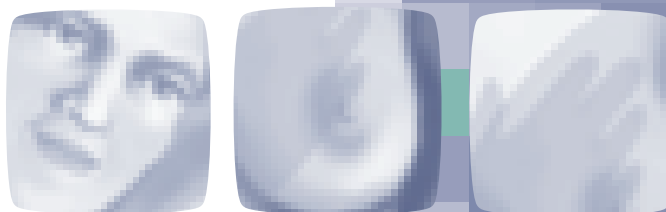


Plan de surveillance
**DE LA LUTTE
CONTRE LE CANCER
DU SEIN I**



**CADRE CONCEPTUEL
ET INDICATEURS**

*Programme québécois
DU DÉPISTAGE
DU CANCER DU SEIN*



Plan de surveillance
**DE LA LUTTE
CONTRE LE CANCER
DU SEIN I**

**CADRE CONCEPTUEL
ET INDICATEURS**

Jacques Brisson, M.D., D.Sc.

Groupe de recherche en épidémiologie de l'Université Laval et
Centre des maladies du sein Deschênes-Fabia

Diane Major, Ph.D.

Centre d'expertise en dépistage de
l'Institut national de santé publique du Québec

Janvier 2000

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir d'autres exemplaires de ce document.

Ces frais vous seront facturés à la livraison :

5,00 \$ pour le premier exemplaire et 1,00 \$ pour chaque exemplaire additionnel.

Faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1**

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2000

Bibliothèque nationale du Canada, 2000

ISBN 2-550-36302-7

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.



AVANT-PROPOS

Le cancer du sein est la tumeur maligne la plus souvent diagnostiquée chez les femmes ; on en dénombre de plus en plus parallèlement au vieillissement de la population. La lutte contre le cancer en général, et le cancer du sein en particulier, est au cœur des préoccupations du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, comme en font foi la création du Conseil québécois de lutte contre le cancer et la mise sur pied du *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN.

Dans la foulée, la Direction générale de la santé publique a retenu le dépistage du cancer du sein comme l'une de ses sept priorités nationales de santé publique et elle a confié au docteur Jacques Brisson le mandat de concevoir un plan de surveillance des progrès dans la lutte contre le cancer du sein au Québec.

Ce mandat est réalisé en deux étapes. La première étape a consisté à définir le cadre conceptuel dans lequel se déroulera la surveillance et à déterminer un ensemble d'indicateurs pour évaluer les activités réalisées et mesurer les résultats de santé et de bien-être atteints dans les divers domaines de la lutte contre le cancer du sein, allant de la prévention aux soins palliatifs en fin de vie.

La seconde étape de la réalisation du mandat a consisté à tracer un bilan de l'évolution et à brosser le portrait de la situation actuelle au Québec de chacun des domaines de la lutte contre le cancer du sein. Les résultats sont fondés sur les données actuellement disponibles provenant de fichiers provinciaux, d'enquêtes et de recherches faites au Québec au cours des dernières années. Dans la mesure du possible, les analyses portent sur l'ensemble de la population québécoise. Le portrait qui se dégage ici est encourageant. Au cours des dernières décennies, le Québec a fait de nombreux progrès dans la lutte contre le cancer du sein, notamment dans l'utilisation de la mammographie et dans le choix du traitement chirurgical. Le portrait a également fait ressortir des lacunes. D'une part, les systèmes d'information existants, en particulier le Fichier des tumeurs, devront être améliorés afin de tenir compte adéquatement des progrès dans la lutte contre le cancer du sein et, d'autre part, les données dans les secteurs de l'adaptation et de la réadaptation et des soins palliatifs en fin de vie sont nettement insuffisantes.

En définitive, le présent bilan constitue une amorce de la surveillance de la lutte contre le cancer du sein. Nous disposons maintenant d'un premier éclairage qui trace la voie à la conception d'autres outils pour soutenir notre action dans ce domaine. Il s'agit là d'un défi important mais aussi très stimulant que devra relever la Direction générale de la santé publique en collaboration avec tous ses partenaires qui participent à la lutte contre le cancer.

Richard Massé
Sous-ministre adjoint
de la santé publique



REMERCIEMENTS

La présente démarche a été réalisée avec l'excellente contribution de consultants reconnus pour leur expertise dans chacun des domaines d'intervention visés par la lutte contre le cancer du sein (voir ci-après). La description des méthodes d'analyse statistique proposées dans les fiches en annexe pour la production des indicateurs a été effectuée en collaboration avec M^{me} Caty Blanchette, biostatisticienne du Groupe de recherche en épidémiologie de l'Université Laval. Le traitement de texte et les illustrations ont été produites par M^{me} Lise Boutin, du Centre d'expertise en dépistage de l'Institut national de santé publique du Québec. Les corrections finales ont été effectuées par M^{mes} Linda Desjardins et France Alexandre. À toutes ces personnes nous adressons nos plus sincères remerciements.

Nous remercions également la Direction générale de la santé publique du MSSS, particulièrement le D^r Richard Massé, qui nous a fourni non seulement un apport financier mais qui nous a aussi consacré du temps et offert sa pleine collaboration tout au long de nos travaux.



GROUPE DE CONSULTANTS

D^r Pierre Allard

Directeur de l'équipe recherche en soins palliatifs de la Maison Michel-Sarrazin
1050, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 4L8
Tél. : (418) 682-7381
Téléc. : (418) 682-7949
Courriel : pierre.allard@gre.ulaval.ca

M^{me} Nicole Beauchesne

Responsable du programme
Qualité de vie, oncologie
CUSE, pavillon Fleurimont
3100, 12^e Avenue Nord
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4
Tél. : (819) 346-1110, poste 13333
Téléc. : (819) 829-3236

M. Michel Beaupré

Responsable du fichier des tumeurs
Direction de l'analyse et surveillance
de la santé et du bien-être, MSSS
1075, chemin Sainte-Foy, 2^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Tél. : (418) 646-4745
Téléc. : (418) 528-2651
Courriel : michel.beaupre@msss.gouv.qc.ca

M. Robert Choinière

Chargé de la fonction surveillance
Direction de la santé publique
Régie régionale de Montréal-Centre
3725, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2X 3L9
Tél. : (514) 286-6500, poste 5504
Téléc. : (514) 286-5782
Courriel : robert_choinière@ssss.gouv.qc.ca

D^r Jean Deschênes

Département de pathologie
Institute for Medical Research
Jewish General Hospital, Lady Davis
3755, côte Sainte-Catherine
Montréal (Québec) H3T 1E2
Tél. : (514) 340-8274
Téléc. : (514) 340-7542
Courriel : jdesc@videotron.ca

D^r Luc Deschênes

Président du Conseil québécois
de la lutte contre le cancer, MSSS
1075, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 2M1
Tél. : (418) 646-2078
Téléc. : (418) 644-1058
Courriel : luc.deschenes@msss.gouv.qc.ca

D^{re} Nathalie Duchesne

Service de radiologie
CHA, pavillon Saint Sacrement
1050, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 4L8
Tél. : (418) 682-7700
Téléc. : (418) 682-7699
Courriel : dsiduchn@cha.quebec.qc.ca

M^{me} Lynda Fortin

Directrice de l'analyse et surveillance
de la santé et du bien-être, MSSS
1075, chemin Sainte-Foy, 2^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Tél. : (418) 646-9503
Téléc. : (418) 528-2651
Courriel : lynda.fortin@msss.gouv.qc.ca

D^{re} Nicole Hébert-Croteau

Épidémiologiste, médecin-conseil
Direction de la santé publique
Régie régionale de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Tél. : (514) 528-2400
Téléc. : (514) 528-2459
Courriel : ncroteau@santepub-mtl.qc.ca

M. Robert Jacob

Direction de la recherche et de l'évaluation
MSSS
1075, Chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 2M1
Tél. : (418) 646-1250
Téléc. : (418) 643-1159
Courriel : robert.jacob@msss.gouv.qc.ca

D^r Simon Jacob

Service de pathologie
CHA, pavillon Saint Sacrement
1050, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 4L8
Tél. : (418) 682-7813
Téléc. : (418) 682-7383

D^r Bernard Lapointe

Chef du service des soins palliatifs CHUM
Hôpital Notre-Dame
1560, Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 4M1
Tél. : (514) 281-6000, poste 7434
Téléc. : (514) 896-4619

D^r Jean Latreille

Service d'hémo-oncologie médicale
Hôpital Charles-Lemoyne
3120, rue Taschereau
Greenfield Park (Québec) J4V 2H1
Tél. : (450) 466-5000, poste 2472
Téléc. : (450) 466-8887
Courriel : jlatrei@cam.org

D^r Richard Margolese

Directeur du Département d'oncologie
Hôpital général juif Sir-M.B.-Davis
3755, ch. Côte Sainte-Catherine
Montréal (Québec) H3T 1E2
Tél. : (514) 340-8248
Téléc. : (514) 340-8302
Courriel : rm@onc.jgh.mcgill.ca

D^{re} Elizabeth Maunsell

Groupe de recherche en épidémiologie
de l'Université Laval
CHA, pavillon Saint-Sacrement
1050, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 4L8
Tél. : (418) 682-7393
Téléc. : (418) 682-7949
Courriel : elizabeth.maunsell@gre.ulaval.ca

D^{re} Marie-Claude Messely

Présidente du Comité de soutien
à la qualité du PQDCS, MSSS
2400, rue d'Estimauville
Beauport (Québec) G1E 7G9
Tél. : (418) 666-7000, poste 337
Téléc. : (418) 666-2776
Courriel : mcmessely@cspq.qc.ca

D^r Denis Roy

Directeur de la santé publique (intérim)
RRSSS de Montréal-Centre
3725, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2L 3X9
Tél. : (514) 286-6500, poste 5749
Téléc. : (514) 286-5782
Courriel : denis_roy@ssss.gouv.qc.ca

D^r Gilles Tremblay

Département de pathologie
Hôpital général juif Sir-M.B.-Davis
3755, ch. Côte Sainte-Catherine
Montréal (Québec) H3T 1E2
Tél. : (514) 340-8274, poste 4340
Téléc. : (514) 340-7542

M. Richard Tremblay

Physicien
Direction générale de la santé publique
MSSS
1075, chemin Sainte-Foy, 3^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Tél. : (418) 646-2515
Téléc. : (418) 646-1680
Courriel : richard.tremblay@msss.gouv.qc.ca



TABLE DES MATIÈRES

Introduction	8
1. Cadre conceptuel	10
2. Plan global et conception des indicateurs	13
2.1 Plan global	13
2.2 Conception des indicateurs	14
3. Prévention	16
3.1 Résultats de production	16
3.2 Résultats de santé et de bien-être	17
4. Détection précoce	18
4.1 Résultats de production	18
4.2 Résultats de santé et de bien-être	19
5. Caractérisation du cancer et traitement	22
5.1 Résultats de production	22
5.2 Résultats de santé et de bien-être	23
6. Adaptation-réadaptation	25
6.1 Résultats de production	25
6.2 Résultats de santé et de bien-être	25
7. Soins palliatifs de fin de vie	27
7.1 Résultats de production	27
7.2 Résultats de santé et de bien-être	27
8. Lutte contre le cancer du sein : mesures globales	29
Bibliographie	30
Liste des figures et des tableaux	33
Annexes : Fiches descriptives des indicateurs	34



INTRODUCTION

Le Comité consultatif sur le cancer, présidé par le Dr Luc Deschênes, nous a fourni une définition du concept de lutte contre le cancer. Il s'agit de la mise en œuvre des moyens couvrant tout le spectre des interventions de façon intégrée, allant de la prévention aux soins palliatifs, afin de réduire les effets du cancer sur les Québécoises et Québécois.

Comme d'autres, le Québec s'est penché sur le choix et la qualité de l'ensemble des interventions radiologiques et chirurgicales permettant d'investiguer les anomalies trouvées au cours d'un examen de dépistage. La communauté d'experts canadiens a établi des lignes directrices concernant le diagnostic et le traitement des femmes atteintes de cancer du sein, lignes directrices qui ont été publiées en 1998¹ par l'Association médicale canadienne. Plusieurs milieux se sont concentrés sur l'adaptation et la réadaptation à la suite d'un diagnostic de cancer du sein, une question qui exige de tenir compte à la fois des répercussions du cancer sur la femme et sur son entourage et des coûts personnels engendrés. Enfin, les soins à prodiguer aux femmes qui développent des métastases à distance et les soins en fin de vie pour les cas où la maladie n'est plus curable sont également au cœur des préoccupations de notre système de santé.

Compte tenu de l'importance que représente le cancer du sein pour les femmes du Québec et de l'ampleur des efforts consentis pour le contrer, il apparaissait utile de dresser un plan de surveillance de la lutte contre le cancer. Ce plan devrait permettre de savoir si les actions considérées comme efficaces sont posées et si les buts fixés sont atteints. Il devrait également permettre de suivre les progrès faits ou à faire à tous les niveaux d'intervention et profiter à tous les intervenants engagés dans la lutte contre le cancer du sein, incluant les femmes elles-mêmes. Enfin, le plan de surveillance devrait permettre de consigner, de façon régulière, les progrès réalisés dans la lutte contre le cancer du sein sous l'angle national, régional et local.

Le présent document présente les résultats de la première partie de notre mandat, soit le plan de surveillance incluant les concepts fondamentaux et les indicateurs proposés (la définition, la méthode de calcul et les bases de l'interprétation).

Le plan de surveillance proposé s'inspire d'initiatives comparables prises dans d'autres endroits ou dans d'autres domaines². En 1990, le rapport « Measurement of Progress Against Cancer » fournissait un modèle général. En 1995, une étude d'indicateurs pour le secteur des jeunes en difficulté a été produite dans le cadre des projets québécois menés par le ministère de la Santé et des Services sociaux conjointement avec les régies régionales³. La même année, l'Institut de santé et bien-être australien publiait un plan intégré de surveillance des maladies cardiaques⁴. Actuellement, Santé Canada, par l'intermédiaire

1. The Steering Committee on Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer. « *Guide de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein* », Canadian Medical Association Journal, vol. 158, n° 3, 1998, p. SF1–SF94.

2. Bennet, Dobson et Magnus, 1995 ; Boss et Suarez, 1990 ; Collogy *et al*, 1995.

3. *Étude d'indicateurs pour le secteur « jeunes en difficultés »*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Régies régionales, 1995.

4. Bennet, Dobson et Magnus, 1995.

d'entités ou groupes de travail comme le Laboratoire de lutte contre la maladie du Canada ou la Coalition canadienne pour la surveillance du cancer, coordonne aussi diverses activités dans le but d'implanter un réseau national intégré de surveillance dans différents domaines liés à la santé, incluant la lutte contre le cancer. Tous ces travaux visent la conception d'indicateurs pour informer sur la situation et orienter la prise de décision.

Les chapitres qui suivent comprennent une description du cadre conceptuel utilisé, un tableau du plan global de surveillance de la lutte contre le cancer du sein et des tableaux de bord d'indicateurs regroupés selon chacun des domaines de la lutte contre le cancer précisés dans le rapport du comité consultatif du Programme québécois de lutte contre le cancer. Les fiches descriptives détaillées pour chacun des indicateurs sont présentées en annexe.



CADRE CONCEPTUEL

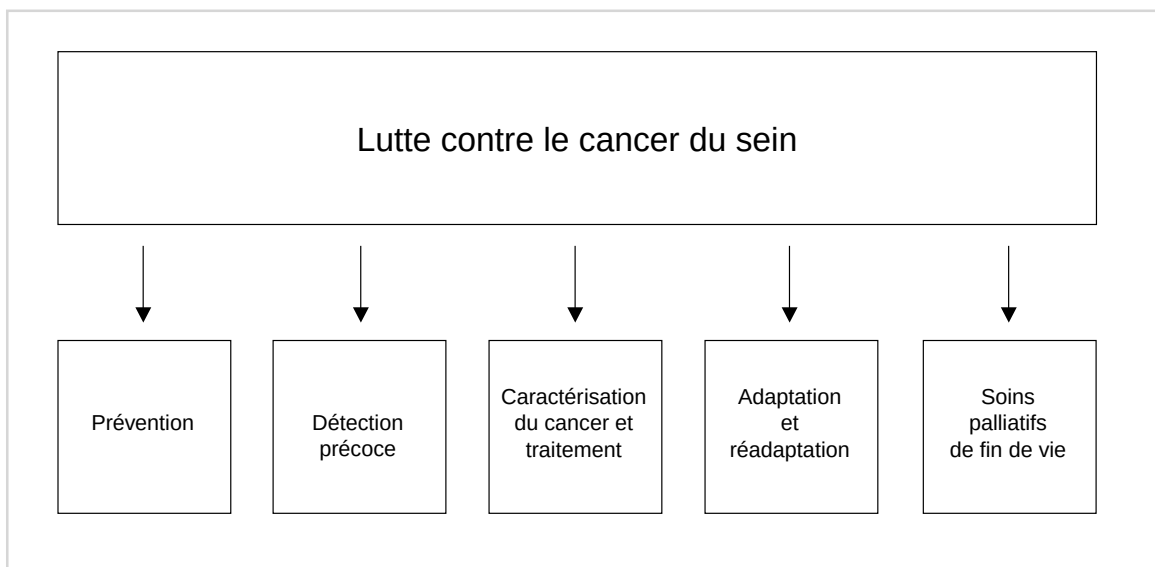
À l'instar du Programme québécois de lutte contre le cancer, les différentes activités de la lutte contre le cancer ont été regroupées dans cinq domaines distincts, soit la prévention, la détection précoce, la caractérisation du cancer et son traitement, l'adaptation et la réadaptation, et les soins palliatifs de fin de vie.

La prévention (primaire) a pour but de diminuer la fréquence d'apparition de la maladie dans la population générale. La détection précoce vise à découvrir le cancer du sein le plus tôt possible à un moment où il est plus efficacement traitable. Cette détection précoce peut se faire dans le cadre des programmes de dépistage, par les cliniciens au cours de visites médicales ou par les femmes elles-mêmes. De plus, les activités de détection précoce incluent non seulement la découverte d'anomalies au sein, mais aussi leur investigation pour déterminer rapidement si ces anomalies sont cancéreuses ou bénignes. Une fois un cancer du sein détecté, la lésion doit être bien caractérisée afin de permettre de choisir le traitement le plus approprié pour contrer l'avancement et à l'agressivité de la maladie. Un diagnostic de cancer du sein a de nombreuses répercussions sur la femme atteinte et sur ses proches. Les professionnels de la santé se doivent d'aider la femme à s'adapter à sa nouvelle réalité. Enfin, si le cancer progresse, il faut donner à la patiente des soins en fin de vie qui lui permettent une mort digne, avec un soulagement adéquat des symptômes, incluant la douleur.

Le plan proposé vise donc à suivre les progrès dans chacun des cinq domaines de la lutte contre le cancer du sein, à savoir 1) la prévention, 2) la détection précoce, 3) la caractérisation du cancer et le traitement, 4) l'adaptation et la réadaptation, 5) les soins palliatifs (voir la figure 1).

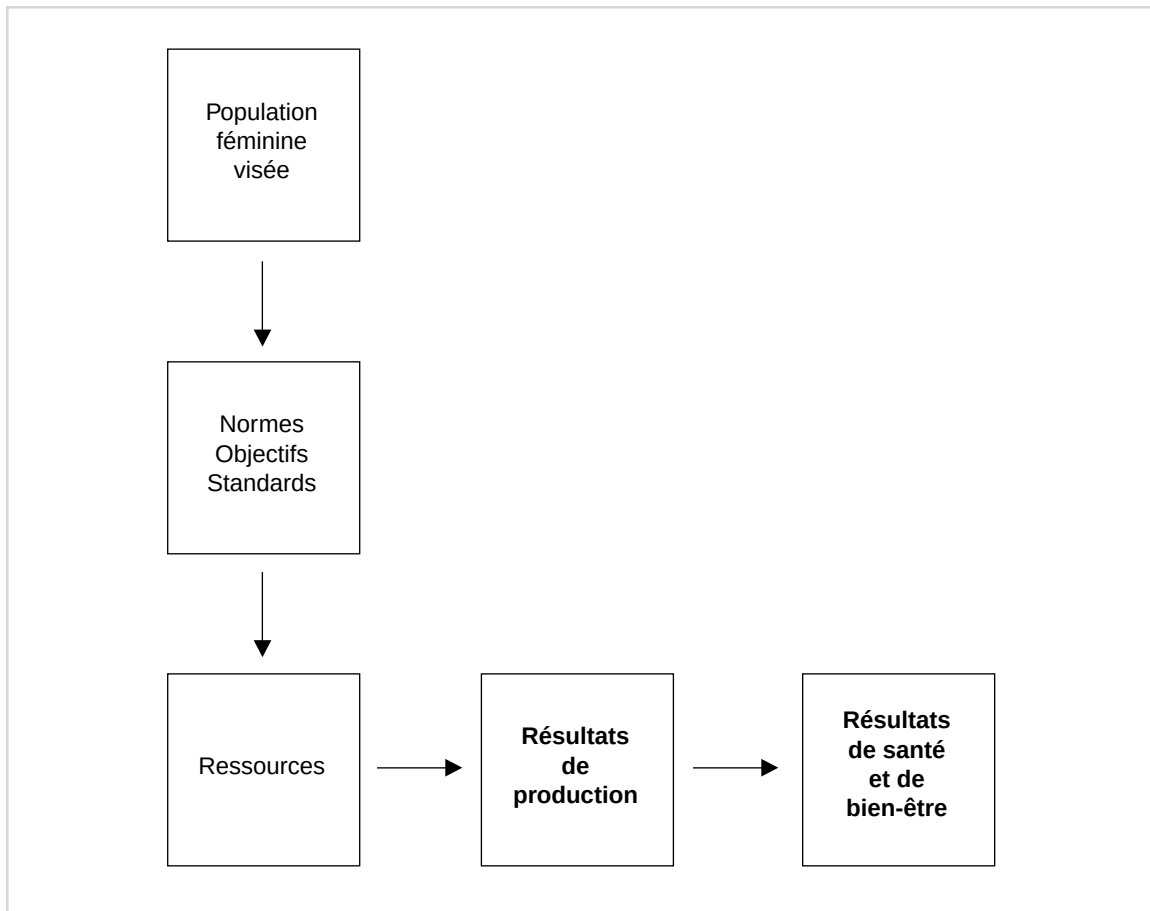
Figure 1

Domaine de la lutte contre le cancer du sein



Pour suivre les progrès dans chacun des domaines de la lutte contre le cancer du sein, il est utile de se reporter au modèle utilisé pour évaluer les programmes de santé¹ (voir la figure 2). Ce modèle précise les diverses composantes principales d'un programme. L'évaluation peut se faire par le suivi d'indicateurs de résultats de santé ou de résultats de production (processus) et de ressources investies.

Figure 2
Modèle d'analyse d'un programme



Dans le plan proposé, les indicateurs couvrent les résultats de production et de santé. Le terme « production » (processus) renvoie ici aux services offerts et aux activités cliniques qui font le lien entre les objectifs et les résultats de santé et de bien-être. Les indicateurs de processus font état de résultats de production de services, comme les mammographies effectuées, les interventions chirurgicales réalisées, les tests de laboratoire exécutés et les activités de formation suivies. Les indicateurs de santé et de bien-être proposés font référence aux résultats de santé visés par les activités de lutte contre le cancer du sein, par exemple les variations d'incidence, de survie et de mortalité. Parmi les éléments d'un plan de surveillance de la lutte contre le cancer du sein, on pourrait aussi suivre l'évolution des

1. Saucier et Brunelle, 1995.

ressources investies et utilisées, incluant les coûts. Il est de première importance de réaliser que les ressources forment la pierre angulaire du succès de la lutte contre le cancer en général et contre le cancer du sein en particulier, en ce qui a trait tant à la détection précoce qu'à l'application des traitements appropriés dans des délais acceptables ou encore au soutien disponible lorsque la maladie n'est plus curable. Cependant, la surveillance des ressources faisant appel à des concepts, à des méthodes et à des données particulières, elle ne fera pas l'objet du présent document.

Les systèmes d'information actuels peuvent fournir une quantité phénoménale de données sur divers résultats de production et de santé dans chacun des domaines de la lutte contre le cancer du sein. Il a donc été nécessaire de faire des choix quant aux indicateurs du plan de surveillance. Des indicateurs sont proposés uniquement lorsque leur calcul et leur interprétation peuvent reposer sur des normes ou des objectifs qui font consensus et qui ont été publiés. Par exemple, le rapport du comité consultatif sur le cancer intitulé *Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, le *Guide de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein* et le cadre de référence fourni dans le *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN* publié en 1996 ont servi de base à plusieurs indicateurs. De plus, nous nous sommes limités aux indicateurs qu'il était raisonnable de penser pouvoir suivre auprès de la population du Québec, soit à partir de données existantes ou d'études basées actuellement sur des populations restreintes mais qui pourraient être généralisées à l'ensemble de la population québécoise.



PLAN GLOBAL ET CONCEPTION DES INDICATEURS

2.1 Plan global

Le tableau 1 résume le plan global proposé pour la surveillance de la lutte contre le cancer du sein. Il présente chacun des domaines devant faire l'objet d'une surveillance dans la lutte contre le cancer du sein puis, pour chacun de ces domaines, il précise la population féminine ciblée et le résultat de santé et de bien-être attendu.

Tableau 1

Plan global de surveillance de la lutte contre le cancer du sein

Domaine lié à la lutte contre le cancer du sein	Population féminine visée	Résultat de santé et bien-être particulier	Résultat de santé et bien-être global
Prévention	Population générale	Diminution de l'incidence de la maladie	
Détection précoce	Population adulte apparemment saine ou symptomatique et non encore diagnostiquée	Diminution du degré d'avancement de la maladie au moment du diagnostic	
Caractérisation du cancer et traitement	Population atteinte de cancer du sein	Amélioration de la survie	Réduction des années potentielles de vie perdues (ajustées pour la qualité)
Adaptation et réadaptation	Population avec diagnostic de cancer du sein	Amélioration de la qualité de vie	
Soins palliatifs	Population en phase terminale de cancer du sein	Amélioration de la qualité de vie	

Le domaine de la prévention s'adresse à toutes les femmes qui ne sont pas atteintes du cancer du sein. Le résultat de santé et de bien-être visé par la prévention (primaire) est, ultimement, d'empêcher l'apparition du cancer du sein et, conséquemment, de diminuer l'incidence de la maladie. Par contre, il est actuellement difficile, pour ne pas dire pratiquement impossible, de faire de la prévention proprement dite pour le cancer du sein. À défaut de ne pouvoir le prévenir, plusieurs efforts s'orientent vers la détection précoce.

Le domaine de la détection précoce vise à diminuer le degré d'avancement de la maladie au moment du diagnostic. Encore tout récemment, la plupart des cancers du sein étaient détectés par les femmes elles-mêmes ou par le médecin au cours de visites médicales, ce

qu'on appelle dépistage opportuniste. Le *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN* s'ajoute aux efforts de détection précoce. Le domaine de la détection précoce comprend donc toutes les activités que les femmes elles-mêmes, les professionnels de la santé et les programmes de dépistage peuvent mettre en œuvre pour détecter un cancer du sein le plus rapidement possible après le début de la maladie. Ces activités s'adressent à la population féminine apparemment saine ou symptomatique et non encore diagnostiquée comme atteinte de cancer du sein. Elles incluent non seulement la détection d'anomalies aux seins, mais aussi l'investigation de ces anomalies afin de déterminer s'il y a présence ou non de cancer. Le résultat de santé et de bien-être attendu est d'augmenter la proportion des cancers du sein détectés à un stade précoce.

Le domaine de la caractérisation et du traitement du cancer concerne les femmes atteintes de cancer du sein. À ce niveau, l'objectif est de bien caractériser le cancer, c'est-à-dire connaître, par exemple, aussi bien la taille de la tumeur que l'état de l'envahissement axillaire et vasculaire afin de le traiter de la façon la plus adéquate suivant les protocoles considérés comme les plus efficaces. Le résultat de santé et de bien-être reflétant le succès de ces interventions est l'amélioration du taux de survie relative, ajusté pour le stade de la maladie au moment du diagnostic.

La population visée par le domaine de l'adaptation et de la réadaptation comprend toutes les femmes qui ont eu un diagnostic de cancer du sein et qui doivent vivre avec ce diagnostic, qu'elles soient en phase de traitement actif ou que leur traitement soit terminé. Les efforts de soutien pour l'adaptation et la réadaptation sont importants dès le moment de l'annonce du diagnostic de cancer du sein. Le résultat de santé et de bien-être visé est que les femmes atteintes du cancer du sein retrouvent ou atteignent un niveau d'adaptation (de qualité de vie) au moins semblable à celui des femmes sans cancer du sein, au regard du fonctionnement physique, psychologique et social.

Les soins palliatifs de fin de vie s'adressent à une population pour laquelle le cancer du sein a un pronostic fatal à court terme. Le résultat de santé et de bien-être à cette phase de la maladie est d'assurer une qualité de fin de vie adéquate, c'est-à-dire une fin de vie durant laquelle la douleur et les autres symptômes sont réduits au minimum par des interventions palliatives appropriées, et de permettre une mort dans le respect de la personne.

Les prochains chapitres reprennent chaque domaine et, pour chacun, présentent les indicateurs détaillés de production ainsi que de santé et de bien-être qui y sont rattachés.

2.2 *Conception des indicateurs*

Les indicateurs proposés pour chacun des domaines de la lutte contre le cancer du sein sont présentés dans les sections suivantes. Pour chacun de ces domaines, nous avons retenu la même approche. Chaque indicateur retenu doit être précisément défini, incluant les populations cibles, les sources de données, les calculs, ses limites et les références utilisées. Notre approche quant à la définition des indicateurs s'inspire de celles qui sont utilisées dans les documents *Étude d'indicateurs pour le secteur jeunes en difficulté*, et *Indicateurs sociosanitaires, définitions et interprétations* produits par le MSSS en 1995.

D'abord, les indicateurs sont présentés sous forme de tableau de bord. Chaque tableau de bord fournit trois types de renseignements : la première colonne décrit les activités et résultats à suivre, la deuxième colonne regroupe les indicateurs retenus pour broser le portrait de la situation de ces activités et résultats, et la troisième donne les références sur lesquelles est fondé le choix des indicateurs.

En annexe au présent document, chacun des indicateurs est repris et détaillé à l'aide d'une fiche. Cette fiche contient le nom abrégé de l'indicateur, sa description, la provenance des données nécessaires à son calcul, la méthode de calcul, la ventilation proposée, la justification de son choix, incluant les références et les limites (voir le tableau 2). Les références fournissent les informations permettant l'interprétation du résultat et parfois une cible. Ce type de tableau a aussi été utilisé dans les deux documents cités précédemment ainsi que dans *Outline of a national monitoring system for cardiovascular disease* de Bennet, Dobson et Magnus (1995).

Tableau 2

Contenu des fiches descriptives

Élément	Description
Nom de l'indicateur	Appellation sommaire la plus représentative de l'élément à suivre, nom le plus courant dans la documentation.
Description	Définition élargie de l'indicateur à suivre pour en expliciter le sens, utilisant la définition des organismes qui produisent des données ou publient des ouvrages sur le sujet.
Provenance des données	Sources permettant le calcul de l'indicateur (banques de données, enquêtes, etc.).
Méthode de calcul	Formule mathématique utilisée pour obtenir le résultat ou le portrait de la situation concernant l'indicateur.
Ventilation	Échelons les plus fins pour lesquels il est possible ou pertinent de calculer l'indicateur.
Justification	Raisons de choisir un indicateur.
Limites	Notes ou mises en garde concernant les déformations ou la fiabilité des mesures liées à l'interprétation du résultat de l'indicateur.
Références	Publications permettant d'appuyer les données utilisées, les méthodes de calcul employées ou les cibles à atteindre concernant l'indicateur.

3.1 *Résultats de production*

Dans le domaine de la prévention, un plan de surveillance des progrès dans la lutte contre le cancer du sein pourrait utiliser comme indicateur de production les changements dans la répartition des facteurs de risque parmi la population féminine.

Le cancer du sein a fait l'objet d'un très grand nombre d'études épidémiologiques qui ont mis en évidence plusieurs facteurs de risque de la maladie¹. En général, ces facteurs de risque sont difficilement modifiables. Ce sont l'âge, le statut socio-économique, l'histoire familiale de cancer du sein, la présence de mutations dans les gènes BRCA1 et BRCA2, l'âge aux premières menstruations, l'âge à la naissance du premier enfant et l'âge à la ménopause. Par contre, certains autres facteurs pourraient théoriquement être modifiés. Une réduction de l'obésité et de la consommation d'alcool ou encore une augmentation de la consommation de légumes pourraient possiblement entraîner une diminution du risque de cancer du sein.

Dans le cadre d'un programme de surveillance des progrès dans la lutte contre le cancer du sein, les facteurs de risque modifiables fortement associés au risque de cancer et se retrouvant dans une grande proportion de la population (constituant la fraction attribuable ou préventive élevée) seraient particulièrement importants à suivre. Cependant, pris individuellement, aucun des facteurs de risque mentionnés précédemment ne répond à tous ces critères. Par exemple, l'âge et la présence de mutations dans les gènes BRCA1 et BRCA2 sont fortement associés au risque de la maladie, mais ni l'un ni l'autre ne sont modifiables. De plus, la présence de mutations dans les gènes BRCA1 et BRCA2 ne touche qu'une très faible partie de la population. Par ailleurs, le lien entre chacun des facteurs modifiables et le risque de cancer du sein demeure relativement faible.

Présentement, le seul facteur de risque méritant un suivi individuel est l'âge. La vague démographique des *baby boomers* atteint actuellement l'âge où l'incidence du cancer du sein commence à augmenter de façon importante. Cette vague entraînera une augmentation des besoins de services de dépistage (opportuniste ou systématique). Elle occasionne déjà une augmentation du nombre de nouveaux cas, augmentation qui deviendra encore plus importante dans les années futures. Cette augmentation du nombre de nouveaux cas fera aussi pression sur les services liés au traitement, à l'adaptation et à la réadaptation ainsi qu'aux soins palliatifs.

Dans l'avenir, il deviendra peut-être possible de suivre conjointement l'évolution de plusieurs facteurs de risque dans la population, au lieu de tenter de suivre chaque facteur de risque individuellement. Des méthodes commencent à apparaître afin de déterminer le risque d'avoir le cancer du sein à différentes périodes de la vie². Cet instrument utilise l'information sur chaque facteur de risque et fait des combinaisons pour estimer le risque

1. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, *Guide canadien de médecine clinique et préventive*, Ottawa, Santé Canada, 1995.

2. Gail *et al*, 1989.

couru par une femme de développer le cancer du sein. Un tel instrument, employé dans le cadre d'un programme de surveillance, permettrait de suivre l'évolution du profil de risque moyen des Québécoises, tout en faisant ressortir la contribution des facteurs modifiables.

3.2 *Résultats de santé et de bien-être*

La prévention a pour objectif d'empêcher l'apparition du cancer du sein. Les progrès en prévention devraient ainsi se traduire par une diminution de l'incidence du cancer du sein. Le principal indicateur retenu pour suivre l'évolution de l'incidence est le taux comparatif d'incidence de cancer du sein ajusté à l'âge (voir le tableau 3). Un changement dans l'incidence se traduirait aussi par une diminution du risque d'avoir un cancer du sein dans la vie, qui est un autre indicateur important à suivre, d'autant plus qu'il est facile à comprendre par la population. Le nombre de nouveaux cas de cancer du sein est un indicateur aussi important parce qu'il est fortement lié aux besoins de services et de suivi auxquels le système de santé doit répondre.

Par contre, dans les prochaines années, les succès ou les échecs des efforts de prévention ne seront pas les seuls responsables de changements dans l'incidence. L'augmentation des activités de dépistage après l'avènement du *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN* (PQDCS) et à la suite de la publicité favorisant la détection précoce par mammographie influencera également l'incidence observée du cancer du sein au Québec. Cette augmentation des activités de dépistage devrait entraîner une élévation artificielle de l'incidence, élévation qui cessera lorsque les activités de dépistage auront atteint un nouvel équilibre.

Tableau 3

Indicateurs proposés dans le domaine de la prévention

Composante	Indicateur	Référence
Santé et bien-être Incidence	Nombre annuel de nouveaux cas de cancer du sein	Comité consultatif sur le cancer, 1998
	Risque de développer un cancer du sein	
	Taux comparatif d'incidence	



DÉTECTION PRÉCOCE

4.1 Résultats de production

S'il n'a pas été possible d'empêcher l'apparition d'un cancer du sein, la deuxième mesure à appliquer dans la lutte contre le cancer du sein consiste à le détecter le plus précocement possible. Cet objectif s'applique à tous les cas de cancers du sein, peu importe l'âge de la femme. Actuellement, la plupart des cas de cancers du sein sont encore détectés par la femme elle-même ou par son conjoint. Il est donc important que les Québécoises connaissent les signes de cancer du sein et consultent promptement lorsque ces signes apparaissent. Ce processus est cependant difficile à évaluer directement; on devra plutôt suivre les pratiques des femmes relativement aux méthodes de détection précoce, ce qui donne une mesure indirecte du niveau de connaissances. Les médecins de première ligne jouent également un rôle important dans la précocité de la détection du cancer du sein. Non seulement doivent-ils évaluer adéquatement les anomalies que leur rapportent les femmes, peu importe leur âge, mais ils devraient aussi, pour les femmes de 50 ans ou plus, faire un examen clinique des seins au cours des examens médicaux périodiques. Les médecins de première ligne devraient donc avoir la formation et l'expertise nécessaires pour évaluer les anomalies mammaires et s'assurer qu'elles sont investiguées le plus rapidement possible. Enfin, pour les femmes qui ont entre 50 et 69 ans inclusivement, le Québec a mis en place un programme de dépistage systématique du cancer du sein par mammographie. Il est important de s'assurer que les femmes y participent, que les médecins les y dirigent et que les suivis sont de bonne qualité.

Par souci de parcimonie et de faisabilité, nous avons choisi de nous concentrer sur les pratiques des femmes (et, par extension, des médecins de première ligne) quant à l'utilisation de l'examen clinique des seins et de la mammographie, les deux méthodes de détection les plus performantes à l'heure actuelle pour détecter le cancer du sein. La participation des femmes qui ont entre 50 et 69 ans au *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN* représente un autre facteur qu'il nous est apparu important de suivre.

La mammographie est actuellement la technique qui permet de détecter le cancer du sein le plus précocement, du moins chez les femmes qui ont entre 50 et 69 ans. Par contre, l'évaluation d'une mammographie, spécialement en l'absence de masse palpable (il faut donc détecter de très petites lésions), requiert des installations de qualité et un minimum d'expérience de la part du centre de mammographie et des radiologistes. Le nombre de mammographies faites par un centre et le nombre de mammographies lues par un radiologiste, tout comme le nombre de biopsies du sein échoguidées ou stéréoguidées sont des indicateurs de cette expérience.

La qualité des appareils utilisés s'avère également importante. L'évaluation de la qualité de l'équipement mammographique a fait l'objet de travaux dans lesquels le Québec a joué un rôle de premier plan¹. La qualité du mammographe et de ses composantes a un effet direct sur la capacité à détecter de petites tumeurs. En effet, les tests de contrôle de la qualité

1. *Syllabus: A Categorical Courses in Physics, Technical Aspects of Breast Imaging...*, 1993 ; *Manuel de contrôle de la qualité...*, 1997 et 1998 ; *Étude nationale des cliniques de mammographies canadiennes*, 1997.

incluent l'évaluation de la capacité du système à décaler des tumeurs de 2 mm, de 1 mm, de 0.75 mm, de 0.50 mm et de 0.25 mm ; ils incluent aussi l'évaluation de la capacité du système à déceler des lésions tumorales sous forme de masses, de distorsions parenchymateuses et de microcalcifications. La collecte des données au regard des critères de qualité de l'équipement mammographique demande une expertise spécialisée. Les évaluations de qualité des appareils doivent être répétées régulièrement et il est important d'y affecter les ressources nécessaires.

Les connaissances, attitudes et pratiques des femmes et des médecins de première ligne concernant la détection précoce du cancer du sein auraient pu faire l'objet d'indicateurs. Les délais entre la détection d'une anomalie au sein par la femme et la consultation chez son médecin de première ligne, tout comme le délai entre la première consultation chez le médecin et la fin de l'investigation liée à l'anomalie sont aussi des facteurs qu'il aurait été utile de suivre¹. Ces éléments n'ont pas été retenus par souci d'économie ou de faisabilité.

L'expérience des pathologistes qui analysent les biopsies est également la pierre angulaire de la qualité de l'investigation. Le ratio du nombre de spécimens de biopsies au trocart et de pièces de biopsies chirurgicales prélevées dans un centre sur le nombre de pathologistes appelés à en faire l'analyse aurait pu être un indicateur de l'expérience des pathologistes. Cependant, la difficulté d'application de cet indicateur a fait en sorte que la présence, dans le rapport de pathologie, des composantes essentielles à la prise en charge subséquente, à la fois à l'investigation et à la caractérisation du cancer, a plutôt été retenue.

Plusieurs nouvelles technologies, telles que la biopsie stéréoguidée et la biopsie échoguidée, permettent l'investigation des anomalies du sein. Par contre, malgré l'existence d'un guide de pratique pour la biopsie au trocart faite avec ou sans stéréoguidage², publié après une concertation entre l'*American College of Surgeons*, l'*American College of Radiologists* et l'*American College of Pathologists*, il serait difficile pour le moment de juger bons ou mauvais les changements de pratiques. Par exemple, nous ne saurions comment interpréter une analyse qui nous révélerait que, dans certains milieux, 30 % des nouveaux cas de cancer du sein ont été diagnostiqués par biopsie stéréoguidée alors que, dans un autre milieu, le même résultat aurait été obtenu par biopsie échoguidée.

4.2 Résultats de santé et de bien-être

Le principal résultat de santé recherché par la détection précoce est la diminution du taux de mortalité parmi la population féminine. Cependant, en principe, la mortalité par cancer du sein peut aussi être influencée par les efforts de prévention et l'amélioration de l'efficacité des traitements. Dans le cadre d'un programme de surveillance, la mortalité par cancer du sein ne peut donc pas être utilisée comme indicateur pour suivre les progrès dans la détection précoce.

L'avancement du cancer du sein au moment du diagnostic peut être considéré comme un résultat de santé, le degré d'avancement du cancer ayant une influence déterminante sur la survie. Ce résultat de santé est étroitement lié aux efforts de détection précoce et n'est

1. Burgess *et al*, 1998.

2. Bassett *et al*, 1997.

aucunement influencé par les autres domaines de la lutte contre le cancer du sein. Le stade TNM d'un cancer au diagnostic est une mesure internationalement reconnue de l'avancement de la maladie au moment du diagnostic, et la répartition des cancers du sein selon la classification TNM a été retenue comme indicateur de santé pour la détection précoce¹.

La classification TNM dépend notamment de la taille de la tumeur et de l'envahissement axillaire et à distance par la tumeur. Chacune de ces composantes du TNM mérite d'être suivie séparément. Malgré ses avantages, la classification TNM demeure assez grossière. Elle utilise des données cliniques et pathologiques en proportion variable. Elle est basée sur des regroupements de taille de tumeur et, par exemple, ne fait pas de distinction entre les tumeurs de 2 cm et celles de 1 cm. Elle ne tient pas compte non plus du nombre de ganglions axillaires envahis. Il est donc préférable non seulement de choisir des indicateurs basés sur la classification TNM, mais aussi sur les composantes de cette classification. Une telle approche permettra de mesurer des progrès qu'il serait difficile de constater autrement.

Tableau 4

Indicateurs proposés dans le domaine de la détection précoce

Composante	Indicateur	Référence
Production		
Pratique des femmes concernant l'examen clinique des seins	Proportion des femmes qui ont entre 50 et 69 ans et qui subissent un examen clinique annuel des seins.	<i>Guide canadien de médecine clinique et préventive</i> , 1995
Pratique des femmes concernant la mammographie	Proportion des femmes qui ont entre 50 et 69 ans et qui subissent une mammographie tous les deux ans	PQDCS, 1996 <i>Guide canadien de médecine clinique et préventive</i> , 1995
Pratique des femmes concernant le PQDCS	Proportion des femmes qui ont entre 50 et 69 ans et qui participent au PQDCS	PQDCS, 1996 Comité consultatif sur le cancer, 1998
Pratique radiologique	Répartition des centres de radiologie selon le nombre de mammographies faites par année	<i>National Program for the Early Detection of Breast Cancer</i> , 1994
	Répartition des centres de radiologie selon le nombre de biopsies du sein échoguidées ou stéréoguidées faites par année	Hébert-Croteau, Brisson et Pineault, 1999

Tableau 4, suite à la page 21

1. Sobin et Whitekind, 1997.

Composante	Indicateur	Référence
Santé et bien-être Étendue du cancer au diagnostic	Proportion des centres accrédités par l'Association canadienne de radiologie (et des centres certifiés MSSS) <i>Manuel de contrôle de la qualité</i>	Association canadienne des radiologistes, 1997, 1998
	Répartition des radiologistes selon le nombre de mammo- graphies lues par année	Association canadienne des radiologistes, 1997, 1998 <i>National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994</i>
	Répartition des radiologistes selon le nombre de biopsies du sein échoguidées ou stéréo- guidées faites par année	Hébert-Croteau, Brisson et Pineault, 1999
	Répartition des nouveaux cas de cancer du sein infiltrant selon la taille de la tumeur	<i>European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening, 1996</i> Comité consultatif sur le cancer, 1998 <i>National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994</i>
	Répartition des nouveaux cas de cancer du sein infiltrant selon l'envahissement ganglionnaire	Comité consultatif sur le cancer, 1998
	Proportion des nouveaux cas de cancer du sein qui sont de type carcinome canalaire <i>in situ</i> (CCIS)	<i>National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994</i> <i>Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast disease, UK, 1995</i>
	Répartition des nouveaux cas de cancer du sein selon le stade TNM	<i>European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening, 1996</i> Comité consultatif sur le cancer, 1998 <i>National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994</i>



CARACTÉRISATION DU CANCER ET TRAITEMENT

5.1 *Résultats de production*

Le traitement est l'une des armes efficaces pour lutter contre le cancer du sein¹. Pour le traiter efficacement, il faut d'abord caractériser le cancer, pour savoir de quel type de tumeur il s'agit, puis adapter les modalités thérapeutiques au type de tumeur en question².

Le guide de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein publié en 1998, a servi de base pour préciser les indicateurs de processus concernant la caractérisation du cancer du sein et son traitement.

Selon ce guide, le traitement du cancer du sein différera grandement selon que la tumeur est intracanalair ou infiltrante. De plus, le choix de traitement pour le cancer du sein infiltrant dépend des récepteurs hormonaux³, de la taille et du grade de la tumeur, de l'envahissement vasculaire et lymphatique et de l'envahissement ganglionnaire⁴. On devrait donc s'attendre à ce que l'information sur ces caractéristiques de la tumeur soit disponible pour presque tous les cancers du sein infiltrants. Les limites d'exérèse chirurgicales auraient pu faire partie des données essentielles devant être retrouvées dans la caractérisation d'un cancer du sein *in situ*. Cependant, cette évaluation demeure subjective et l'approche thérapeutique des cliniciens par rapport à une « marge positive » varie selon les écoles de pensée.

La chirurgie demeure l'activité de première ligne dans le traitement du cancer du sein. La chirurgie conservatrice est préférable à la chirurgie totale. Par contre, lorsqu'une chirurgie conservatrice est pratiquée, elle doit normalement être accompagnée de radiothérapie⁵.

Après la chirurgie, plusieurs femmes bénéficieront de traitements adjuvants systémiques, comme la chimiothérapie ou l'hormonothérapie. L'administration de ces traitements adjuvants dépendra de l'âge de la femme, en plus des caractéristiques mentionnées ci-dessus. Un large consensus est maintenant établi selon lequel les femmes âgées de moins de 50 ans atteintes de cancer du sein avec envahissement ganglionnaire devraient recevoir une chimiothérapie (avec ou sans hormonothérapie), tandis que les femmes de 50 ans ou plus, dans le même cas et présentant une tumeur avec récepteurs hormonaux positifs devraient plutôt recevoir une hormonothérapie (avec ou sans chimiothérapie).

L'expérience d'un établissement de santé et de ses intervenants dans le traitement du cancer du sein est l'un des facteurs organisationnels importants associés à la qualité du traitement du cancer du sein. Le nombre de nouveaux cas de cancer du sein diagnostiqués ou traités dans un établissement permet donc de suivre l'expérience des établissements québécois dans le traitement de cette maladie.

1. *Guide de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein*, 1998 ; *Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast disease in the United Kingdom*, 1995 ; Blichert-Toft *et al*, 1997 ; Guadagnoli *et al*, 1998.

2. Sloane *et al*, 1994.

3. Balaton *et al*, 1996.

4. *Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast disease in the United Kingdom*, 1995 ; Blichert-Toft *et al*, 1997.

5. *Guide de pratique clinique...*, 1998 ; Guadagnoli *et al* 1998.

Le consensus entourant le traitement des cancers intracanalaires est moins bien établi. Aucun indicateur n'est donc proposé en ce qui concerne l'investigation et le traitement de ces lésions.

5.2 *Résultats de santé et de bien-être*

L'objectif ultime du traitement est l'amélioration de la survie. En revanche, la survie globale dépend du stade de la maladie au moment du diagnostic. Les progrès liés au traitement seraient donc mieux mesurés par l'évolution de la survie ajustée au stade du cancer au moment du diagnostic. De plus, les femmes atteintes d'un cancer du sein peuvent aussi mourir d'autres causes que de leur cancer. Pour tenir compte de la mortalité par une autre cause, la survie relative devrait être privilégiée. Le meilleur indicateur pour suivre les progrès thérapeutiques serait donc la survie relative ajustée au stade de la maladie au moment du diagnostic, laquelle pourrait ultérieurement être étudiée après stratification pour des classes plus fines du TNM, afin d'évaluer les gains thérapeutiques dans les divers sous-groupes de patientes.

La fréquence des récurrences locales, régionales et à distance aurait pu être utilisée comme mesure indirecte de résultat sur la santé. Ces récurrences indiquent un échec du traitement et surviennent plus précocement que le décès. Par contre, le nombre de récurrences dans de vastes cohortes de femmes ayant le cancer du sein est extrêmement difficile à déterminer pour le moment. Pour des raisons de faisabilité, nous avons donc choisi de ne pas inclure les récurrences dans notre plan de surveillance.

Tableau 5

Indicateurs proposés dans le domaine de la caractérisation du cancer et du traitement

Composante	Indicateur	Référence
Production		
Taille de la tumeur	Proportion des nouveaux cas de cancer infiltrant avec évaluation de la taille de la tumeur	<i>Guide de pratique clinique...</i> , 1998 <i>Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast disease</i> , 1995
Récepteurs hormonaux	Proportion des nouveaux cas de cancer infiltrant avec évaluation des récepteurs œstrogéniques au moment du diagnostic.	
Grade histologique ou nucléaire	Proportion des nouveaux cas de cancer infiltrant avec évaluation du grade au moment du diagnostic.	

Tableau 5, suite à la page 24

Composante	Indicateur	Référence
Envahissement ganglionnaire	Proportion des nouveaux de cas de cancer infiltrant avec évaluation de l'envahissement ganglionnaire à l'examen pathologique.	<i>Guide de pratique clinique...</i> , 1998 <i>Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast disease</i> , 1995
Envahissement vasculaire ou lymphatique	Proportion des nouveaux cas de cancer infiltrant avec évaluation de l'envahissement vasculaire ou lymphatique à l'examen pathologique.	
Chirurgie du sein	Proportion des nouveaux cas de cancer du sein traités par chirurgie mammaire conservatrice	<i>Guide de pratique clinique...</i> , 1998
	Répartition des centres hospitaliers selon le nombre de nouveaux cas de cancer du sein diagnostiqués par année	Comité consultatif sur le cancer, 1998 <i>Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast disease</i> , 1995
Radiothérapie	Proportion des femmes qui ont reçu des traitements de radiothérapie parmi les cas de cancer du sein infiltrant traités par chirurgie mammaire conservatrice.	<i>Guide de pratique clinique...</i> , 1998
Traitement systémique adjuvant	Proportion des nouveaux cas de cancer du sein chez des femmes de moins de 50 ans avec envahissement ganglionnaire traités par chimiothérapie	<i>Guide de pratique clinique...</i> , 1998
	Proportion des nouveaux cas de cancer du sein chez des femmes de 50 ans ou plus avec récepteurs d'œstrogènes positifs (RE +) ou inconnus et envahissement ganglionnaire traités par le tamoxifène	<i>Guide de pratique clinique...</i> , 1998
Santé et bien-être Survie	Taux de survie relative ajusté selon le stade de la maladie au moment du diagnostic	Comité consultatif sur le cancer, 1998



ADAPTATION ET RÉADAPTATION

6.1 *Résultats de production*

Les statistiques sur les services facilitant l'adaptation et la réadaptation ne sont pas proposées comme base pour les indicateurs à cause de la grande difficulté d'obtenir ces chiffres et de l'incertitude quant à leur interprétation.

6.2 *Résultats de santé et de bien-être*

La découverte d'un cancer du sein ébranle fortement l'équilibre émotionnel et le comportement social d'une femme et de ses proches. Les répercussions d'un cancer du sein touchent plusieurs aspects de la santé physique et mentale, incluant la détresse psychologique liée à la perception d'un danger pour la vie, les effets secondaires des traitements, les nombreuses absences ou même l'arrêt du travail et les inquiétudes des proches. La lutte contre le cancer du sein devrait comprendre des activités visant à aider les femmes à s'adapter à leur nouvelle situation créée par l'annonce du diagnostic, et ce, le plus rapidement possible. Le niveau d'adaptation visé devrait correspondre au moins à celui de la population féminine générale du même âge et non atteinte de cancer du sein.

Des moments particulièrement difficiles pour les femmes et leurs proches sont celui de l'annonce du diagnostic et celui du choix du traitement, lequel survient environ deux semaines après l'annonce du diagnostic. Par la suite, un moment crucial se situe à la fin du premier cycle de traitements lorsque la femme se retrouve seule, sans intervenants pour répondre à ses questions, ce qui peut lui causer beaucoup d'anxiété. Un nombre grandissant de femmes doivent recevoir des traitements adjuvants locaux (radiothérapie suivant une chirurgie de conservation) avec ou sans traitements adjuvants systémiques (hormonothérapie ou chimiothérapie). Ces traitements peuvent s'étendre sur une période de plusieurs mois, mais durent rarement plus d'un an, sauf pour l'hormonothérapie qui se poursuit généralement pendant cinq ans. Il serait donc raisonnable d'espérer que les femmes atteintes de cancer du sein aient retrouvé un niveau d'adaptation équivalent à celui de la population en général environ un an après l'annonce du diagnostic.

L'adaptation au cancer du sein peut se diviser en composantes physiques et mentales. Par exemple, si la femme n'est pas limitée par la douleur physique dans ses activités quotidiennes, qui comprennent tout aussi bien la capacité de transporter ses sacs d'épicerie que de s'habiller, si elle ne ressent pas de fatigue ou de baisse importante d'énergie et d'entrain, si donc sa santé physique générale est bonne et, sachant que la façon de se percevoir après un cancer du sein est très importante pour la femme, si elle ne se considère pas (et n'est effectivement pas) mutilée ou encore si sa vitalité fait en sorte qu'elle ne s'isolera pas par tristesse, détresse émotionnelle ou difficulté d'adaptation et qu'elle reprendra plus facilement ses activités sociales, cela facilitera l'atteinte d'un niveau d'adaptation comparable, sinon supérieur dans certains cas, à celui de la population féminine en général.

Il est proposé d'utiliser une série de mesures de santé et de bien-être visant à suivre les progrès dans l'adaptation des femmes ayant un cancer du sein. Un outil de mesure, le SF-36¹,

1. Ware et Gandek, 1998 ; Ware, Kosinski et Keller, 1995.

actuellement utilisé dans un échantillon de population de l'enquête Santé Québec de 1998, permet d'évaluer le niveau d'adaptation de la population en général. Cet instrument évalue séparément les composantes physiques et mentales de l'adaptation. Il permet également d'examiner séparément divers aspects de la composante physique (fonctionnement physique, influence de la santé physique sur les activités quotidiennes et professionnelles, niveau de douleur corporelle, et perception de sa santé générale) ainsi que divers aspects de l'adaptation mentale (vitalité, fonctionnement social, influence de l'aspect émotionnel sur les activités quotidiennes et professionnelles, perception de sa santé mentale). Il nous apparaît opportun de suggérer l'utilisation du SF-36 pour évaluer les femmes atteintes de cancer du sein un an après l'annonce du diagnostic, afin de comparer leur niveau d'adaptation avec celui de la population en général du même âge.

Tableau 6

Indicateurs proposés dans le domaine de l'adaptation-réadaptation

Composante	Indicateur	Référence
Santé et bien-être		
Santé physique	Proportion des nouveaux cas qui, un an après un diagnostic de cancer du sein, ont un niveau d'adaptation physique comparable à celui de la population en général (fonctionnement physique, influence de la santé physique sur les activités quotidiennes et professionnelles, douleur corporelle, santé générale)	Ware <i>et al</i> , 1995 ; 1998
Santé mentale	Proportion des nouveaux cas qui, un an après un diagnostic de cancer du sein, ont un niveau d'adaptation mentale comparable à celui de la population en général (vitalité, fonctionnement social, influence de la santé émotionnelle sur les activités quotidiennes et professionnelles, santé mentale)	



SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE

7.1 *Résultats de production*

La plupart des patients en phase terminale souhaitent demeurer le plus longtemps possible à domicile¹, à la condition de ne pas devenir un fardeau physique, émotionnel ou économique pour leurs proches². Les professionnels de la santé concernés par les soins palliatifs ont aussi tendance à penser que ce désir des patients devrait être respecté, dans la mesure où les soins au patient n'en sont pas affectés³. Ce consensus permet donc de proposer pour les patientes atteintes de cancer du sein quelques indicateurs sur l'organisation des soins reçus en fin de vie, incluant le lieu du décès et le temps passé en milieu hospitalier dans les trois derniers mois de vie⁴.

Il est aussi souhaité que tous les établissements où des patients meurent de cancer aient une équipe multidisciplinaire qui se spécialise dans les soins en fin de vie ou une unité de soins palliatifs. Malheureusement, les services d'une équipe d'intervenants en soins palliatifs sont rarement disponibles actuellement et peu d'établissements possèdent une telle unité de soins. Il nous semble donc utile de suivre dans le temps, dans le cadre d'un projet rattaché aux ressources, les progrès concernant la proportion des établissements qui constituent une unité ou une équipe de soins palliatifs parmi ceux qui accueillent des patients en phase terminale, incluant bien sûr les patientes atteintes de cancer du sein.

7.2 *Résultats de santé et de bien-être*

Environ 1 450 Québécoises mourront du cancer du sein en 1999⁵. La lutte contre le cancer du sein devrait tout de même se poursuivre à cette difficile étape de la maladie. L'objectif poursuivi est de permettre aux femmes de traverser ces derniers moments de vie en maintenant le plus haut niveau de qualité de vie possible, incluant l'absence de douleur et de confusion, dans la plus grande sérénité possible et dans la dignité.

Les indicateurs directs ou indirects de la qualité de vie à cette importante phase de la maladie ne sont pas disponibles. Certains travaux de recherche tentent de façonner des instruments qui, éventuellement, permettront de suivre les résultats des efforts en soins palliatifs au Québec (D^r Robin Cohen, Université McGill, communication personnelle) mais, pour le moment, cet objectif nous semble impossible à mesurer.

1. Bruera *et al*, 1990 ; Comité consultatif sur le cancer, 1995 ; Costantini *et al*, 1993 ; Townsend *et al*, 1990 ; Dunlop *et al* 1989.

2. Karlsen et Addington-Hall, 1998.

3. *Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast disease in the United Kingdom*, 1995 ; Karlsen et Addington-Hall 1998, Grande *et al*, 1998 ; Higginson *et al*, 1992.

4. Smeenk *et al*, 1998.

5. Santé Canada, 1999.

Tableau 7

Indicateurs proposés dans le domaine des soins palliatifs

Composante	Indicateur	Référence
Production Organisation des soins	Nombre moyen de jours passés en milieu hospitalier au cours des trois derniers mois de la vie Proportion des décès par cancer du sein qui surviennent en milieu hospitalier	Comité consultatif sur le cancer, 1998



LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN : MESURES GLOBALES

L'objectif de santé ultime visé par la prévention, le dépistage et les traitements liés au cancer du sein est de réduire la mortalité par cancer du sein dans la population féminine du Québec. Les données concernant la mortalité par cancer du sein sont disponibles et les indicateurs qui y sont attachés, bien établis.

Les efforts fournis ou à fournir dans la lutte contre le cancer du sein, liés tant au secteur de l'adaptation et de la réadaptation qu'à celui des soins palliatifs de fin de vie visent la qualité de la vie. Le succès dans ces domaines n'est pas reflété dans la mortalité. Une nouvelle approche doit être définie pour pouvoir suivre globalement les progrès dans ces deux domaines importants de la lutte contre le cancer du sein.

Une mesure globale qui permettrait de suivre les progrès dans l'ensemble de tous ces domaines à la fois n'a pas encore été établie. En s'inspirant de la méthodologie des DALY (Disability Adjusted Life-Years)¹, il serait opportun de considérer l'utilisation du nombre d'années potentielles de vie perdues en raison du cancer du sein en tenant compte de la qualité de vie comme indicateur global de la lutte contre le cancer du sein.

Tableau 8

Indicateurs proposés dans le domaine de la lutte contre le cancer sein : mesures globales

Composante	Indicateur	Référence
Santé et bien-être Mortalité	Nombre annuel de décès par cancer du sein	Santé Canada, 1999
	Risque de mourir d'un cancer du sein au cours de la vie	
	Taux comparatif de mortalité	
	Années potentielles de vie perdues découlant des décès par cancer du sein (APVP)	
Qualité de vie	Années de vie perdues par réduction de la qualité de vie parmi les survivantes au cancer du sein	<i>Global burden of disease</i> , 1996
Années potentielles de vie perdues	Années totales de vie perdues en raison du cancer du sein, incluant les pertes liées à la qualité de vie	<i>Global burden of disease</i> , 1996

1. *The global burden of disease*, 1996.



BIBLIOGRAPHIE

ALLEN, Louise et Richard TREMBLAY. *Manuel de contrôle de la qualité – volume 1 – Technologie en radiologie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Programme Québécois de dépistage du cancer du sein, février 1998, 159 p.

ASSOCIATION CANADIENNE DES RADIOLOGISTES. *Programme d'agrément en mammographie*, 1997, p. 4-6.

BALATON, A. J., *et al.* « Recommandations pour l'évaluation immuno-histochimique des récepteurs hormonaux sur coupes en paraffine dans les carcinomes mammaires », *Annals of Pathology*, vol. 16, n° 2, 1996, p. 144-148.

BASSETT, L., *et al.* « Stereotactic core-needle biopsy of the breast : a report of the Joint Task Force of the American College of Radiology, American College of Surgeons, and College of American Pathologists », *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, vol. 47, n° 3, 1997, p. 171-190.

BENNET, S., A. DOBSON et P. MAGNUS. *Outline of a national monitoring system for cardiovascular disease*, Australian Institute of Health and Welfare, Cardiovascular diseases series, n° 4, Australian Institute of Health and Welfare, 1995, 63 p.

BLITCHER-TOFT, M., *et al.* « Principles and guidelines for surgeons' management of symptomatic breast cancer », *European Journal of Surgical Oncology*, n° 23, 1997, p. 101-109.

BOSS, L. P. et L. SUAREZ. « Uses of data to plan cancer prevention and control programs », *Public Health Reports*, vol. 105, n° 4, 1990, p. 354-360.

BRUERA, E., *et al.* « Social and demographic characteristics of patients admitted to a palliative Care Unit » *Journal of Palliative Care*, vol. 6, n° 4, 1990, p. 16-20.

BURGESS, C. C., *et al.* « Who and what influences delayed presentation in breast cancer? » *British Journal of Cancer*, vol. 77, n° 8, 1998, p. 1343-1348.

CHRISTOPHER, J. et L. MURRAY (sous la direction de). *The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Boston, Harvard University, 1996, vol. 1, 990 p.

COLLOPY, B.T., *et al.* « The Australian Council on healthcare standards care evaluation program » *The Medical Journal of Australia*, n° 163, 1995, p. 477-480.

COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER. *Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 185 p.

COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER. *Pour une meilleure compréhension des besoins des personnes atteintes de cancer*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, p. 40-42.

COMMONWEALTH DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES AND HEALTH. *National Program for the Early Detection of Breast Cancer : National Accreditation Requirements*, Australie, March 1994, appendice VIII.

COSTANTINI, M., *et al.* « Palliative home care and place of death among cancer patients : a population-based study », *Palliative Medicine*, vol. 7, n° 4, 1993, p. 323-331.

DARIS, Roger et Richard TREMBLAY. *Manuel de contrôle de la qualité – vol. 2 – Physicien biomédical*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN*, février 1998, 159 p.

DUNLOP, R., J. DAVIES et J.M. HOCKLEY. « Preferred versus actual place of death: A hospital palliative care support team experience », *Palliative Medicine*, vol. 3, 1989, p. 197-201.

Étude d'indicateurs pour le secteur « jeunes en difficulté », Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux / Régies régionales, 1995, 138 p.

European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening, Europe Against Cancer, European Commission, 1996.

GAIL, M.H., *et al.* « Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually » *Journal of National Cancer Institute*, n° 81, 1989, p. 1879-1886.

« Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast disease in the United Kingdom », *European Journal of Surgical Oncology*, n° 21, 1995, suppl. A.

GRANDE, G.E., J.M. ADDINGTON-HALL et C.J. TODD. « Place of death and access to home care services: Are certain patients groups at a disadvantage? » *Social Science Medicine*, vol. 47, n° 5, 1998, p. 565-579.

GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique et préventive*, Ottawa, Santé Canada, chapitre 65, 1995, p. 892-900.

GUADAGNOLI, E., *et al.* « The quality of care for treatment of early stage breast cancer carcinoma », *Cancer*, n° 83, 1998, p.302-309.

Harvard report on cancer prevention. Volume 1, *Causes of human cancer*, Cancer Causes and Control, n° 7, 1996, suppl.1, sous la dir. de R.R. Monson, Boston, 1996, p. 59.

HÉBERT-CROTEAU, N., J. BRISSON et R. PINEAULT. « A review of organizational factors related to quality of care of women with breast cancer », (à paraître).

HIGGINSON, I.R. A.M. WADE et M. MC CARTHY. « Effectiveness of two palliative support teams », *Journal of Public Health Medicine*, vol. 14, n° 1, 1992, p. 50-56.

Indicateurs sociosanitaires, définitions et interprétations, ministère de la Santé et des Services sociaux / Régies régionales, 1995, 224 p.

« Integrated health systems », *Discourse on health* (Canada), vol 3, 1997, p. 1-41.

KARLSEN, S. et J. ADDINGTON-HALL. « How do cancer patients who die at home differ from those who die elsewhere ? » *Palliative Medicine*, vol. 12, n° 4, 1998, p. 279-286.

McCARTHY D. O'B., *et al.* « A one-year audit of 255 operable breast cancers », *European Journal of Surgical Oncology*, vol. 23, 1997, p. 399-402.

« Measurement of Progress Against Cancer ». *Journal of National Cancer Institute*, vol. 82, n° 10, 1990, p. 825-835.

MESSELY, Marie-Claude, *Profil d'utilisation des services chez les femmes de la région 03 avec cancer du sein déclaré en 1991 et 1992*. Rapport de recherche, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN*, Cadre de référence, Québec, 1996, 67 p.

SANTÉ CANADA. *Étude nationale des cliniques de mammographies canadiennes*, Ottawa, Santé Canada, Direction générale de la protection de la santé, 1997, 19 p.

SANTÉ CANADA. *Statistiques canadiennes sur le cancer*, 1999, 76 p.

SAUCIER A. et Y. BRUNELLE. *Les indicateurs et la gestion par résultats*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, août 1995, 33 p.

SMEENK, F.W.J.M., *et al.* « Effectiveness of home care programmes for patients with incurable cancer on their quality of life and time spent in hospital: Systematic review », *British Medical Journal*, vol. 316, 1998, p. 1939-1944.

SLOANE, J.P., *et al.* « Consistency of histopathological reporting of breast lesions detected by screening : Findings of the U.K. National External Quality Assessment (EQA) Scheme, U. K. National Coordinating Group for Breast Screening Pathology », *European Journal of Cancer*, vol. 30A, n° 10, 1994, p. 1414-1419.

SOBIN, L. H. et C. WITTEKIND. *TNM Classification of Malignant Tumors*, 5^e édition, 1997, 227 p.

Syllabus: A Caterorical course in Physics, Technical Aspects of Breast Imaging. Mammographic Quality Control: ACR-recommended Physicist's-level Testing, novembre 1993.

THORPE, G. « Enabling more dying people to remain at home », *British Medical Journal*, vol. 307, 1993, p. 915-918.

THE STEERING COMMITTEE ON CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR THE CARE AND TREATMENT OF BREAST CANCER. « Guide de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 158, n° 3, 1998, p. SF1-SF94.

TOWNSEND, J., *et al.* « Terminal cancer care and patient's preference for place of death : A prospective study », *British Medical Journal*, vol. 301, 1990, p. 415-417.

WARE, J.E. et B. GANDEK. « Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 51, n° 11, 1998, p. 903-912.

WARE, J.E., M. KOSINSKI et S.D. KELLER. *SF-12 How to score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales*, Boston (MA), The Health Institute, New England Medical Center, Décembre 1995, p. 1-5.

WINSTANLEY, J.H.R., *et al.* « The value of guidelines in a breast screening service », *European Journal of Surgical Oncology*, vol. 21, 1995, p. 140-142.



LISTE DES FIGURES

Figure 1 Domaine de la lutte contre le cancer du sein 10

Figure 2 Modèle d'analyse d'un programme 11

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Plan global de surveillance de la lutte contre le cancer du sein 13

Tableau 2 Contenu des fiches descriptives 15

Tableau 3 Indicateurs proposés dans le domaine de la prévention 17

Tableau 4 Indicateurs proposés dans le domaine de la détection précoce 20

Tableau 5 Indicateurs proposés dans le domaine de la caractérisation
du cancer et du traitement 23

Tableau 6 Indicateurs proposés dans le domaine de l'adaptation-réadaptation 26

Tableau 7 Indicateurs proposés dans le domaine des soins palliatifs 28

Tableau 8 Indicateurs proposés dans le domaine de la lutte
contre le cancer sein : mesures globales 29

Annexes

FICHES DESCRIPTIVES DES INDICATEURS

Prévention	35
Détection précoce	39
Caractérisation du cancer et traitement	56
Adaptation et réadaptation	67
Soins palliatifs de fin de vie	71
Lutte contre le cancer du sein : mesures globales	73

1. Nom de l'indicateur	Nombre annuel de nouveaux cas de cancer du sein.
2. Description	Nombre annuel de nouveaux cas de cancer du sein infiltrant détectés dans la population féminine.
3. Provenance des données	Fichier des tumeurs du Québec.
4. Méthode de calcul	Nombre de femmes nouvellement inscrites au fichier des tumeurs pour cancer du sein infiltrant (CIM 174) pendant une année civile. Les projections sont faites par modèle de régression de Poisson utilisant les taux bruts d'incidence observés pour une période donnée (par exemple de 1990 à 1994). Les incidences estimées par régression sont ensuite appliquées aux nombres de femmes prévus par projection démographique pour les années projetées (voir D.R. Brillinger, « The natural variability of vital rates and associated statistics », <i>Biometrics</i>, n° 42, 1986, p. 693-734).
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : tous les âges. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : de 1984 jusqu'à la dernière année pour laquelle les données sont disponibles (avec projections pour une autre décennie).
6. Justification	L'un des objectifs de la prévention est la diminution de l'apparition de nouveaux cas.
7. Limites	Les cas de cancer du sein diagnostiqués qui ne nécessitent pas d'hospitalisation ni de chirurgie d'un jour ne sont pas répertoriés dans le fichier des tumeurs du Québec. De plus, il est possible que le problème de sous-déclaration soit plus important dans certaines régions que dans d'autres. Le problème de sous-déclaration peut aussi varier dans le temps. Enfin, une augmentation dans le nombre de nouveaux cas de cancer du sein pourrait tout aussi bien refléter un meilleur dépistage.
8. Références	Comité consultatif sur le cancer. <i>Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe.</i> ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 185 p.

1. Nom de l'indicateur	Risque de développer un cancer du sein.
2. Description	Probabilité pour une femme d'être atteinte d'un cancer du sein au cours de toute sa vie ou d'une période de sa vie.
3. Provenance des données	Fichier des tumeurs du Québec.
4. Méthode de calcul	L'estimation du risque de développer un cancer du sein est faite par simulation : une cohorte de 100 000 femmes est exposée aux taux d'incidence et de mortalité pour une année donnée par groupe d'âge et pour l'ensemble du Québec. La méthode utilisée est tirée des articles de Goldberg et de Zdeb (Goldberg <i>et al.</i> « The probability of developing cancer », <i>Journal of the National Cancer of Institute</i> , vol. 17, 1956, p. 155-173 ; M.S. Zdeb, « The probability of developing cancer », <i>American Journal Epidemiology</i> , vol. 106, 1977, p. 6-16).
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : non applicable. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : de 1984 jusqu'à l'année la plus récente pour laquelle les données sont disponibles.
6. Justification	L'un des objectifs de la prévention est de réduire la probabilité de développer un cancer du sein.
7. Limites	Le risque est obtenu par simulation utilisant les taux d'incidence et de mortalité d'une seule année.
8. Références	Comité consultatif sur le cancer. <i>Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe</i> , ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 42 p.

1. Nom de l'indicateur	Taux comparatif d'incidence.
2. Description	Taux d'incidence de cancer du sein infiltrant standardisé pour l'âge.
3. Provenance des données	Fichier des tumeurs du Québec ; <i>La population du Québec par territoire de CLSC, de DSC et de RRSSS pour la période de 1980 à 2016</i> , ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la Planification et Évaluation, collection Données statistiques et indicateurs, n° 30, février 1996.
4. Méthode de calcul	$TS_j = \sum_i w_i (d_{ij} / n_{ij}) * 100\ 000.$ TS_j = Nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer du sein pour une période donnée, d_j / Population totale au milieu de la période, n_j X 100 000. Ajustement pour l'âge selon la structure (cinq strates d'âge) de la population de 1991, w_i.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : tous les âges, selon le groupe d'âge : moins de 50 ans, entre 50 et 69 ans et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : de 1984 jusqu'à l'année la plus récente pour laquelle les données sont disponibles (avec projections pour une autre décennie).
6. Justification	Parmi les résultats de santé et de bien-être attendus d'un programme de lutte contre le cancer, la diminution du taux d'incidence est la principale mesure de progrès dans le domaine de la prévention.
7. Limites	Les cas de cancer du sein diagnostiqués ne nécessitant pas d'hospitalisation ni de chirurgie d'un jour ne sont pas répertoriés dans le fichier des tumeurs du Québec. De plus, dans certaines régions, il semble possible que les nouveaux cas de cancer du sein ne soient pas tous déclarés. Enfin, une augmentation dans le taux d'incidence du cancer du sein pourrait tout aussi bien refléter un meilleur dépistage.

Certains auteurs suggèrent d'exclure du dénominateur les personnes qui ont déjà contracté un cancer du sein. Il faudra donc vérifier la méthode de calcul au moment de faire des comparaisons avec d'autres programmes, tout comme il faudra tenir compte du fait que nous ne considérons ici que les cas de cancer infiltrant alors que certaines analyses incluent aussi dans les mesures d'incidence les cas de cancer *in situ*.

8. Références

Comité consultatif sur le cancer. *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 185 p.

1. Nom de l'indicateur	Proportion des femmes ayant entre 50 et 69 ans qui subissent un examen clinique annuel des seins.
2. Description	Proportion de la population féminine ayant entre 50 et 69 ans qui déclare avoir eu un examen clinique des seins par un médecin ou une infirmière au cours de la dernière année.
3. Provenance des données	Enquête Santé Québec.
4. Méthode de calcul	Population des femmes ayant entre 50 et 69 ans ayant eu un examen clinique des seins par un médecin ou une infirmière au cours de la dernière année / Population totale des femmes qui ont entre 50 et 69 ans X 100. À des fins de comparaison, cette proportion peut également être calculée pour les femmes de 20 ans ou plus et pour celles de moins de 50 ans et de 70 ans ou plus. La comparaison des proportions de femmes pour les différentes années requiert que ces proportions soient standardisées pour l'âge, en utilisant comme référence la population de 1991.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : moins de 50 ans, entre 50 et 69 ans, et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province, région. <u>Temporelle</u> : années de la réalisation de l'Enquête Santé Québec (1987, 1992, 1998 et les prochaines).
6. Justification	Le <i>Guide canadien de médecine clinique et préventive</i> préconise que les femmes qui ont entre 50 et 69 ans aient un examen annuel des seins.
7. Limites	Les données sont recueillies à partir de sondages faits auprès des femmes ; de telles données sont subjectives et susceptibles à une déviation de rappel. En général, cette proportion sera surestimée. Il n'existe pas de données plus fiables (ex. : code RAMQ) sur le sujet.
8. Références	Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. <i>Guide canadien de médecine clinique et préventive</i> , Ottawa, Santé Canada, 1994, p. 892-900.

1. Nom de l'indicateur	Proportion des femmes ayant entre 50 et 69 ans qui subissent une mammographie tous les deux ans.
2. Description	Proportion des femmes ayant entre 50 et 69 ans qui ont passé une mammographie au cours des deux dernières années.
3. Provenance des données	Banque RAMQ des actes liés aux maladies du sein au Québec (Centre d'expertise en dépistage de l'Institut national de santé publique du Québec); <i>La population du Québec par territoire de CLSC, de DSC et de RRSSS pour la période de 1981 à 2016</i> , ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la Planification et Évaluation, collection Données statistiques et indicateurs, n° 30, février 1996.
4. Méthode de calcul	Population féminine ayant entre 50 et 69 ans qui a passé au moins une mammographie dans une période de deux ans / Population féminine totale qui a entre 50 et 69 ans X 100. À des fins de comparaison, cette proportion peut également être calculée pour les femmes de 20 ans ou plus et pour celles qui ont entre 20 et 49 ans et de 70 ans ou plus. La comparaison des proportions pour les femmes de 20 ans ou plus de différentes années exige que les proportions soient standardisées pour l'âge, en utilisant comme référence la population de 1991.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : entre 20 et 39 ans, entre 40 et 49 ans, entre 50 et 69 ans et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : de 1988 à l'année la plus récente pour laquelle les données de la RAMQ sont disponibles.
6. Justification	La mammographie aux deux ans est recommandée pour les femmes qui ont entre 50 et 69 ans puisqu'elle est considérée comme le moyen le plus efficace pour détecter le cancer du sein à un stade précoce.

7. Limites

Pour la période 1989-1997, il n'y a pas de distinction entre le code des mammographies de dépistage et celles de diagnostic. À partir de 1998, un code « mammographie de dépistage » sera valide et permettra de distinguer les mammographies de dépistage des mammographies de diagnostic chez les femmes admissibles au PQDCS. Par contre, ce code d'acte n'est valide que pour une partie de la population féminine et pour les autres groupes d'âge, il ne sera pas possible de distinguer les mammographies de dépistage de celles de diagnostic.

8. Références

Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN. Cadre de référence, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996, 67 p.

Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. *Guide canadien de médecine clinique et préventive*, Ottawa, Santé Canada, 1994, p. 892-900.

1. Nom de l'indicateur	Proportion des femmes ayant entre 50 et 69 ans qui participent au PQDCS.
2. Description	Parmi les femmes du groupe cible du PQDCS (50-69 ans), la proportion ayant eu une mammographie de dépistage et accepté de participer au programme.
3. Provenance des données	SI-PQDCS ; <i>La population du Québec par territoire de CLSC, de DSC et de RRSSS pour la période de 1981 à 2016</i> , ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la Planification et Évaluation, collection des Données statistiques et indicateurs, n° 30, février 1996.
4. Méthode de calcul	Nombre de femmes ayant signé le formulaire de consentement du PQDCS / Total des femmes âgées de 50 à 69 ans X 100, pour une année donnée.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : moins de 50 ans, entre 50 et 69 ans et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : de 1998 jusqu'à l'année la plus récente pour laquelle les données sont disponibles.
6. Justification	Le but du PQDCS est d'assurer des mammographies de qualité aux femmes qui participent à ce programme (avec suivi des femmes qui ont des mammographies anormales) ; l'efficacité du PQDCS dépend de cette participation.
7. Limites	Étant donné l'implantation graduelle du PQDCS, cette proportion sera très variable d'une région à l'autre et les comparaisons souvent difficiles à interpréter.
8. Références	<i>Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN. Cadre de référence</i>, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996, 67 p. Comité consultatif sur le cancer. <i>Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe</i>, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 185 p.

1. Nom de l'indicateur	Répartition des centres de radiologie selon le nombre de mammographies faites par année.
2. Description	Distribution des centres de radiologie qui font des mammographies de dépistage ou de diagnostic en fonction du nombre de mammographies qu'ils ont faites par année.
3. Provenance des données	RAMQ ; Banque RAMQ des actes reliés aux maladies du sein au Québec 1988-1997 (Centre d'expertise en dépistage de l'Institut national de santé publique du Québec).
4. Méthode de calcul	Nombre de centres qui font un nombre donné de mammographies dans une année donnée / Nombre total de centres qui ont fait des mammographies dans la même année X 100.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : non applicable. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : de 1988 (année de la première extraction RAMQ effectuée pour le Centre d'expertise en dépistage de l'Institut national de santé publique du Québec) jusqu'à l'année la plus récente pour laquelle les données de la RAMQ sont disponibles.
6. Justification	Pour assurer des services de qualité, les programmes de dépistage du cancer du sein recommandent que chaque centre de mammographie fasse un nombre minimum de mammographies de dépistage par année.
7. Limites	On ne fait pas de distinction entre les mammographies de dépistage et les mammographies diagnostiques dans cette analyse pour la période antérieure à 1998, année de l'implantation progressive du PQDCS. Pour les années subséquentes, il sera possible d'analyser les données concernant la mammographie de dépistage particulièrement en utilisant le code de facturation RAMQ qui a été attribué à cet acte.
8. Références	Commonwealth Department of Human Services and Health. <i>National Program for the Early Detection of Breast Cancer : National Accreditation Requirements</i> , Australie, 1994, appendice viii.

1. Nom de l'indicateur	Répartition des centres de radiologie selon le nombre de biopsies du sein échoguidées ou stéréoguidées faites par année.
2. Description	Distribution des centres de radiologie qui font des biopsies du sein échoguidées ou stéréoguidées en fonction du nombre de biopsies du sein échoguidées ou stéréoguidées qu'ils ont faites par année.
3. Provenance des données	RAMQ ; Banque RAMQ des actes reliés aux maladies du sein au Québec 1993-1998 (Centre d'expertise en dépistage de l'Institut national de santé publique du Québec).
4. Méthode de calcul	Nombre de centres qui font un nombre donné de biopsies du sein échoguidées ou stéréoguidées en une année donnée / Nombre total de centres qui ont fait des biopsies du sein échoguidées ou stéréoguidées dans la même année X 100.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : non applicable. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : de 1993 (première année complète de la mise en application du code RAMQ relié à l'acte) jusqu'à l'année la plus récente pour laquelle les données de la RAMQ sont disponibles.
6. Justification	Une étude récente a démontré que, pour assurer des services de qualité, l'expertise dans la biopsie du sein stéréoguidée ou échoguidée était directement liée au volume d'actes.
7. Limites	Avant novembre 1992, il n'existait pas de code d'acte permettant d'obtenir le nombre de biopsies du sein échoguidées ou stéréoguidées.
8. Références	Hébert-Croteau, N., J. Brisson et R. Pineault. <i>A review of organizational factors related to quality of care of women with breast cancer</i> (à paraître).

1. Nom de l'indicateur	Proportion des centres accrédités par l'Association canadienne de radiologie (ACR) et des centres certifiés par le MSSS.
2. Description	Nombre de centres dont les unités de mammographie sont accréditées par l'ACR et nombre de ceux qui, en plus, sont certifiés par le MSSS parmi l'ensemble des centres qui font des mammographies au Québec.
3. Provenance des données	Association canadienne des radiologistes ; fichier du médecin du MSSS.
4. Méthode de calcul	Nombre de centres qui ont des unités de mammographie accréditées ACR dans une année donnée / Nombre moyen de centres qui ont fait des mammographies durant cette année. On peut remplacer le numérateur par le nombre de centres qui sont en plus certifiés par le MSSS pour obtenir la deuxième proportion d'intérêt.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : non applicable. <u>Géographique</u> : province. <u>Temporelle</u> : de 1988 jusqu'à l'année la plus récente pour laquelle les données sont disponibles.
6. Justification	Afin d'assurer la qualité, l'Association canadienne des radiologistes (et l'association provinciale) et les programmes de dépistage du cancer du sein (particulièrement le PQDCS) recommandent que les unités de mammographie répondent aux critères de qualité de l'ACR. Le MSSS a aussi établi, particulièrement dans le cadre du PQDCS, des critères de certification.
7. Limites	Quelques centres au Québec ont plus d'une unité de mammographie et toutes ne sont pas nécessairement accréditées par l'ACR. Par contre, ceci semble une situation exceptionnelle. Certains centres peuvent faire des mammographies seulement pendant une partie de l'année, par exemple lorsqu'ils commencent ou cessent d'en faire durant l'année en question.

8. Références

Commonwealth Department of Human Services and Health. *National Program for the Early Detection of Breast Cancer : National Accreditation Requirements*, Australie, 1994, appendice viii.

Association canadienne des radiologistes. *Programme d'agrément en mammographie*, 1997, p. 4-6.

1. Nom de l'indicateur	Répartition des radiologistes selon le nombre de mammographies lues par année.
2. Description	Distribution des radiologistes qui lisent des clichés de mammographie en fonction du nombre de mammographies de dépistage ou de diagnostic qu'ils ont lues dans une année. Note : Un nombre minimal de mammographies lues dans une année (ex. : 25 mammographies) par un radiologiste devra être considéré pour que ce dernier fasse partie du dénominateur.
3. Provenance des données	RAMQ.
4. Méthode de calcul	Nombre de radiologistes qui ont lu un nombre donné de mammographies dans une année / Nombre total de radiologistes qui ont lu des mammographies dans cette même année X 100.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : non applicable. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : de 1988 jusqu'à l'année la plus récente pour laquelle les données sont disponibles.
6. Justification	Afin d'assurer la qualité, l'Association canadienne des radiologistes et les programmes de dépistage du cancer du sein recommandent qu'un minimum de mammographies soient lues annuellement par chaque radiologiste qui lit des clichés de mammographie.
7. Limites	On ne fait pas la distinction entre mammographie de dépistage et mammographie de diagnostic, alors que la lecture d'une mammographie de dépistage semble exiger une plus grande expertise.
8. Références	Commonwealth Department of Human Services and Health. <i>National Program for the Early Detection of Breast Cancer : National Accreditation Requirements</i>, Australie, 1994, appendice viii. Association canadienne des radiologistes. <i>Programme d'agrément en mammographie</i>, 1997, p. 4-6.

1. Nom de l'indicateur	Répartition des radiologistes selon le nombre de biopsies du sein échoguidées ou stéréoguidées faites par année.
2. Description	Distribution des radiologistes en fonction du nombre de biopsies du sein échoguidées ou stéréoguidées faites dans une année.
3. Provenance des données	RAMQ.
4. Méthode de calcul	Nombre de radiologistes qui ont fait un nombre donné de biopsies du sein échoguidées ou stéréoguidées dans une année / Nombre total de radiologistes qui ont fait des biopsies du sein échoguidées ou stéréoguidées dans cette même année X 100.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : non applicable. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : de 1993 (première année complète de la mise en application du code RAMQ lié à l'acte) jusqu'à l'année la plus récente pour laquelle les données de la RAMQ sont disponibles.
6. Justification	Une étude récente a démontré que, pour assurer des services de qualité, l'expertise dans la biopsie du sein stéréoguidée ou échoguidée était directement liée au volume d'actes.
7. Limites	Avant novembre 1992, il n'existait pas de code d'acte permettant d'obtenir le nombre de biopsies du sein échoguidées ou stéréoguidées.
8. Références	Hébert-Croteau, N., J. Brisson et R. Pineault. <i>A review of organizational factors related to quality of care of women with breast cancer</i> (à paraître).

1. Nom de l'indicateur	Répartition des nouveaux cas de cancer du sein infiltrant selon la taille de la tumeur.
2. Description	Nombre de nouveaux cas de cancer du sein infiltrant distribués en fonction de la taille de la tumeur au moment du diagnostic.
3. Provenance des données	Les seules données actuellement disponibles sur une base de population : <i>Profil d'utilisation des services chez les femmes de la région 03 avec cancer du sein déclaré en 1991 et 1992.</i>
4. Méthode de calcul	Nombre de nouveaux cas de cancer du sein infiltrant, avec une taille donnée, décelés dans une année donnée / Nombre de nouveaux cas de cancer du sein infiltrant décelés dans la même année.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : moins de 50 ans, entre 50 et 69 ans et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : données disponibles pour 1991-1992 seulement.
6. Justification	La taille de la tumeur est l'un des plus importants critères de pronostic. Le but de la détection précoce est de diagnostiquer les cancers lorsque les tumeurs sont les plus petites possible.
7. Limites	Il peut y avoir une différence entre la taille de la tumeur au diagnostic et celle à l'excision, selon qu'il y a eu ou non des traitements néoadjuvants. La qualité des données concernant la taille de la tumeur peut être variable dépendamment de la source utilisée, la source idéale étant les données histopathologiques. Lorsque les données histopathologiques ne sont pas disponibles, la taille est obtenue à partir de la mammographie. La taille mesurée à la palpation au cours de l'examen physique sera utilisée si la donnée pathologique ou mammographique n'est pas disponible.

8. Références

European recommendation for quality assurance in the setting of mammographic screening for breast cancer. Report of pathologists of the working group « Breast Cancer Screening » of the European Union, *Ann Pathol*, 1996, vol.,16, n° 5, p. 315-333.

Comité consultatif sur le cancer. *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 185 p.

Commonwealth Department of Human Services and Health. *National Program for the Early Detection of Breast Cancer : National Accreditation Requirements*, Australie, 1994, appendice viii.

1. Nom de l'indicateur	Répartition des nouveaux cas de cancer du sein infiltrant selon l'envahissement ganglionnaire.
2. Description	Distribution des femmes ayant un cancer du sein infiltrant diagnostiqué dans une année donnée en fonction de la présence ou de l'absence d'envahissement ganglionnaire axillaire.
3. Provenance des données	Les seules données actuellement disponibles sur une base de population : <i>Profil d'utilisation des services chez les femmes de la région 03 avec cancer du sein déclaré en 1991 et 1992.</i>
4. Méthode de calcul	Nombre de femmes ayant un cancer du sein infiltrant nouvellement diagnostiqué dans une année donnée réparties selon le nombre de ganglions envahis (0, de 1 à 3; 4 ou plus) / Nombre total de femmes ayant un cancer du sein infiltrant nouvellement diagnostiqué dans la même année et pour lesquelles des ganglions axillaires ont été examinés en pathologie X 100.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : moins de 50 ans, entre 50 et 69 ans, et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : données disponibles pour 1991-1992 seulement.
6. Justification	L'envahissement ganglionnaire au moment du diagnostic est l'un des facteurs de pronostic importants. Le but de la détection précoce est d'augmenter la proportion de femmes pour lesquelles le cancer du sein est diagnostiqué au moment où il n'y a pas d'envahissement ganglionnaire.
7. Limites	Le pourcentage de ganglions positifs ne tient pas compte du nombre total de ganglions examinés. Chez certaines femmes, comme il n'y a pas de prélèvements des ganglions axillaires, on se reportera à l'examen clinique pour évaluer la présence ou l'absence de ganglions positifs.

8. Références

European recommendation for quality assurance in the setting of mammographic screening for breast cancer. Report of pathologists of the working group « Breast Cancer Screening » of the European Union, *Ann Pathol*, 1996, vol.,16, n° 5, p. 315-333.

Comité consultatif sur le cancer. *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 185 p.

Commonwealth Department of Human Services and Health. *National Program for the Early Detection of Breast Cancer : National Accreditation Requirements*, Australie, 1994, appendice viii.

1. Nom de l'indicateur	Proportion des cancers du sein de type carcinome canalaire <i>in situ</i> (CCIS).
2. Description	Parmi l'ensemble des nouveaux cas de cancer du sein (infiltrant et non infiltrant, incluant les CCIS) diagnostiqués dans une année donnée, la proportion de ceux qui sont de type CCIS à l'examen pathologique de la tumeur.
3. Provenance des données	Les seules données actuellement disponibles sur une base de population : <i>Profil d'utilisation des services chez les femmes de la région 03 avec cancer du sein déclaré en 1991 et 1992</i> .
4. Méthode de calcul	Nombre de femmes ayant un cancer du sein de type CCIS diagnostiqué dans une année / Nombre total de nouveaux cas de cancer du sein (infiltrant et non infiltrant) X 100.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : moins de 50 ans, entre 50 et 69 ans, et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : données disponibles pour 1991-1992 seulement.
6. Justification	Les tumeurs du sein non infiltrantes (CCIS) ont un meilleur pronostic. Un des buts de la détection précoce est de diagnostiquer les tumeurs avant qu'elles ne deviennent infiltrantes.
7. Limites	Actuellement le fichier des tumeurs du Québec n'est pas exhaustif en ce qui concerne les cancers du sein non infiltrants. De plus, la validité de la distinction entre la néoplasie intralobulaire (carcinome lobulaire <i>in situ</i>) et le CCIS dans le fichier des tumeurs est incertaine.
8. Références	Commonwealth Department of Human Services and Health. <i>National Program for the Early Detection of Breast Cancer : National Accreditation Requirements</i>, Australie, 1994, appendice viii. <i>Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast disease in the United Kingdom</i>, European Journal of Surgeon Oncology, n° 21, 1995, suppl. A.

1. Nom de l'indicateur	Répartition des nouveaux cas selon le stade TNM.
2. Description	Distribution des nouveaux cas de cancer du sein infiltrant diagnostiqués dans une année en fonction du stade TNM au moment du diagnostic
3. Provenance des données	Les seules données actuellement disponibles sur une base de population : <i>Profil d'utilisation des services chez les femmes de la région 03 avec cancer du sein déclaré en 1991 et 1992.</i>
4. Méthode de calcul	Nombre de nouveaux cas de cancer infiltrant avec le stade TNM (pathologique ou clinique) donné au diagnostic décelés dans une année donnée / Nombre total de nouveaux cas de cancer du sein infiltrant pour la même année X 100.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : moins de 50 ans, entre 50 et 69 ans, et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : données disponibles pour 1991-1992 seulement.
6. Justification	Le stade TNM, qui intègre à la fois la taille de la tumeur au diagnostic, l'envahissement ganglionnaire et les métastases à distance, est un critère de pronostic important qui reflète l'avancement de la tumeur au moment du diagnostic. Le but du dépistage est de détecter les tumeurs à un stade TNM précoce. La diminution du stade TNM au diagnostic est la principale mesure de progrès dans le domaine de la détection précoce.
7. Limites	Le stade TNM est parfois difficile à obtenir, particulièrement lorsque les ganglions ne sont pas examinés en pathologie ou que les examens d'évaluation des métastases à distance ne sont pas faits. Le stade clinique n'est pas aussi précis que le stade pathologique ; les cancers non infiltrants sont difficiles à classifier. Lorsque la taille de la tumeur n'a pas été évaluée en pathologie, on utilisera d'abord la donnée mammographique si elle est disponible, puis la donnée de l'examen clinique des seins si aucune des deux précédentes n'est disponible. De même, si les ganglions

axillaires n'ont pas été examinés en pathologie, la donnée de l'examen clinique sera utilisée. Si l'on ne dispose pas de données pour l'évaluation des métastases à distance, le M du TNM sera M0.

8. Références

TNM Classification of Malignant Tumors, L.H. Sobin et Ch. Wittekind, 5^e édition, 1997, 227 p.

European recommendation for quality assurance in the setting of mammographic screening for breast cancer. Report of pathologists of the working group « Breast Cancer Screening » of the European Union, *Ann Pathol*, 1996, vol.,16, n° 5, p. 315-333.

Comité consultatif sur le cancer. *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 185 p.

Commonwealth Department of Human Services and Health. *National Program for the Early Detection of Breast Cancer : National Accreditation Requirements*, Australie, 1994, appendice viii.

1. Nom de l'indicateur	Proportion des nouveaux cas de cancer infiltrant ayant eu une évaluation des récepteurs œstrogéniques.
2. Description	Parmi les nouveaux cas de cancer du sein infiltrant diagnostiqués dans une année, la proportion pour laquelle la mesure des récepteurs œstrogéniques a été faite.
3. Provenance des données	Les seules données actuellement disponibles sur une base de population : <i>Profil d'utilisation des services chez les femmes de la région 03 avec cancer du sein déclaré en 1991 et 1992.</i>
4. Méthode de calcul	Nombre de nouveaux cas de cancer du sein infiltrant diagnostiqués dans une année donnée pour lesquels les récepteurs œstrogéniques ont été mesurés / Nombre de nouveaux cas de cancer du sein infiltrant diagnostiqués dans la même année X 100.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : tous les âges, selon le groupe d'âge : moins de 50 ans, entre 50 et 69 ans et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : données disponibles pour 1991-1992 seulement.
6. Justification	<i>Le Guide de pratique clinique canadien pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein recommande de caractériser le risque de récurrence d'après le dosage des récepteurs hormonaux.</i>
7. Limites	La méthode de dosage (biochimique ou immunohistochimique) n'est pas considérée.
8. Références	<i>Guide de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein, Canadian Medical Association Journal</i>, vol. 158, n° 3, 1998, p. SF1-SF94. <i>Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast disease in the United Kingdom</i>, <i>European Journal of Surgical Oncology</i>, n° 21, 1995, suppl. A.

1. Nom de l'indicateur	Proportion des nouveaux cas ayant eu une évaluation du grade histologique ou nucléaire.
2. Description	Parmi les cas de cancer du sein infiltrant diagnostiqués, nombre de cas où l'évaluation du grade histologique ou nucléaire était inscrite au dossier dans le rapport pathologique.
3. Provenance des données	Les seules données actuellement disponibles sur une base de population : <i>Profil d'utilisation des services chez les femmes de la région 03 avec cancer du sein déclaré en 1991 et 1992.</i>
4. Méthode de calcul	Nombre de nouveaux cas de cancer du sein infiltrant diagnostiqués dans une année donnée pour lesquels l'évaluation du grade histologique ou nucléaire est indiquée au rapport pathologique / Nombre de nouveaux cas de cancer du sein diagnostiqués ayant eu un examen pathologique dans la même année X 100.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : tous les âges, selon le groupe d'âge : moins de 50 ans, entre 50 et 69 ans et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : données disponibles pour 1991-1992 seulement.
6. Justification	<i>Le guide de pratique clinique canadien pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein recommande de caractériser le risque de récurrence d'après l'évaluation du grade histologique ou nucléaire.</i>
7. Limites	La méthode utilisée pour la classification du grade histologique peut varier selon les milieux.
8. Références	<i>Guide de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein</i>, Canadian Medical Association Journal, vol. 158, n° 3, 1998, p. SF1-SF94. <i>Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast disease in the United Kingdom</i>, European Journal of Surgical Oncology, n° 21, 1995, suppl. A.

1. Nom de l'indicateur	Proportion des nouveaux cas de cancer infiltrant ayant eu une évaluation de l'envahissement ganglionnaire par examen pathologique.
2. Description	Parmi les nouveaux cas de cancer du sein infiltrant diagnostiqués dans une année donnée, la proportion pour laquelle il y a eu une évaluation de l'envahissement ganglionnaire par examen pathologique.
3. Provenance des données	Les seules données actuellement disponibles sur une base de population : <i>Profil d'utilisation des services chez les femmes de la région 03 avec cancer du sein déclaré en 1991 et 1992.</i>
4. Méthode de calcul	Nombre de nouveaux cas de cancer infiltrant diagnostiqués dans une année donnée pour lesquels il y a eu évaluation de l'envahissement ganglionnaire par examen pathologique / Nombre de nouveaux cas de cancer infiltrant diagnostiqués dans la même année X 100.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : tous les âges, selon le groupe d'âge : moins de 50 ans, entre 50 et 69 ans et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : données disponibles pour 1991-1992 seulement.
6. Justification	<i>Le guide de pratique clinique canadien pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein recommande de caractériser le risque de récurrence d'après l'évaluation de l'envahissement ganglionnaire par examen pathologique.</i>
7. Limites	Les analyses demeurent dépendantes de l'exhaustivité du fichier des tumeurs. Les données sur la population actuellement disponibles ne concernent que la région 03 et datent de 1991-1992.
8. Références	<i>Guide de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein</i>, Canadian Medical Association Journal, vol. 158, n° 3, 1998, p. SF1-SF94. <i>Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast disease in the United Kingdom</i>, European Journal of Surgical Oncology, n° 21, 1995, suppl. A.

1. Nom de l'indicateur	Proportion des nouveaux cas de cancer infiltrant ayant eu une évaluation de l'envahissement vasculaire ou lymphatique par examen pathologique.
2. Description	Parmi les nouveaux cas de cancer du sein infiltrant, la proportion ayant eu une évaluation de l'envahissement vasculaire ou lymphatique par examen pathologique.
3. Provenance des données	Les seules données actuellement disponibles sur une base de population : <i>Profil d'utilisation des services chez les femmes de la région 03 avec cancer du sein déclaré en 1991 et 1992.</i>
4. Méthode de calcul	Nombre de nouveaux cas de cancer du sein infiltrant diagnostiqués dans une année pour lesquels une évaluation de l'envahissement vasculaire ou lymphatique à l'examen pathologique a été faite / Nombre de nouveaux cas de cancer du sein infiltrant diagnostiqués dans la même année X 100.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : tous les âges, selon le groupe d'âge : moins de 50 ans, entre 50 et 69 ans et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : données disponibles pour 1991-1992 seulement.
6. Justification	<i>Le guide de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein</i> recommande de caractériser le risque de récurrence d'après l'évaluation de l'envahissement vasculaire ou lymphatique par examen pathologique.
7. Limites	Les analyses demeurent dépendantes de l'exhaustivité du fichier des tumeurs. Les données sur la population actuellement disponibles ne concernent que la région 03 et datent de 1991-1992.
8. Références	<i>Guide de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein</i>, Canadian Medical Association Journal, vol. 158, n° 3, 1998, p. SF1-SF94. <i>Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast disease in the United Kingdom</i>, European Journal of Surgical Oncology, n° 21, 1995, suppl. A.

1. Nom de l'indicateur	Proportion des nouveaux cas de cancer du sein traités par chirurgie mammaire conservatrice.
2. Description	Parmi les nouveaux cas de cancer du sein infiltrant, la proportion de ceux qui sont traités par chirurgie mammaire conservatrice (mastectomie partielle, tumorectomie, biopsie excisionnelle).
3. Provenance des données	Les seules données actuellement disponibles sur une base de population : <i>Profil d'utilisation des services chez les femmes de la région 03 avec cancer du sein déclaré en 1991 et 1992.</i>
4. Méthode de calcul	Nombre de nouveaux cas de cancer du sein infiltrant diagnostiqués dans une année et qui sont traités par chirurgie mammaire conservatrice / Nombre de nouveaux cas de cancer du sein infiltrant diagnostiqués dans la même année X 100.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> tous les âges, selon le groupe d'âge : moins de 50 ans, entre 50 et 69 ans et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : données disponibles pour 1991-1992 seulement.
6. Justification	<i>Le Guide de pratique clinique canadien pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein</i> recommande de traiter les cancers du sein de stades I et II par chirurgie mammaire conservatrice associée à une radiothérapie postopératoire du sein.
7. Limites	Les analyses demeurent dépendantes de l'exhaustivité du fichier des tumeurs. Les données sur la population actuellement disponibles ne concernent que la région 03 et datent de 1991-1992.
8. Références	<i>Guide de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein</i> , Canadian Medical Association Journal, vol. 158, n° 3, 1998, p. SF1-SF94.

1. Nom de l'indicateur	Répartition des centres hospitaliers selon le nombre de nouveaux cas de cancer du sein diagnostiqués par année.
2. Description	Distribution des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés selon le nombre de nouveaux cas de cancer du sein répertoriés au fichier des tumeurs par année.
3. Provenance des données	Fichiers des tumeurs.
4. Méthode de calcul	Nombre de centres hospitaliers dans lesquels un nombre donné de nouveaux cas de cancer du sein ont été répertoriés au fichier des tumeurs dans une année / Nombre total de centres hospitaliers dans lesquels au moins un nouveau cas de cancer du sein a été répertorié au fichier des tumeurs au cours de la même année X 100.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : non-applicable. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : de 1984 jusqu'à l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles.
6. Justification	Le volume de nouveaux cas de cancer du sein traités dans un centre hospitalier est un indicateur de la qualité des soins offerts aux femmes atteintes de cancer du sein.
7. Limites	Les codes d'actes de la RAMQ ne permettant pas de distinguer les actes chirurgicaux liés aux maladies du sein bénignes ou malignes, il nous faut donc utiliser le fichier des tumeurs pour connaître le nombre de nouveaux cas de cancer du sein diagnostiqués par année dans un centre donné, tout en supposant que cette donnée reflète assez précisément le nombre de nouveaux cas traités par ce même centre.
8. Références	Comité consultatif sur le cancer. <i>Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe</i>, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 185 p. <i>Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast disease in the United Kingdom</i>, European Journal of Surgical Oncology, n° 21, 1995, suppl. A.

1. Nom de l'indicateur	Proportion des cas de cancer du sein infiltrant traités par chirurgie conservatrice et qui ont reçu des traitements de radiothérapie.
2. Description	Parmi les nouveaux cas de cancer du sein infiltrant traités par chirurgie mammaire conservatrice, la proportion de ceux qui ont reçu des traitements de radiothérapie.
3. Provenance des données	Les seules données actuellement disponibles sur une base de population : <i>Profil d'utilisation des services chez les femmes de la région 03 avec cancer du sein déclaré en 1991 et 1992.</i>
4. Méthode de calcul	Nombre de cas de cancer du sein infiltrant avec chirurgie mammaire conservatrice qui ont reçu des traitements de radiothérapie / Nombre de cas de cancer du sein infiltrant avec chirurgie mammaire conservatrice X 100.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> tous les âges, selon le groupe d'âge : moins de 50 ans, entre 50 et 69 ans et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : données disponibles pour 1991-1992 seulement.
6. Justification	<i>Le Guide de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein</i> conseille aux femmes qui subissent une chirurgie mammaire conservatrice de se soumettre à une radiothérapie postopératoire du sein.
7. Limites	Comme il n'y a pas de code d'acte RAMQ pour la radiothérapie, on devra se baser sur les consultations faites par les radiothérapeutes.
8. Références	<i>Guide de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein</i> , Canadian Medical Association Journal, vol. 158, n° 3, 1998, p. SF1-SF94.

1. Nom de l'indicateur	Proportion des nouveaux cas de cancer du sein chez les moins de 50 ans ayant un envahissement ganglionnaire, qui ont reçu une chimiothérapie.
2. Description	Parmi les nouveaux cas de cancer du sein infiltrant chez les moins de 50 ans au moment du diagnostic et ayant un envahissement ganglionnaire, la proportion de ceux qui ont reçu une chimiothérapie.
3. Provenance des données	Les seules données actuellement disponibles sur une base de population : <i>Profil d'utilisation des services chez les femmes de la région 03 avec cancer du sein déclaré en 1991 et 1992.</i>
4. Méthode de calcul	Nombre de nouveaux cas de femmes avec cancer du sein infiltrant diagnostiqués dans une année donnée qui étaient âgées de moins de 50 ans au diagnostic et avaient un envahissement ganglionnaire pour lesquelles un traitement de chimiothérapie a été planifié et/ou débuté / Nombre total de nouveaux cas de femmes avec cancer du sein infiltrant diagnostiqués dans la même année qui étaient âgées de moins de 50 ans au diagnostic et avaient un envahissement ganglionnaire X 100.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> tous les âges, selon le groupe d'âge : moins de 50 ans, entre 50 et 69 ans et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : données disponibles pour 1991-1992 seulement.
6. Justification	<i>Le Guide de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein</i> recommande une chimiothérapie pour toutes les femmes préménopausées atteintes d'un cancer du sein de stade II.
7. Limites	Le nombre de cycles de chimiothérapie n'est pas considéré.
8. Références	<i>Guide de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein</i> , Canadian Medical Association Journal, vol. 158, n° 3, 1998, p. SF1-SF94.

1. Nom de l'indicateur	Proportion des nouveaux cas de cancer du sein chez les moins de 50 ans ayant des récepteurs d'œstrogène positifs (RE+) ou inconnus et un envahissement ganglionnaire, qui ont reçu du tamoxifène.
2. Description	Parmi les nouveaux cas de cancer du sein infiltrant diagnostiqués dans une année chez les moins de 50 ans au moment du diagnostic ayant une tumeur avec récepteurs œstrogéniques positifs ou inconnus et un envahissement ganglionnaire, la proportion qui a eu une prescription de tamoxifène.
3. Provenance des données	Les seules données actuellement disponibles sur une base de population : <i>Profil d'utilisation des services chez les femmes de la région 03 avec cancer du sein déclaré en 1991 et 1992.</i>
4. Méthode de calcul	Nombre de nouveaux cas de cancer du sein infiltrant diagnostiqués dans une année chez les moins de 50 ans au moment du diagnostic, ayant une tumeur avec récepteurs œstrogéniques positifs ou inconnus et un envahissement ganglionnaire, qui reçoivent du tamoxifène / Nombre total de nouveaux cas de cancer du sein infiltrant diagnostiqués dans la même année chez les moins de 50 ans au moment diagnostic, ayant une tumeur avec récepteurs œstrogéniques positifs ou inconnus et un envahissement ganglionnaire X 100.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> tous les âges, selon le groupe d'âge : moins de 50 ans, entre 50 et 69 ans et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : données disponibles pour 1991-1992 seulement.
6. Justification	<i>Le Guide de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein</i> recommande d'offrir un traitement adjuvant au tamoxifène aux femmes ménopausées atteintes d'un cancer de stade II à tumeur RE+.
7. Limites	L'information consignée au dossier des patientes ne nous dit pas si la femme répond vraiment à son traitement au tamoxifène.

8. Références

Guide de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein, Canadian Medical Association Journal, vol. 158, n° 3, 1998, p. SF1-SF94.

1. Nom de l'indicateur	Taux de survie relative ajusté pour le stade.
2. Description	Probabilité de survivre au cancer du sein après correction pour les autres causes de décès et la précocité du diagnostic.
3. Provenance des données	Les seules données actuellement disponibles proviennent du fichier des tumeurs du Centre des maladies du sein Deschênes-Fabia du CHA, Saint-Sacrement de Québec.
4. Méthode de calcul	Survie relative selon le logiciel SURV2 (E.T. Voutilainen, P.W. Dickman et T. Hakulinen, <i>SURV2 : Relative Survival Analysis Program</i>, version 2,02ß, Helsinki, Finnish Cancer Registry, 1998). F. Ederer, L.M. Axtell, et S.J. Cutler, « The relative survival rate : A statistical methodology », <i>National Cancer Institute Monograph</i>, vol 6, 1961, p. 101-121. T. Hakulinen, « Cancer survival corrected for heterogeneity in patient withdrawal », <i>Biometrics</i>, vol. 38, 1982, p. 933-942.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : tous les âges, selon le groupe d'âge : moins de 50 ans, entre 50 et 69 ans et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : de 1965 à l'année la plus récente pour laquelle les données sont disponibles.
6. Justification	L'amélioration de la survie relative ajustée pour le stade au moment du diagnostic est la principale mesure de progrès dans le domaine de la caractérisation du cancer et son traitement.
7. Limites	Le fichier des tumeurs du Québec ne permet pas actuellement d'ajuster la survie pour le stade.
8. Références	Comité consultatif sur le cancer. <i>Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe</i> , Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 185 p.

1. Nom de l'indicateur	Proportion des nouveaux cas qui, un an après un diagnostic de cancer du sein, ont un niveau d'adaptation physique comparable à celui de la population en général.
2. Description	Comparaison du niveau de qualité de vie liée à la santé physique, obtenu à l'aide du questionnaire SF-36, chez la population de femmes ayant eu un diagnostic de cancer du sein et chez la population féminine adulte en général pour les facteurs « fonctionnement physique », « influence de la santé physique sur le fonctionnement », « douleur corporelle » et « santé générale ».
3. Provenance des données	Santé Québec (projet à l'étude).
4. Méthode de calcul	Nombre de nouveaux cas de cancer du sein diagnostiqués dans une année, dont le niveau d'adaptation (influence de la santé physique et de la santé mentale mesurée par le SF-36) est égal ou supérieur à celui observé dans la population en général / Nombre total de nouveaux cas diagnostiqués dans la même année X 100.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : 20 ans ou plus, selon le groupe d'âge : moins de 50 ans, entre 50 et 69 ans et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : non disponible actuellement.
6. Justification	La différence entre le niveau d'adaptation physique des femmes ayant eu un diagnostic de cancer et celui de la population en général est l'une des deux principales mesures de progrès dans le domaine de l'adaptation et de la réadaptation.
7. Limites	Actuellement, le questionnaire SF-36 ne permet pas d'évaluer le niveau global d'adaptation.
8. Références	J.E. Ware, M. Kosinski et S.D. Keller. <i>SF-12 How to score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales</i> , Boston (MA), The Health Institute, New England Medical Center, Décembre 1995, p. 1-5.

J.E. Ware et B. Gandek. « Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project », Journal of Clinical Epidemiology, vol. 51, n° 11, 1998, p. 903-912.

1. Nom de l'indicateur	Proportion des femmes qui, un an après un diagnostic de cancer du sein, ont un niveau d'adaptation lié à la santé mentale comparable à celui de la population en général.
2. Description	Comparaison du niveau de qualité de vie lié à la santé psychologique, obtenu à l'aide du questionnaire SF-36, chez la population de femmes ayant eu un diagnostic de cancer du sein et chez la population féminine adulte en général pour les facteurs « vitalité », « fonctionnement social », « influence de la santé émotionnelle sur le fonctionnement » et « santé mentale ».
3. Provenance des données	Santé Québec (projet à l'étude).
4. Méthode de calcul	Nombre de femmes dont le niveau obtenu une année après un diagnostic de cancer du sein, à l'aide du questionnaire SF-36 (SF-12), concernant le fonctionnement physique, l'influence du fonctionnement physique, la douleur corporelle et la santé générale est égal ou supérieur à celui observé dans la population en général (ou ayant un PSI > 22.6) / Nombre de femmes ayant eu un diagnostic de cancer du sein au cours de l'année précédente.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : 20 ans ou plus, selon le groupe d'âge : moins de 50 ans, entre 50 et 69 ans et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : 1984-1996.
6. Justification	La différence entre le niveau d'adaptation psychologique un an après un diagnostic de cancer du sein et celui de la population en général est l'une des deux principales mesures de progrès dans le domaine de l'adaptation et de la réadaptation.
7. Limites	Actuellement, le questionnaire SF-36 ne permet pas d'évaluer le niveau global d'adaptation.
8. Références	J.E. Ware, M. Kosinski et S.D. Keller. <i>SF-12 How to score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales</i> , Boston (MA), The Health Institute, New England Medical Center, Décembre 1995, p. 1-5.

J.E. Ware et B. Gandek. « Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project », Journal of Clinical Epidemiology, vol. 51, n° 11, 1998, p. 903-912.

1. Nom de l'indicateur	Nombre moyen de jours passés en milieu hospitalier au cours des trois derniers mois de vie.
2. Description	Pour les femmes décédées de cancer du sein, le nombre de jours d'hospitalisation en centre de soins de courte durée requis au cours des trois derniers mois de vie.
3. Provenance des données	Fichier des décès et MedÉcho.
4. Méthode de calcul	Nombre de journées d'hospitalisation en établissement hospitalier de soins de courte durée au cours des trois derniers mois de vie pour les femmes décédées de cancer du sein dans une année donnée / Nombre de femmes décédées de cancer du sein dans la même année donnée
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : tous les âges, selon le groupe d'âge : moins de 50 ans, entre 50 et 69 ans et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : de 1984 jusqu'à l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles.
6. Justification	La qualité des soins palliatifs dépend de l'organisation de ces soins ; chaque région est responsable des soins palliatifs et de la formation des intervenants. Les personnes atteintes de cancer du sein (ou de toute autre maladie) souhaitent passer le plus de temps possible à domicile et le moins de temps possible en milieu hospitalier, particulièrement à la fin de leur vie.
7. Limites	Les décès survenus en établissement de soins de longue durée, en maison d'hébergement ou en établissement consacré aux soins palliatifs ne sont pas répertoriés comme des décès en milieu hospitalier.
8. Références	Comité consultatif sur le cancer. <i>Pour une meilleure compréhension des besoins des personnes atteintes de cancer</i> , Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, p. 40-42.

1. Nom de l'indicateur	Proportion des décès par cancer du sein qui surviennent en milieu hospitalier.
2. Description	Parmi les femmes qui décèdent de cancer du sein dans une année donnée, la proportion de celles qui décèdent en centre hospitalier de soins de courte durée .
3. Provenance des données	Fichier des décès et MedÉcho.
4. Méthode de calcul	Nombre de femmes décédées de cancer du sein en milieu hospitalier durant une période donnée / Nombre total de femmes décédées de cancer du sein durant la même année X 100.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : tous les âges, selon le groupe d'âge : moins de 50 ans, entre 50 et 69 ans et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : de 1982 jusqu'à l'année la plus récente pour laquelle les données sont disponibles.
6. Justification	Toutes circonstances prises en considération, les intervenants en soins palliatifs considèrent qu'une proportion d'environ 50 % des femmes souhaiteraient et devraient pouvoir décéder à domicile.
7. Limites	Les décès survenus en établissement de longue durée, en maison d'hébergement ou en établissement consacrés aux soins palliatifs ne sont pas répertoriés comme décès en milieu hospitalier.
8. Références	Comité consultatif sur le cancer. <i>Pour une meilleure compréhension des besoins des personnes atteintes de cancer</i> , Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, p. 40-42.

1. Nom de l'indicateur	Nombre annuel de décès par cancer du sein.
2. Description	Nombre de décès attribuables au cancer du sein dans une année.
3. Provenance des données	Fichier des décès du Québec.
4. Méthode de calcul	Nombre de femmes décédées, selon le fichier des décès du Québec, de cancer du sein pendant une année. Les projections sont faites par modèle de régression de Poisson, utilisant les taux bruts de mortalité observés pour une période donnée (par exemple de 1990 à 1994). Les mortalités estimées par régression sont ensuite appliquées aux nombres de femmes prévus par projection démographique pour les années projetées (voir D.R. Brillinger. « The natural variability of vital rates and associated statistics », <i>Biometrics</i>, n° 42, 1986, p. 693-734).
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : tous les âges, selon le groupe d'âge : moins de 50 ans, entre 50 et 69 ans et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : de 1981 jusqu'à la dernière année pour laquelle les données sont disponibles (avec projections pour une autre décennie).
6. Justification	L'un des objectifs de la prévention, de la détection précoce et de la caractérisation du cancer et du traitement est la diminution des décès attribuables à cette cause.
7. Limites	Dans certaines régions, il semble possible que les décès par cancer du sein ne soient pas tous répertoriés.
8. Références	Statistique Canada. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <i>Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN</i> , cadre de référence, Québec, 1996, 67 p.

1. Nom de l'indicateur	Risque de mourir d'un cancer du sein au cours de la vie.
2. Description	Probabilité pour une femme de mourir d'un cancer du sein au cours de sa vie ou d'une période de sa vie.
3. Provenance des données	Fichier des décès du Québec.
4. Méthode de calcul	L'estimation du risque de développer un cancer du sein est faite par simulation : une cohorte de 100 000 femmes est exposée aux taux de mortalité due au cancer du sein et aux taux de mortalité découlant d'autres causes observés pour une année donnée selon le groupe d'âge pour l'ensemble du Québec. La méthode a été tirée de Y. Péron et C. Strohmenger. <i>Indices démographiques et indicateurs de santé des populations</i>, cat. 82-542F, Ottawa, Statistique Canada, 1985, p. 157-159. Les probabilités ont été calculées d'après les taux de mortalité observés en 1994 pour les décès dus au cancer du sein et pour la mortalité en général, c'est-à-dire toutes causes confondues.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : non applicable. <u>Géographique</u> : province. <u>Temporelle</u> : de 1984 jusqu'à la deuxième année pour laquelle les données sont disponibles (avec projection pour une autre décennie).
6. Justification	L'un des objectifs de la prévention, de la détection précoce et de la caractérisation du cancer et du traitement est la diminution du risque de décéder du cancer du sein.
7. Limites	Le risque est obtenu par simulation utilisant les taux d'incidence et de mortalité d'une seule année.
8. Références	Comité consultatif sur le cancer. <i>Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe</i> . Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec, 1998.

1. Nom de l'indicateur	Taux comparatif de mortalité.
2. Description	Rapport, pour une période donnée, entre le nombre annuel moyen de décès attribuables au cancer du sein et la population féminine au milieu de cette période.
3. Provenance des données	Fichier des décès du Québec; <i>La population du Québec par territoire de CLSC, de DSC et de RRSSS pour la période de 1980 à 2016</i> , ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale de la Planification et Évaluation, collection des Données statistiques et indicateurs, n° 30, février 1996.
4. Méthode de calcul	$TS_j = \sum_i w_i (d_{ij} / n_{ij}) \times 100\,000.$ TS_j = Nombre annuel moyen de décès attribuables au cancer du sein pour une période donnée, d_j / Population féminine totale au milieu de la période, $n_j \times 100\,000$, ajusté pour l'âge, selon la structure (cinq strates d'âge) de la population de 1991, w_i.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : tous les âges, selon le groupe d'âge : moins de 50 ans, entre 50 et 69 ans et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province, régions. <u>Temporelle</u> : de 1984 jusqu'à la dernière année pour laquelle les données sont disponibles (avec projection pour une autre décennie).
6. Justification	L'un des objectifs de la prévention, de la détection précoce et de la caractérisation du cancer et du traitement est la diminution des décès attribuables à cette cause.
7. Limites	Dans certaines régions, il semble possible que les décès par cancer du sein ne soient pas tous répertoriés.
8. Références	Statistique Canada.

1. Nom de l'indicateur	Années potentielles de vie perdues en raison du décès par cancer du sein.
2. Description	Rapport, pour une période donnée, de la somme des années de vie perdues en raison du cancer du sein au regard de la population à la même période.
3. Provenance des données	Fichier des décès du Québec ; <i>La population du Québec par territoire de CLSC, de DSC et de RRSSS pour la période de 1980 à 2016</i> , ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale de la Planification et Évaluation, collection des Données statistiques et indicateurs, n° 30, février 1996.
4. Méthode de calcul	L'estimation des années potentielles de vie perdues (APVP) a été faite à l'aide d'une méthode proposée par Y. Péron et C. Strohmenger, <i>Indices démographiques et indicateurs de santé des populations</i> , cat. 82-542F, Ottawa, Statistique Canada, 1985, p.184-193.
5. Ventilation	<u>Démographique</u> : tous les âges, selon le groupe d'âge : moins de 50 ans, entre 50 et 69 ans et 70 ans ou plus. <u>Géographique</u> : province. <u>Temporelle</u> : cette estimation est basée sur le calcul de l'espérance de vie à l'aide d'une table de mortalité annuelle de 1986 à 1996.
6. Justification	L'un des objectifs de la prévention, de la détection précoce et de la caractérisation du cancer et du traitement est la diminution des années potentielles de vie perdues attribuable à cette cause.
7. Limites	Au moment de faire des comparaisons avec d'autres études, il faut tenir compte des méthodes de calcul choisies, lesquelles peuvent faire varier les résultats (par exemple, on peut utiliser une limite d'âge fixée à l'avance).
8. Références	Statistique Canada.

www.msss.gouv.qc.ca