de densité de la population, mais elle ne comprenait pas de femmes du Yukon, du Nunavut ni des Territoires du Nord-Ouest, ni de femmes qui ne parlaient ni l'anglais ni le français, ni de femmes qui ne pouvaient pas être jointes par téléphone. À l'intérieur d'un intervalle d'âge de 26 à 94 ans, 41 % des répondantes avaient 50 ans ou plus et 49 d'elles (4 %) avaient 80 ans ou plus. Quatre pour cent rapportaient une éducation élémentaire ou moins tandis que 21 % d'elles avaient obtenu un baccalauréat ou poursuivi des études d'un niveau supérieur. Soixante-cinq pour cent des femmes de

l'échantillon étaient mariées et 41,4 % des participantes signalaient qu'elles travaillaient à plein temps. Treize pour cent déclaraient être des femmes au foyer et 90 % être de race blanche. Cinquante-huit pour cent signalaient un revenu familial. Parmi ces dernières, 22,4 % rapportaient un revenu familial <20 000 \$ et 9,9 % un revenu >90 000 \$. Le revenu modal se situait entre 20 000 et 30 000 \$.

Presque un quart des répondantes (24,9 %) rapportaient qu'un membre de la famille avait été diagnostiqué du cancer du sein [mère (24,3 %), tante (32,3 %), grand-mère (20,3 %) et sœur (13,3 %)]. Pour 30,3 % d'elles, le diagnostic de cancer du sein concernait plus d'un membre de la famille. Presque 10 % des femmes de l'échantillon avaient subi une biopsie du sein.

## Instrument

L'instrument utilisé était une modification du **Health Care Practices: A Worksite Survey** (Kurtz, Given, Given et Kurtz, 1993) qui avait servi dans une étude réalisée auprès de femmes dans plusieurs milieux de travail. Pour ce qui est de l'étude portant sur l'industrie automobile, les modifications faites avec le consentement des auteurs incluaient la modification du format des questions et la transformation de quelques-unes des questions afin qu'elles reflètent mieux le contexte canadien (p. ex. on a modifié la question relative à l'origine ethnique afin de refléter la diversité culturelle canadienne). Pour cette étude, on a récrit les questions afin qu'elles conviennent à l'usage verbal (téléphonique). Dix questions sur les connaissances des femmes relatives aux programmes organisés de dépistage du cancer du sein dans leur région géographique, à l'utilisation qu'elles en faisaient et à la satisfaction qu'elles en avaient ont également été ajoutées.

## Analyse des données

Les questions de l'enquête étaient avant tout catégoriques et elles produisaient des données nominales pour la plupart des variables. L'âge était saisi en tant que variable continue, puis il a été réparti en deux catégories, celle des "moins de 50 ans" et celle des "50 ans et plus." La province de résidence pour les dix provinces a été saisie avant de ventiler les données selon les catégories suivantes: Colombie-Britannique, Prairies, Ontario, Québec et provinces de l'Atlantique. En ce qui concerne la démographie et les variables liées à la santé, la statistique descriptive rapportait des fréquences et des pourcentages. Les questions de l'enquête ont été comparées sur la base des deux catégories d'âge et des cinq catégories régionales au moyen d'analyses du khi-carré.

## Résultats

### Réponses concernant l'état de santé général

Pour ce qui est de l'état de santé général, 32 % des femmes signalaient qu'elles avaient fumé à un moment ou à un autre de leur vie et 24,7 % rapportaient qu'elles fumaient à l'heure actuelle. Soixante-deux pour cent indiquaient qu'elles buvaient de l'alcool, seulement lors d'occasions spéciales. Cinquante pour cent avaient subi quatre ou plus examens physiques complets au cours des cinq dernières années. Alors que 52 % signalaient avoir subi quatre tests de Papanicolaou au cours des cinq dernières années, 10,3 % rapportaient en avoir subi trois, 12,8 % deux, 11,4 % un seul et 13,6 % n'en avoir subi aucun durant cette période. 37 % des femmes de l'échantillon signalaient des visites au dentiste qui dépassait la fréquence annuelle. Soixante-dix-neuf pour cent des femmes mangeaient des repas équilibrés presque chaque jour et 53,6 % participaient à des activités physiques presque quotidiennement.

### Influences sur la participation au dépistage du cancer du sein

Dans l'enquête, on signalait aux femmes que les questions suivantes portaient sur la famille, les amis et sur les facteurs pouvant influencer leurs décisions relatives au dépistage du cancer du sein."

Cette section de l'enquête renfermait des questions qui demandaient: "Veuillez me dire si l'une ou l'autre des personnes suivantes vous ont encouragée à (effectuer régulièrement l'AES, à demander un ECS, etc.) ou vous en ont découragée".

Un quart des répondantes (24,4 %) ont indiqué qu'elles croyaient être à risque élevé d'être atteintes du cancer du sein et 16,7 % ont identifié leur risque comme étant supérieur ou très supérieur à celui du reste de la population. Lorsqu'on leur a posé des questions sur le rapport entre l'âge et le risque d'être atteinte du cancer du sein, 55,8 % croyaient que l'âge ne faisait aucune différence. On a analysé les résultats liés au dépistage du cancer du sein en fonction de l'âge (<50/plus jeunes, 50+/plus âgées) et de la région. Près des trois-quarts des femmes de l'échantillon (72,3 %) ont signalé qu'on leur avait appris l'AES, mais ce chiffre est tombé à 70,4 % dans le cas des femmes plus âgées. Les femmes plus jeunes (86,9 %) étaient beaucoup plus susceptibles de rapporter qu'un médecin leur avait appris l'AES que les femmes de 50 ans et plus (77,4 %),  $\chi^2 (1, N = 857) = 13,13, p < 0,001$ . Pour les femmes, le médecin était la source la plus fréquente d'enseignement de l'AES tandis que les livrets didactiques d'auto-enseignement venaient en deuxième place. Les infirmières occupaient seulement la troisième place, loin derrière, pour ce qui est de l'enseignement de l'AES, quoique les femmes plus âgées (36,6 %) étaient sensiblement plus susceptibles d'indiquer avoir appris l'AES auprès d'une infirmière par rapport aux femmes de moins de 50 ans,  $\chi^2 (1, N = 844) = 19,97, p < 0,0001$ . Les résultats régionaux sont présentés à la figure un, et on y remarquera que l'enseignement effectué par les médecins est significativement plus bas dans la région atlantique,  $\chi^2 (4, N = 1190) = 19,33, p < 0,001$  et que l'enseignement par les infirmières est à son plus haut dans cette même région.

En ce qui concerne les pratiques actuelles relatives à l'AES, 72 % des femmes plus jeunes et 74,5 % des femmes plus âgées ont rapporté se livrer qu'occasionnellement à l'AES. Parmi elles, 62 % de chaque groupe disaient qu'elles effectuaient l'AES au moins une fois par mois. Comme on l'a mentionné auparavant, on demandait aux femmes d'indiquer qui les avait encouragées, découragées, ou n'avait pas abordé chacune des modalités de dépistage. Dans le cadre de cette étude et d'études précédentes, les chercheuses voyaient dans l'encouragement une source d'influence dans la prise de décision menant à la participation à chaque modalité de dépistage. Pour ce qui est de la modalité de dépistage de l'AES, le médecin représentait la plus forte des sources d'influence (74 % ont affirmé que les médecins les avaient encouragées). Les amis (46,6 % les avaient encouragées) et les membres de la famille (38,8 % les avaient encouragées) constituaient également des sources d'influence. Les femmes plus âgées (37,7 %) étaient sensiblement plus susceptibles de rapporter l'encouragement de leurs collègues de travail (par rapport à 31,4 % chez les plus jeunes femmes),  $\chi^2 (1, N = 931) = 3,80, p = 0,05$ . Les données régionales se trouvent à la figure deux et on y remarquera les faibles scores associés à l'encouragement prodigué par les infirmières.

Près de 84 % des femmes ont signalé avoir subi un ECS, 66,2% indiquant un ECS annuel. Plus de 90 % des ECS ont été effectués par des médecins et 54 % d'eux l'ont été par des hommes. Trente-huit pour cent des femmes avaient une préférence relativement au sexe de la personne effectuant leur ECS, et chez elles, presque 95 % préféraient que ce soit une femme. Lorsqu'on leur demandait si elles préféraient un médecin, une infirmière ou un(e) spécialiste en santé du sein, 81 % ont choisi un(e) spécialiste en santé du sein. Les médecins (71 % affirmaient qu'ils les encourageaient) restaient la plus grande source d'influence pour la pratique de

Figure un: Sources d'enseignement de l'auto-examen des seins par région (n=1224)

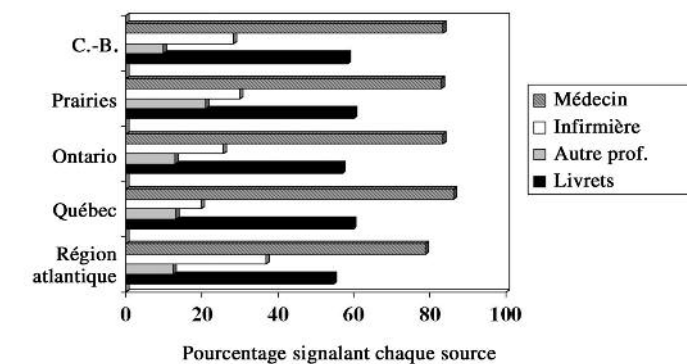


Figure deux: Personnes encourageant les femmes à pratiquer l'auto-examen des seins par région (n=1224)

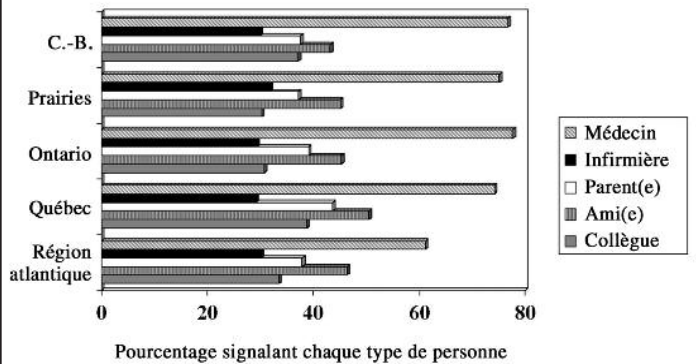


Figure trois: Personnes encourageant les femmes à subir un examen clinique des seins par région (n=1224)

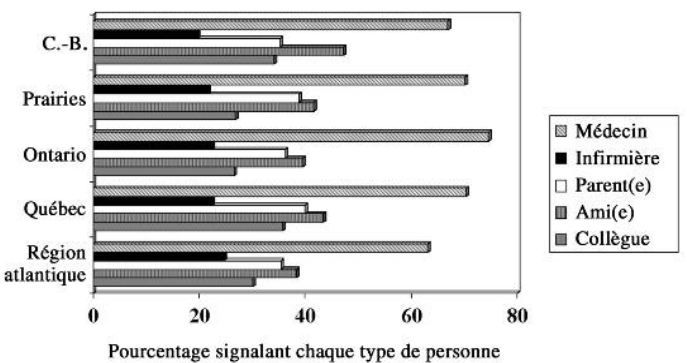
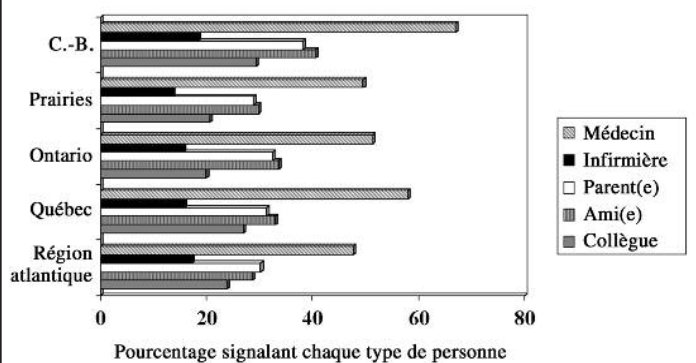


Figure quatre: Personnes encourageant les femmes à subir une mammographie par région (n=1224)





l'ECS, tandis que les amis (42 %) venaient en deuxième position. Ici encore, les femmes plus âgées (35,2 %) percevaient leurs collègues de travail comme étant de meilleures sources d'encouragement que chez les plus jeunes femmes (27,5 %),  $\chi^2(1, N = 893) = 5,64, p < 0,05$ . La figure trois montre que les infirmières sont perçues comme prodiguant le moins d'encouragement et ce, dans l'ensemble des régions géographiques.

La mammographie est la dernière modalité de dépistage que l'on a examinée. Légèrement plus de la moitié des répondantes (51 %) ont indiqué qu'elles avaient subi une mammographie, 40,4 % d'elles sur une base annuelle alors que 37,7 % signalaient subir une mammographie aux deux ans. Elles percevaient le médecin comme étant très encourageant (75 % des femmes de plus de 50 ans) et plus recevaient le plus d'encouragement de la part des médecins [ $\chi^2(1, N = 1084) = 196,26, p < 0,00001$ ], des infirmières [ $\chi^2(1, N = 1096) = 51,53, p < 0,00001$ ], de la famille [ $\chi^2(1, N = 1071) = 16,52, p < 0,0001$ ], des amies [ $\chi^2(1, N = 1058) = 38,63, p < 0,0001$ ] et des collègues de travail [ $\chi^2(1, N = 868) = 25,66, p < 0,0001$ ]. Lorsqu'on a examiné les influences relatives à la mammographie sous l'angle régional, le médecin était le plus encourageant pour les femmes de la C.-B. par rapport à celles des autres régions,  $\chi^2(1, N = 1106) = 15,00, p < 0,01$ , (Figure quatre). Dans l'ensemble, 81,4 % des femmes se déclaraient satisfaites du dépistage effectué par leur médecin. Il n'y avait que 4,7 % des répondantes qui estimaient que leur médecin ne leur fournissait aucun dépistage.

### Programmes de dépistage organisés

On a testé les connaissances des femmes relatives aux programmes de dépistage organisés dans leur région géographique. Quarante-neuf pour cent des femmes ont déclaré qu'elles avaient connaissance d'un programme de dépistage organisé, 35,7 % qu'elles n'étaient pas au courant d'un tel programme et 15,1 % ont dit qu'il n'y avait pas de programme dans leur région. Du point de vue régional, les femmes de la C.-B. (58,5 %) en étaient plus conscientes que les femmes des autres régions,  $\chi^2(8, N = 1220) = 24,86, p < 0,01$ . Les femmes de la région atlantique étaient plus susceptibles de déclarer "aucun programme de dépistage du cancer du sein" (19,5 %) tandis que le plus grand nombre de "Ne sais pas" émanait des femmes de l'Ontario (41,1 %).

On a posé des questions liées aux programmes de dépistage organisés à un sous-échantillon aléatoire (N=601). Parmi les répondantes, 36,6 % ont déclaré que le programme de leur région desservait tous les groupes d'âge, tandis qu'elles étaient 28,9 % à dire que le programme ne s'adressait qu'aux femmes de plus de 50 ans. Seulement 19,4 % ont signalé qu'elles avaient déjà fait appel au programme tandis que 25,7 % rapportaient qu'elles connaissaient un membre de la famille ou une amie qui y avait

participé. L'utilisation signalée était la plus élevée en C.-B. (28,6 %) et dans les Prairies (27,4 %) alors qu'elle était la plus basse au Québec avec 9,5 %. Les femmes devaient répondre à la question suivante: "Au moyen d'une échelle allant de 1 à 10, où 1 signifie pas du tout satisfaite et 10 extrêmement satisfaite, quel était votre degré de satisfaction vis-à-vis de ce programme?" Parmi celles qui y avaient fait appel, 85 % lui accordaient la note de huit ou plus.

On a présenté aux femmes une série de facteurs qui pouvaient représenter des obstacles à la participation à un programme de dépistage organisé. Ces obstacles étaient: disponibilité de services de garde, restrictions liées à l'âge, transport, heures d'ouverture et localisation. Mis à part le transport, tous les choix ont été perçus comme étant des obstacles sensiblement plus importants pour les plus jeunes femmes (Figure cinq). On leur a également suggéré la série suivante de facteurs qui pourraient encourager les femmes à participer à un programme de dépistage organisé: expertise du personnel, sensibilité du personnel aux besoins de santé et aux différences culturelles, commodité d'avoir l'ensemble du dépistage effectué dans un même endroit et le fait que de l'enseignement serait inclus dans le programme. Tous ces facteurs se sont vu attribuer l'appréciation "Très important" par plus de 80 % des femmes des deux groupes d'âge. La présence d'un enseignement a reçu la cote Très important dans une proportion significativement plus élevée de femmes plus jeunes (91,2 %) par rapport aux femmes de 50 ans et plus (84,8 %),  $\chi^2(2, N = 577) = 7,66, p < 0,05$ . La commodité d'un centre multiservice a mérité la cote Très important auprès d'un nombre plus élevé de femmes plus jeunes (86,8 %) que de femmes plus âgées (81,1 %),  $\chi^2(2, N = 576) = 8,96, p < 0,05$ . Quant à l'expertise du personnel, il n'y avait que les femmes plus âgées qui la trouvaient encourageante (Figure six).

Enfin, on a demandé à toutes les femmes (N=1224) quelles étaient leurs perceptions de la facilité avec laquelle elles pourraient changer leurs pratiques personnelles en matière de santé des seins. Les femmes de plus de 50 ans et les femmes du Québec étaient celles qui anticipaient le plus de difficulté à changer de comportements.

### Discussion et répercussions futures

Il faut se souvenir que ces données ont été recueillies avant la large diffusion des conclusions selon lesquelles l'AES était non seulement inefficace mais encore qu'il était néfaste (Baxter, 2001). À lui seul, l'AES ne constitue pas un programme de dépistage du cancer du sein. Cependant, si on considère le caractère critique du sujet, une évaluation quelconque des résultats obtenus ne peut passer sous silence les recommandations de Baxter ni leur impact sur les femmes et les professionnels de la santé qui les soignent. On ne sait pas encore si les données qui sous-tendent les recommandations relatives à l'enseignement systématique de l'AES resteront inchangées à long

Figure cinq: Obstacles à l'utilisation des programmes de dépistage organisés (N=601)

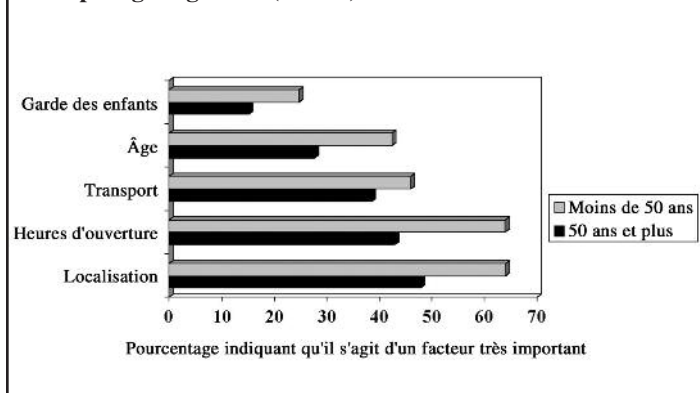
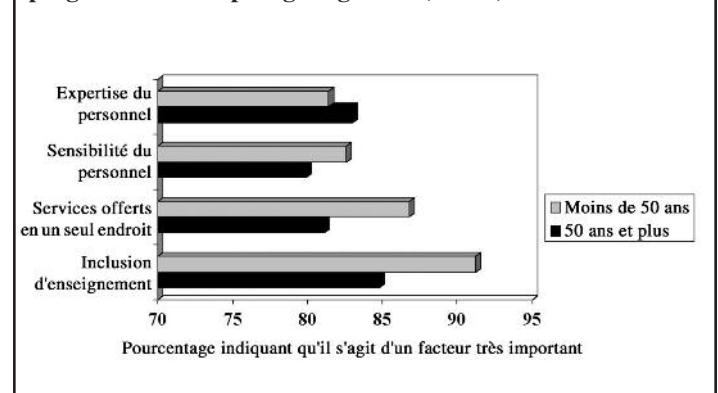


Figure six: Facteurs favorisant l'utilisation des programmes de dépistage organisés (n=601)



terme. Nekhlyudov et Fletcher (2001) ont avancé que les recommandations étaient prématurées. Ils appuient également l'idée d'un ECS bien fait complété par une mammographie pour les groupes d'âge appropriés. Les recommandations pourraient altérer ou non la mission d'enseignement qui avait été confiée aux programmes de dépistage organisés. Baxter a avancé que l'un des désavantages de l'enseignement régulier de l'AES est l'anxiété relative à l'effet psychologique de la découverte d'une grosseur qui s'avère être bénigne. Cependant, de nouvelles recherches sont nécessaires dans le but de savoir si le pire traumatisme psychologique est la découverte d'une masse non maligne ou de ne pas avoir découvert une masse maligne. Nekhlyudov et Fletcher posent la question suivante: "Comment les femmes vont-elles réagir face au soudain revirement des conseils médicaux concernant l'AES? En quoi cela touchera-t-il leur réaction face aux conseils médicaux relatifs aux autres méthodes de dépistage du cancer du sein?". Quoique ce soit aux médecins que ces auteurs s'adressent, les infirmières feraient bien, elles aussi, de réfléchir sur ces questions.

Alors que la plupart des femmes ont indiqué leur satisfaction vis-à-vis des pratiques des médecins, la présence d'un enseignement était le facteur d'encouragement individuel qui revêtait le plus d'importance dans la participation à un programme organisé de dépistage du cancer du sein. Si on ajoute à ce fait le vif désir (81 %) d'avoir l'ECS effectué par un(e) spécialiste clinique en santé du sein, il est évident que les femmes veulent que l'information et l'expertise caractérisent leur dépistage par mammographie. Baxter (2001) suggère que "bien que les données probantes n'appuient pas l'enseignement de l'AES, il convient de conseiller aux femmes de signaler tout changement ou toute inquiétude relatifs à leurs seins. Baxter n'avance aucune suggestion quant à la façon dont les femmes pourraient acquérir les connaissances nécessaires à la détermination de tels changements. Étant donné qu'il a été identifié comme étant la personne qui encourage le plus la participation au dépistage du cancer du sein, le médecin conserve une grande influence en matière d'utilisation de toutes les modalités de dépistage. Pourtant, il est décevant de constater que près d'un quart des femmes ne percevaient aucun encouragement de la part de leur médecin en ce qui concerne chacune des modalités. Il se peut que les infirmières jugent qu'elles n'ont pas la formation nécessaire pour faire, de manière régulière, de l'enseignement sur la santé du sein (Devine et Frank, 2000). Budden (1998) a découvert que 81 % des infirmières pensaient que l'enseignement de l'AES n'appartenait pas à leur champ de pratique et qu'elles ne s'y livraient donc pas. Les infirmières ont besoin d'un encouragement soutenu de la part des infirmières éducatrices et administratrices pour incorporer des questions sur la santé du sein et d'autres activités de dépistage dans les évaluations initiales de santé. Ces évaluations doivent s'accompagner d'un partage d'information, ou, à tout le moins, de suggestions sur des sources d'information possibles. Ceci permettrait aux infirmières d'augmenter leur visibilité en tant que sources d'information crédibles et de renforcer les encouragements prodigués par les médecins.

Les collègues de travail restent une source d'influence significative chez les femmes plus âgées, et il faut donc voir dans les lieux ou les groupes de travail une source potentiellement importante de diffusion de l'éducation en matière de santé du sein auprès du groupe à risque élevé. Cette étude appuie des résultats antérieurs (Stamler et al., 2000) selon lesquels les livrets autodidactiques représentent une source d'information importante pour certains segments de la population – et nous rappelle que des groupes d'âges différents consultent des sources différentes. Il importe donc que la documentation écrite incorpore les nouvelles recommandations et que des stratégies de communication diverses soient mises en oeuvre pour des groupes d'âges particuliers.

Lors de la collecte des données, Santé Canada (2000) rapportait l'existence de programmes de dépistage organisés dans les 10 provinces. Alors que le faible taux d'utilisation des programmes de

dépistage organisés pourrait nous amener à remettre en question leur utilité, ils faisaient l'objet d'une approbation retentissante chez les participantes. En outre, les réponses aux questions relatives aux encouragements donnés par diverses personnes suggèrent que le dépistage du cancer du sein est un domaine qui se caractérise par la quête des connaissances et le partage des expériences. Cette quête de connaissances contraste avec la perception permanente que le risque d'être atteinte de cancer du sein ne change pas avec l'âge. L'enquête ne posait aucune question sur le contact régulier avec des infirmières auprès desquelles les femmes pourraient se renseigner ou qui pourraient proposer l'information. À mesure que progresse la réforme des soins de santé primaires et qu'augmente la visibilité des infirmières praticiennes dans ce domaine, les femmes pourraient bénéficier de plus d'interactions cliente-infirmière. Par contre, comme Budden le signale (1998), il faut réussir à convaincre les infirmières que les connaissances se rapportant aux risques liés à l'âge et à la participation à des activités de dépistage constituent toujours des sujets de conversation appropriés avec les clientes.

Comme toutes les autres études de recherche, la présente étude avait des limitations. La technique de composition aléatoire des numéros de téléphone a permis de réduire le biais de sélection mais cette menace envers la validité externe n'a pas pu être entièrement éliminée. Le taux mensuel de pratique de l'AES (45 %), si élevé qu'il en paraît vertueux, semble suggérer l'existence possible d'une surdéclaration des comportements de santé positifs pour des raisons de désirabilité sociale (George, 2000; Stamler et al., 2000). Comme c'est le cas dans d'autres études non sélectives, le manque de diversité ethnique demeure une limitation.

## Conclusion

Il est évident que le dépistage du cancer du sein est important pour un grand nombre de femmes et de professionnels de la santé. Les conclusions de cette étude nationale appuient celles de travaux antérieurs et la méthodologie employée en facilite la généralisation. Les messages relatifs à la santé du sein doivent cibler des populations particulières et doivent s'accompagner de multiples méthodes de diffusion des connaissances; quant aux femmes, elles doivent recevoir des encouragements continus de diverses sources si on veut qu'elles participent au dépistage. Il importe de multiplier les possibilités alliant action et enseignement. Quoique les professionnels de la santé ne soient pas tous d'accord sur l'efficacité de l'ensemble des modalités de dépistage, tous s'entendent pour affirmer que la détection et le traitement précoces sont nécessaires à la réduction de la mortalité. Il convient de poursuivre les recherches auprès de populations sous-représentées et de celles disposant de peu de ressources. Dans un pays qui s'est fait le champion du multiculturalisme et dont la majorité de la population est condensée dans une fraction infime de son territoire, la recherche et la pratique ne peuvent pas se permettre d'ignorer les marginaux en puissance. À mesure que les infirmières ont la chance de jouer un rôle accru dans la pratique des soins primaires, l'influence des soins infirmiers sur la participation au dépistage du cancer du sein et la pratique s'y rapportant ne pourra qu'augmenter. Nous pourrions compter sur les données probantes disponibles pour appuyer notre pratique en vue de rejoindre les femmes et d'encourager leur participation. ♣

## Remerciements

*Cette étude a été financée par la Fondation canadienne pour le cancer du sein, Section de l'Ontario, et le Fonds de justice sociale des TCA.*

*La collecte des données des ITAO a été effectuée par l'Unité de recherche en sciences sociales de l'Université York.*

# Références

- Abdullah, A.S., & Leung, T.Y. (2001). Factors associated with the use of breast and cervical cancer screening services among Chinese women in Hong Kong. **Public Health, 115**, 212-217.
- Ahmad, F., Stewart, D.E., Cameron, J.I., & Hyman, I. (2001). Rural physicians' perspectives on cervical and breast cancer screening: A gender-based analysis. **Journal of Women's Health and Gender Based Medicine, 10**, 201-208.
- Akrigg, H.Y. (2001). An evaluation of the breast self-exam (BSE) practices of Asian women. **Canadian Oncology Nursing Journal, 11**, 82-83.
- Baxter, N., with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2001). Preventive health care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? **CMAJ, 164**, 1837-46.
- Budden, L. (1998). Registered nurses' breast self-examination practice and teaching to female clients. **Journal of Community Health Nursing, 15**, 101-112.
- Burhansstipanov, L., Dignan, M.B., Bad Wound, D., Tenney, M., & Vigil, G. (2000). Native American recruitment into breast cancer screening: The NAWWA project. **Journal of Cancer Education, 15**, 28-32.
- Choudhry, U.K., Srivastava, R., & Fitch, M.I. (1998). Breast cancer detection practices of South Asian women: Knowledge, attitudes and beliefs. **Oncology Nursing Forum, 25**, 1693-1701.
- Clark, J.K., Sauter, M., & Kotecki, J.E. (2000). Adolescent girls' knowledge of and attitudes toward breast self-examination: Evaluating an outreach education program. **Journal of Cancer Education, 15**, 228-231.
- DeGrasse, C.E., O'Connor, A.M., Perrault, D.J., Aitken, S.E., & Joannisse S. (1996). Changes in women's breast cancer screening practices, knowledge, and attitudes in Ottawa-Carleton since 1991. **Canadian Journal of Public Health, 87**, 333-8.
- Devine, S.K., & Frank, D.I. (2000). Nurses' self-performing and teaching others breast self-examination: Implications for advanced practice nurses. **Clinical Excellence for Nurse Practitioners, 4**, 216-223.
- Dibble, S.L., Vanoni, J.M., & Miaskowski, C. (1997). Women's attitudes towards breast cancer screening procedures: Differences by ethnicity. **Women's Health Issues, 7**, 47-54.
- Facione, N.C., & Katapodi, M. (2000). Culture as an influence on breast cancer screening and early detection. **Seminars in Oncology Nursing, 16**, 238-247.
- Foxall, M.J., Barron, C.R., & Houfek, J.F. (2001). Ethnic influences on body awareness, trait anxiety, perceived risk and breast and gynecologic cancer screening practices. **Oncology Nursing Forum, 28**, 727-738.
- George, S.A. (2000). Barriers to breast cancer screening: An integrative review. **Health Care for Women International, 21**, 53-65.
- Giuliano, A., Papenfuss, M., deZapien, J.D., Tilousi, S., & Nuvayestewa, L. (1998). Breast cancer screening among Southwest American Indian women living on-reservation. **Preventive Medicine, 27**, 135-43.
- Han, Y., Williams, R.D., & Harrison, R.A. (2000). Breast cancer screening knowledge, attitudes and practices among Korean American women. **Oncology Nursing Forum, 27**, 1585-1591.
- Health Canada. (2000). **Organized breast cancer screening programs in Canada: 1996 report**. Retrieved April 30, 2002, from [http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/obesp-podcs/obcspr\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/obesp-podcs/obcspr_e.html)
- Jibaja, M.L., Kingery, P., Neff, N.E., Smith, Q., Bowman, J., & Holcomb, J.D. (2000). Tailored, interactive soap operas for breast cancer education of high-risk Hispanic women. **Journal of Cancer Education, 15**, 237-242.
- Ku, Y. (2001). The value of breast self-examination: Meta-analysis of the research literature. **Oncology Nursing Forum, 28**, 815-822.
- Kurtz, M.E., Given, B., Given, C.W., & Kurtz, J.C. (1993). Relationships to barriers and facilitators to breast self-examination, mammography, and clinical breast examination in a worksite population. **Cancer Nursing, 16**, 251-9.
- Law, M.R., Morris, J.K., & Wald, N.J. (1999). The importance of age in screening for cancer. **Journal of Medical Screening, 6**, 16-20.
- Maxwell, C.J., Kozak, J.F., Desjardins-Denault, S.D., & Parboosingh, J. (1997). Factors important in promoting mammography screening among Canadian women. **Canadian Journal of Public Health, 88**, 346-350.
- Nekhlyudov, L., & Fletcher, S.W. (2001). Is it time to stop teaching breast self-examination? **CMAJ, 164**, 1851-1852.
- Phillips, J.M., Cohen, M.Z., & Tarzian, A.J. (2001). African American women's experiences with breast cancer screening. **Journal of Nursing Scholarship, 33**, 135-140.
- Ramirez, A.G., Talavera, G.A., Villarreal, R., Suarez, L., McAlister, A., Trapido, E., Perez-Stable, E., & Marti, J. (2000). Breast cancer screening in regional Hispanic populations. **Health Education Research, 15**, 559-568.
- Rashidi, A., & Rajaram, S.S. (2000). Middle Eastern Asian Islamic women and breast self-examination: Needs assessment. **Cancer Nursing, 23**, 64-70.
- Ringash, J., with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2001). Preventive health care, 2001 update: Screening mammography among women aged 40-49 years at average risk for breast cancer. **CMAJ, 164**, 469-76.
- Sadler, G.R., Thomas, A.G., Yen, J.Y., Dhanjal, S.K., Ko, C.M., Tran, H.Q., & Wang, K. (2000). Breast cancer education program based in Asian grocery stores. **Journal of Cancer Education, 15**, 173-177.
- Sortet, J.P., & Banks, S.R. (1997). Health beliefs of rural Appalachian women and the practice of breast self-examination. **Cancer Nursing, 20**, 231-5.
- Stamler, L.L., Thomas, B., & Lafreniere, K. (2000). Working women identify influences and obstacles to breast health practices. **Oncology Nursing Forum, 27**, 835-842.
- Statistics Canada. (2000). **Population by sex and age, Canada, the provinces and territories**. Retrieved April 6, 2002, from <http://www.statcan.ca>
- Yarbrough, S.S., & Braden, C.J. (2001). Utility of health belief model as a guide for explaining or predicting breast cancer screening behaviours. **Journal of Advanced Nursing, 33**, 677-688.