

***Programme
québécois
DE DÉPISTAGE
DU CANCER
DU SEIN***

**Comité de soutien à la qualité
du Programme québécois
de dépistage du cancer du sein**

**LE FONCTIONNEMENT
INTERDISCIPLINAIRE
DANS LE CADRE
DE L'INVESTIGATION**

Édition : **Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Ce document a été réalisé par le **Comité de soutien à la qualité** du **Programme québécois de dépistage du cancer du sein**. Les locaux de l'équipe permanente du Comité sont situés dans les bureaux de :

la Direction de la santé publique de Québec
2400, d'Estimauville
Beauport (Québec)
G1E 7G9

Téléphone : (418) 666-7000
Télécopieur : (418) 666-2776

Il est disponible à la section **documentation**, sous la rubrique **publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2002
Bibliothèque nationale du Canada, 2002
ISBN 2-550-39415-1

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

© Gouvernement du Québec

AVANT-PROPOS

À la mise sur pied du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) en 1998, le Comité de soutien à la qualité (CSQ) a été constitué pour conseiller le ministère sur les améliorations à apporter au programme afin d'assurer des services de la meilleure qualité possible aux femmes. C'est dans le cadre de ses travaux que le CSQ a produit « Le fonctionnement interdisciplinaire dans le cadre de l'investigation ».

Ce document repose sur une solide recension des écrits, autant nationale qu'internationale, ainsi que sur un état de situation réalisé au Québec. Le fonctionnement interdisciplinaire émerge comme le meilleur modèle de soins, en raison de la complexité des démarches d'investigation après une mammographie de dépistage anormale et de l'engagement du programme à offrir des services devant répondre à des critères de performance et basés sur une approche globale envers les femmes. Huit recommandations favorisant l'implantation d'un fonctionnement interdisciplinaire découlent de ces travaux.

Nous souhaitons maintenant que ce document fasse l'objet de la plus grande diffusion possible dans les milieux concernés et que des efforts réels soient consacrés pour donner suite aux recommandations proposées. Des démarches seront aussi entreprises de notre côté pour mieux cerner les conditions liées à la réalisation de ces mesures, afin de soutenir leur mise en œuvre.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué avec cœur à la réalisation de ce document que nous vous soumettons aujourd'hui et, plus particulièrement, docteure Marie-Claude Messely pour son professionnalisme et sa détermination envers le PQDCS et le Comité de soutien à la qualité qu'elle a présidé pendant plus de trois ans. Son investissement témoigne d'un grand dévouement et a résulté en un apport précieux au PQDCS et pour les femmes du Québec.

Le directeur national de santé publique,

Richard Massé

LE COMITÉ DE SOUTIEN À LA QUALITÉ DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Le rôle du comité

Pour le conseiller sur les améliorations à apporter au *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN* en vue de garantir sa qualité, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis en place un comité de soutien à la qualité. Ce comité suit notamment l'évolution du Programme, particulièrement ses résultats, et prend position sur des questions susceptibles d'avoir une incidence sur la qualité des services offerts dans le cadre de ce programme.

Les membres du comité

Docteur Jacques Brisson
Madame Laure Carrier
Madame Édith Côté*
Docteur Wilber Deck*
Docteure Nathalie Duchesne*
Docteur Michel-Pierre Dufresne
Madame Suzanne Ferland
Docteur Claude Fortin
Docteure Estelle Germain
Docteure Patricia Goggin
Monsieur Robert Jacob
Docteur Simon Jacob
Madame Yolande Labrie
Docteur Jean Latreille
Madame Francine Lebœuf*
Madame Diane Mailloux
Docteur Richard Margoïese
Docteure Marie-Claude Messely*
présidente
Docteure Louise Provencher*
Madame Louise Rochette*
Docteure Jocelyne Sauvé*
Docteur Gilles Tremblay*
Docteure Diane Villeneuve

* Ces membres ont participé aux travaux du sous-comité sur l'interdisciplinarité.

Madame Denise Langlois a également collaboré aux travaux du sous-comité sur l'interdisciplinarité.

REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes ont contribué à la réalisation du présent document. Nous devons d'abord souligner le travail effectué par le sous-comité sur l'interdisciplinarité qui a investi des efforts considérables et que nous remercions vivement.

Nous devons noter la collaboration des autres membres du Comité de soutien à la qualité qui ont contribué à l'amélioration du document, particulièrement le docteur Jacques Brisson et monsieur Robert Jacob pour leur lecture attentive, leurs suggestions et leur contribution à la révision du texte.

Nous tenons aussi à remercier madame Nicole Beauchesne, responsable du programme Qualité de vie en oncologie du Centre universitaire de santé de l'Estrie et membre du Conseil québécois de lutte contre le cancer, qui nous a si généreusement donné de son temps ainsi que sa collaboration pour discuter de l'avancement des travaux sur le concept d'intervenant pivot.

Un merci spécial va aux représentants des régions ayant collaboré à décrire l'état de situation sur le fonctionnement interdisciplinaire dans les centres de référence pour investigation désignés (CRID) et ayant signifié leur intérêt quant au présent mandat. Les personnes consultées sont : madame Édith Lamontagne, les docteurs Sylvain Leduc et Gabriel Houle (région 01), madame Réjeanne Ouellet Bergeron, les docteurs Ann Bergeron et Patricia Voyer (région 02), mesdames France Belleau et Huguette Ouellet (région 03), la docteure Claudine Archambault et madame Lucie Ayotte (région 04), madame Nicole Desrosiers et le docteur Robert Pronovost (région 05), madame Élisabeth Maltais et la docteure Diane Villeneuve (région 06), la docteure Lucie Lemieux et madame Ann Waters (région 07), mesdames Claire Germain et Angèle Rousseau (région 08), madame Marielle Richard et la docteure Marie-Ève Morissette (région 09), madame Manon Laporte (région 10), madame Rachelle Cyr et le docteur Wilber Deck (région 11), madame Thérèse Pelletier (région 12), madame Diane Larocque (région 13), madame Marie Ménard et le docteur Martin Lavoie (région 14), la docteure Johanne Richard (région 15) ainsi que la docteure Huguette Bélanger (région 16).

Par ailleurs, un second sondage a été réalisé dans les CRID par le docteur Wilber Deck auprès des personnes suivantes, que nous tenons également à remercier : mesdames Nicole Beauchesne (infirmière), Chantal Boisclair (infirmière) et Angèle Rousseau (coordonnatrice) ainsi que les docteurs Nathalie Duchesne (radiologiste), Gilles Tremblay (pathologiste), Bernard L'Espérance (oncologue), Michel-Pierre Dufresne (radiologiste), Christopher Place (radiologiste) et Caroline Ouellet (radiologiste).

On doit également souligner la contribution de madame Antonyne Bourassa pour son soutien essentiel et ses judicieux conseils au regard de la présentation du document.

Finalement, des remerciements sincères s'adressent aux organismes consultés qui ont su apporter des commentaires d'une richesse exceptionnelle ayant permis de bonifier le contenu d'une version de travail du document.

Les organismes qui ont été consultés sont : le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des technologues en radiologie du Québec, l'Ordre des travailleurs sociaux du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et le Conseil québécois de lutte contre le cancer (annexe 1).

Marie-Claude Messely
Présidente du Comité de soutien à la qualité
du Programme québécois de dépistage du cancer du sein

RÉSUMÉ

IMPORTANCE DE L'INVESTIGATION

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) a été mis en place afin d'optimiser la performance du dépistage par mammographie dans notre système de santé. Ce programme vise à réduire le plus possible la mortalité par cancer du sein et les effets indésirables qui découlent des activités de dépistage.

La performance d'un programme de dépistage repose sur la capacité des professionnels à bien déceler le cancer chez les femmes qui en sont atteintes, mais aussi à limiter l'anxiété et les inconvénients liés à l'investigation. La grande majorité des examens complémentaires ne révéleront pas de cancer. Ainsi, sur 1 000 femmes qui passeront un test de dépistage, 100 auront besoin d'examens complémentaires et environ 5 d'entre-elles recevront un diagnostic de cancer du sein. L'objectif de l'investigation consiste donc à arriver à un diagnostic fiable en un minimum de temps et avec un minimum d'interventions.

Avec des tumeurs de plus en plus petites et des technologies qui évoluent très rapidement, le diagnostic et le traitement du cancer du sein posent un défi toujours plus grand pour les cliniciens.

MANDAT SUR LE FONCTIONNEMENT INTERDISCIPLINAIRE

Le *Cadre de référence du PQDCS* prévoit que les services d'investigation sont offerts dans des centres spécialisés, désignés par la régie régionale et appelés centres de référence pour investigation désignés (CRID). Une des exigences du programme est que chaque CRID dispose d'une équipe multidisciplinaire comprenant au minimum un radiologiste, un chirurgien, un pathologiste et un professionnel en intervention psychosociale. Le *Cadre de référence du PQDCS* présente cependant peu d'éléments pour définir le fonctionnement interdisciplinaire. Pour combler ce manque et répondre à une demande expresse du sous-ministre adjoint à la Direction générale de la santé publique, responsable ministériel du programme, le Comité de soutien à la qualité a préparé le présent avis qui concerne au premier chef les milieux désignés que sont les CRID, mais pourrait aussi intéresser d'autres milieux offrant des examens complémentaires pour investiguer des anomalies au sein.

CONTENU

Le document présente une recension des écrits relatifs au fonctionnement interdisciplinaire dans le contexte de l'investigation du cancer du sein. L'étude de la documentation porte à la fois sur l'expérience des centres d'investigation associés aux programmes organisés de dépistage du cancer du sein et sur celle des centres spécialisés dans les maladies du sein que l'on retrouve surtout en Amérique du Nord. Un état de la situation au Québec est dressé à partir des positions exprimées par différents groupes et d'une enquête menée auprès des responsables régionaux du programme et de professionnels travaillant dans huit CRID.

LE FONCTIONNEMENT INTERDISCIPLINAIRE

La définition suivante de l'interdisciplinarité a été retenue par le comité :

L'interdisciplinarité se définit comme le regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches. (Hébert, 1997, p.2)

La documentation scientifique trace un portrait très favorable du fonctionnement interdisciplinaire dans le cadre de l'investigation et du traitement du cancer du sein. Des programmes nationaux de dépistage, comme ceux du Royaume-Uni et de l'Australie, en font un élément fondamental de leur fonctionnement. Aux États-Unis, le modèle interdisciplinaire s'impose de plus en plus comme la norme en raison de la complexité du diagnostic et du traitement du cancer du sein et de la nécessité d'offrir une approche globale aux patientes.

Plusieurs activités caractérisent le fonctionnement interdisciplinaire dans le domaine de l'investigation et du traitement du cancer du sein, soit l'évaluation par triple stratégie diagnostique (radiologique, clinique et cyto-histologique), le soutien psychosocial, l'utilisation de guides de pratique, les rencontres de discussion de cas ainsi que l'adoption de divers mécanismes d'assurance de la qualité, dont la révision de cas, la révision des pratiques (audit) et l'analyse de la performance.

Malgré une documentation relativement abondante sur l'interdisciplinarité, aucun essai randomisé n'a été réalisé pour évaluer les effets de l'interdisciplinarité dans le cadre de l'investigation et du traitement du cancer du sein. Toutefois, les études sur la question suggèrent que cette approche apporte des résultats positifs sur plusieurs points, dont la fiabilité des diagnostics, une réduction des taux de biopsie pour des lésions bénignes, la réduction de l'anxiété et de la dépression chez les femmes et l'offre de meilleures options thérapeutiques. Une étude démontre une meilleure survie des patientes atteintes du cancer du sein lorsque les interventions sont réalisées dans les milieux cumulant un certain nombre de nouveaux cas par an et que les professionnels travaillent en équipe.

SITUATION ACTUELLE

Au Québec, les CRID disposent le plus souvent d'équipes multidisciplinaires complètes, tel que le propose le Cadre de référence du programme ; cela n'est toutefois pas le cas dans les régions périphériques lorsque les effectifs sont insuffisants. Par ailleurs, on constate que les interventions des professionnels sont souvent effectuées à la suite les unes des autres, sans réelle coordination, et que les activités d'équipe ne sont pas systématisées. Contraintes de temps, ressources insuffisantes, incitatifs financiers inappropriés et absence de définition opérationnelle de l'interdisciplinarité ont été cités comme des obstacles au fonctionnement interdisciplinaire.

La notion d'interdisciplinarité en oncologie évolue pourtant au Québec ; elle constitue avec ses deux corollaires, la spécialisation et l'intervenant pivot, un élément central des recommandations énoncées dans le Programme québécois de lutte contre le cancer. Les positions des organisations professionnelles du Québec favorisent également le travail interdisciplinaire.

RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

Recommandation 1 : position sur l'interdisciplinarité

Le Comité de soutien à la qualité recommande que tous les centres offrant des services d'investigation dans le cadre du PQDCS disposent des services d'une équipe multidisciplinaire qui utilise une approche interdisciplinaire.

Recommandation 2 : composition et contribution des membres de l'équipe multidisciplinaire

Le Comité de soutien à la qualité recommande que l'équipe minimale comprenne un radiologiste, un chirurgien, un pathologiste et un ou des professionnels assumant les fonctions d'intervenant pivot, d'intervenant psychosocial et de gestionnaire clinique. Le nombre et le type de professionnels qu'il est nécessaire de regrouper pour réaliser les activités de l'équipe peuvent varier selon les modalités locales d'organisation des services.

Il est important que les membres de l'équipe aient les connaissances et les compétences requises pour assumer leurs fonctions et qu'ils fassent partie d'un ordre professionnel.

Recommandation 3 : adoption et utilisation de guides de pratique clinique

Le Comité de soutien à la qualité recommande que chaque centre procédant à l'investigation utilise des guides de pratique produits en tenant compte de l'ensemble des connaissances existantes et de la qualité de la preuve.

Des guides de pratique sur l'investigation et le traitement du cancer du sein, basés sur des données probantes et révisés régulièrement, devraient être recommandés par le Conseil québécois de lutte contre le cancer. Différentes activités locales, régionales et provinciales devraient soutenir la mise en place de ces guides.

Recommandation 4 : discussion des cas

Le Comité de soutien à la qualité recommande la tenue de rencontres interdisciplinaires pour la discussion des cas visant à établir ou à réviser le diagnostic ainsi qu'à planifier le traitement de certaines patientes (approche prospective). Les critères de sélection des cas à discuter sont établis par chacune des équipes.

Recommandation 5 : révision des cas

Le Comité de soutien à la qualité recommande la tenue de rencontres interdisciplinaires pour la révision des cas dans une optique d'assurance de la qualité (approche rétrospective).

Recommandation 6 : révision des pratiques (audit)

Le Comité de soutien à la qualité propose que des indicateurs provinciaux de résultats et de processus s'appliquant à l'investigation soient définis par le Comité d'évaluation du PQDCS et diffusés à l'échelle provinciale.

Des indicateurs plus précis permettant de répondre à des besoins régionaux particuliers pourront être proposés par les équipes des différentes régions.

Les indicateurs portant sur les activités des professionnels devraient être définis avec la collaboration des ordres professionnels visés.

Recommandation 7 : activités de révision des cas communes aux CDD et aux CRID

Le Comité de soutien à la qualité recommande que des ateliers réunissant les professionnels des CDD (centres de dépistage désignés) et des CRID (centre de référence pour investigation désigné) de chaque région servent à la présentation de cas portant sur des problèmes fréquents ou sur des cas complexes.

Recommandation 8 : divulgation et révision des résultats régionaux

Le Comité de soutien à la qualité recommande la tenue de rencontres, une ou deux fois par année, réunissant l'ensemble des acteurs pour divulguer, discuter et réviser les résultats dans chaque région. Ces rencontres viseront également à définir les actions à mettre en place pour consolider, améliorer ou corriger les processus et les pratiques qui ont cours dans la région.

La mise en place d'un comité régional d'assurance de la qualité (CRAQ) est recommandée pour orienter les travaux liés à l'analyse des données, préparer ces rencontres et déterminer les aménagements susceptibles d'améliorer la qualité du programme.

CONCLUSION

L'évolution des connaissances, des techniques et des approches a fait de l'interdisciplinarité une composante essentielle des interventions pour le diagnostic et le traitement du cancer du sein. Les professionnels contribuant à l'investigation des lésions mammaires souhaitent offrir des services de la meilleure qualité possible. Nombreux sont ceux qui, depuis plusieurs années, se sont dévoués à cette tâche, et cela, avant même que le PQDCS ne voie le jour. La mise en place d'un programme amène aujourd'hui à rendre plus formels et précis les paramètres du fonctionnement interdisciplinaire. Les nouvelles activités et façons de faire impliquent des réaménagements importants qui ne peuvent être réalisés que progressivement et avec le soutien de différentes autorités à l'intérieur même des organisations dans lesquelles travaillent les équipes. Il importe que les différents groupes professionnels, les établissements, les régies régionales et le Ministère puissent faciliter la mise en place de l'approche souhaitée. Les recommandations émises par le Comité de soutien à la qualité doivent être considérées comme des propositions qu'il sera souhaitable d'implanter graduellement en tenant compte des particularités régionales et locales.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
1 Mandat sur l'interdisciplinarité	5
2 Recension des écrits portant sur l'interdisciplinarité dans le cadre de l'investigation pour le cancer du sein	7
2.1 Importance de la collaboration.....	7
2.2 Définition des notions de multidisciplinarité et d'interdisciplinarité	9
2.3 Modèles d'organisation des services d'investigation	13
2.3.1 Centres d'investigation des programmes de dépistage.....	13
2.3.2 Centres spécialisés dans les maladies du sein.....	15
2.4 Composition de l'équipe et rôles de chacun des membres.....	17
2.4.1 Radiologiste	18
2.4.2 Chirurgien	20
2.4.3 Pathologiste.....	22
2.4.4 Clinicien spécialisé	24
2.4.5 Infirmière spécialisée	26
2.4.6 Intervenant psychosocial.....	28
2.4.7 Technologue.....	30
2.5 Activités d'équipe.....	32
2.5.1 Activités visant le suivi individuel.....	32
2.5.1.1 Utilisation de protocoles, de guides de pratique clinique et de lignes directrices.....	32
2.5.1.2 Discussion des cas pour établir le diagnostic et le traitement.....	35
2.5.2 Activités visant l'assurance de la qualité.....	42
2.5.2.1 Révision des cas.....	42
2.5.2.2 Révision des pratiques (audit).....	46
3 État de la situation au Québec.....	51
3.1 Éléments influençant la prestation des services d'investigation dans le cadre du PQDCS.....	51
3.1.1 Paramètres énoncés par le MSSS.....	51
3.1.1.1 Cadre de référence du PQDCS	51
3.1.1.2 Travaux sur les examens radiologiques complémentaires.....	53
3.1.1.3 Avis sur l'examen clinique des seins.....	53

3.1.2	Recommandations de différents groupes médicaux	53
3.1.2.1	Collège des médecins du Québec	53
3.1.2.2	Association des radiologistes du Québec.....	54
3.1.2.3	Association des pathologistes du Québec	55
3.1.3	Programme québécois de lutte contre le cancer.....	55
3.2	Opinions des personnes atteintes d'un cancer, de leurs proches et des professionnels	58
3.3	Fonctionnement et difficultés des services d'investigation dans les régions	61
4	Recommandations du Comité de soutien à la qualité	65
4.1	L'interdisciplinarité dans le cadre de l'investigation	66
4.2	Composition de l'équipe et contribution des membres	68
4.3	Activités interdisciplinaires visant le suivi individuel	82
4.3.1	Adoption et utilisation de guides de pratique clinique.....	82
4.3.2	Discussion des cas pour établir le diagnostic et le traitement.....	84
4.4	Activités interdisciplinaires visant l'assurance de la qualité	86
4.4.1	Révision des cas	86
4.4.2	Révision des pratiques (audit).....	88
4.5	Activités impliquant une interaction de l'équipe avec d'autres acteurs	89
4.5.1	Activités de révision des cas communes aux CDD et aux CRID	89
4.5.2	Divulgence et révision des résultats régionaux	90
	CONCLUSION.....	93
	BIBLIOGRAPHIE	95
	ANNEXES	104

Annexe 1 :	Commentaires des organismes consultés sur la version préliminaire (avril 2001) du présent document
Annexe 2 :	Figures illustrant le processus d'investigation selon le type d'anomalie
Annexe 3 :	Les écrits sur la révision des pratiques dans le domaine du cancer du sein
Annexe 4 :	Indicateurs pour procéder à la révision des pratiques relatives aux activités d'investigation
Annexe 5 :	Manuel du radiologiste de l'Association des radiologistes du Québec
Annexe 6 :	Critères d'orientation suggérés pour une intervention psychosociale dans le cadre des activités du PQDCS (par Mme Francine Lebœuf, Hôpital du Saint-Sacrement)
Annexe 7 :	Comité régional d'assurance de la qualité (CRAQ) de l'Estrie

INTRODUCTION

Les maladies mammaires représentent un défi de plus en plus grand pour les cliniciens. En effet, des tumeurs de plus en plus petites doivent être décelées et l'investigation nécessite une plus grande spécialisation ainsi que le recours à des technologies qui évoluent très rapidement. Le *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS)* a été mis en place afin d'optimiser la performance du dépistage par mammographie. Il s'adresse aux quelque 800 000 Québécoises qui ont entre 50 à 69 ans. L'objectif est d'obtenir qu'au moins 70 % d'entre elles passent un examen de dépistage tous les deux ans. Les services offerts par le programme vont de l'invitation au dépistage jusqu'au diagnostic histopathologique. Un document intitulé *Cadre de référence du PQDCS* (1996) définit les normes et les exigences de la qualité portant sur les différents éléments du programme : la participation des femmes, les installations de mammographie, les services de dépistage et d'investigation, le système d'information, la formation et l'assurance de la qualité. Les services de dépistage sont offerts dans des centres de dépistage désignés par le ministre de la Santé et des Services sociaux ; ces centres doivent répondre à des normes élevées de qualité. Les services d'investigation pour les femmes dont l'examen de dépistage révèle une anomalie sont offerts dans les centres de référence pour investigation désignés par les autorités régionales qui sont responsables de l'organisation du programme pour les femmes de leur territoire.

L'investigation est une étape cruciale pour la performance du programme de dépistage du cancer du sein. C'est l'étape où les femmes ayant un résultat anormal à la mammographie de dépistage sont examinées afin de déterminer celles qui ont un cancer. La qualité de cette investigation est un facteur-clé pour atteindre les objectifs de réduction de la mortalité et de diminution des effets indésirables visés par le programme.

Les femmes chez qui un cancer aura été détecté par le dépistage bénéficieront de meilleures chances de survie et auront accès à des traitements souvent moins radicaux que si elles n'avaient pas participé au programme. Il est primordial pour l'efficacité du programme que l'investigation décèle de façon fiable les cancers chez les femmes que l'on accueille pour une recherche plus poussée à la suite de l'examen de dépistage. Un résultat positif à un examen de dépistage du cancer est un événement anxiogène. Ces femmes subiront une investigation, des tests et des examens pour vérifier la nature des anomalies révélées par l'examen de dépistage. Certains de ces examens sont de nature chirurgicale ou invasive. La qualité de l'investigation est essentielle pour atténuer ces inconvénients du dépistage. Pour l'ensemble des femmes examinées, l'objectif est de diminuer l'anxiété associée au suivi d'un examen de dépistage positif et d'arriver à un diagnostic fiable en un minimum de temps et avec un minimum d'interventions, particulièrement celles qui sont les plus invasives.

Le fonctionnement interdisciplinaire pendant le processus d'investigation est recommandé par plusieurs programmes de dépistage à l'échelle internationale et par différents auteurs. Le propos du présent document est de décrire ce type d'approche, ses principales caractéristiques ainsi que les activités et les ressources qu'il préconise.

Après la présentation du mandat sur l'interdisciplinarité est abordée la recension des écrits portant sur l'interdisciplinarité dans le cadre de l'investigation pour un cancer du sein. Les définitions et les principales caractéristiques du fonctionnement interdisciplinaire sont présentées ainsi que la contribution attendue de ce type d'approche. Les différents modèles d'organisation de services décrits dans la documentation sont exposés ainsi que les modalités de fonctionnement dans les pays possédant des programmes de dépistage et dans les pays où des services structurés sont offerts en l'absence d'un programme national. Le rôle des membres des équipes et les activités de nature interdisciplinaire sont ensuite examinés.

Dans un deuxième temps, le document présente un état de la situation au Québec. Cette section porte essentiellement sur les éléments influençant la prestation des services d'investigation dans le cadre du programme québécois de dépistage ainsi que les recommandations de différents groupes médicaux et du Programme québécois de lutte contre le cancer. Les opinions des personnes concernées par le cancer au Québec et l'information provenant des régions quant à la mise en place des services d'investigation, au fonctionnement de tels services et aux difficultés afférentes sont ensuite mises en évidence.

La dernière section regroupe les recommandations retenues par les membres du Comité de soutien à la qualité. Ces recommandations constituent un cadre pour les différents professionnels offrant des services d'investigation liés au PQDCS. Ces propositions devraient faire l'objet de discussions dans les régions, être adoptées par chaque région en tenant compte de la réalité sur le terrain et éventuellement être diffusées afin de rendre explicite le mode de fonctionnement retenu.

1 Mandat sur l'interdisciplinarité

Le Comité de soutien à la qualité s'est intéressé au fonctionnement interdisciplinaire en tenant compte du peu d'information à ce propos dans le *Cadre de référence du PQDCS* et étant donné l'importance reconnue de ce type d'approche dans le contexte de l'investigation d'une anomalie au sein. Il s'agit également d'un sujet d'étude reconnu comme étant prioritaire et d'une demande claire de la part du sous-ministre adjoint à la Direction générale de la santé publique, responsable du programme au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Le Cadre de référence du PQDCS précise que les centres de référence pour investigation désignés doivent disposer d'une équipe multidisciplinaire qui participe au diagnostic et au traitement du cancer du sein et qui comprend au minimum un radiologiste, un chirurgien, un pathologiste et un professionnel en intervention psychosociale. Ce cadre ne précise toutefois pas la nature des activités à réaliser en équipe, les objectifs poursuivis et le fonctionnement à privilégier. Il est donc apparu pertinent de tenter de mieux circonscrire la nature du fonctionnement en équipe dans un CRID.

Le mandat consiste à :

fournir au sous-ministre adjoint à la Direction générale de la santé publique et aux autorités régionales un avis portant sur les caractéristiques du fonctionnement interdisciplinaire à privilégier afin d'optimiser la qualité des services offerts aux femmes qui ont besoin d'une investigation dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).

Le présent document fait état de l'avis du Comité de soutien à la qualité quant à la pertinence et aux modalités du fonctionnement interdisciplinaire ; les recommandations émises doivent être considérées comme des propositions qu'il sera souhaitable d'implanter graduellement en tenant compte des réalités régionales. Elles visent principalement les équipes des CRID du Programme québécois de dépistage du cancer du sein ; toutefois, ces recommandations peuvent également intéresser les professionnels offrant des services d'investigation pour les anomalies mammaires provenant d'autres milieux.

Afin de mieux circonscrire le sujet, notons ici que l'investigation des femmes dont la mammographie de dépistage présente des anomalies implique le recours à différentes activités diagnostiques qui incluent l'anamnèse, l'examen clinique des seins, les clichés supplémentaires, l'échographie, la ponction-aspiration à l'aiguille fine, la biopsie guidée par des techniques d'imagerie (biopsie au trocart, mammotome), la biopsie chirurgicale, l'analyse cytologique ou histologique ainsi que l'évaluation des répercussions émotionnelles et des effets sur la qualité de vie de ces femmes. Par ailleurs, des interventions de soutien psychosocial doivent leur être offertes pour les aider durant la période d'investigation.

Les responsables régionaux, joints au téléphone, ont été invités à donner leur opinion quant à la pertinence du présent mandat. Les personnes interrogées considéraient que le présent sujet d'étude est important et qu'il répond à un besoin. Un intérêt certain a été manifesté. Plusieurs personnes souhaitaient l'énoncé de propositions qui ne seraient pas pour autant contraignantes mais qui pourraient être utiles en région pour susciter des changements. Certains souhaitaient que les

recommandations tiennent compte des réalités régionales (ex. : régions éloignées où existent un manque chronique d'effectifs et une surcharge de travail) et qu'elles proposent des mécanismes très opérationnels.

Certains éléments à intégrer dans le document ont été suggérés par les personnes interrogées :

- l'utilisation d'un protocole d'investigation et son rôle au regard de l'harmonisation des pratiques ;
- l'importance de désigner un professionnel pour établir les liens avec la patiente (ex. : médecin ou autre personne gestionnaire du cas), d'éviter la confusion des messages de différentes sources et d'offrir des services coordonnés ;
- la définition du rôle et de la contribution de l'infirmière clinicienne qui s'occupe de la patiente (coordination, source d'information et de soutien, etc.) ;
- la possibilité de considérer un incitatif pour faciliter la tenue de rencontres ou d'autres activités liées à la qualité ;
- la définition de la contribution de l'ensemble des acteurs à la tenue de rencontres interdisciplinaires et l'importance du rôle du pathologiste dans l'équipe au regard surtout de la corrélation à effectuer entre l'image radiologique et la pathologie ;
- l'importance d'utiliser les données du programme en tant que mécanisme pour amener les changements souhaitables.

2 Recension des écrits portant sur l'interdisciplinarité dans le cadre de l'investigation pour le cancer du sein

2.1 Importance de la collaboration

Les approches recommandées dans la documentation à l'égard des femmes qui ont besoin d'une investigation ou de celles qui sont atteintes d'un cancer du sein impliquent un travail multidisciplinaire ou interdisciplinaire. La présente section s'attarde à comprendre les avantages de ce type d'approche pour l'investigation et le traitement du cancer du sein.

L'investigation et le traitement du cancer du sein ont bien changé depuis les dernières années mais le dépistage et la détection précoce aussi, à tel point d'ailleurs que les tumeurs découvertes sont de plus en plus petites. Cela suppose donc la recherche et la caractérisation de très petites anomalies, souvent non palpables, découvertes à la mammographie seulement et pour lesquelles il est nécessaire de distinguer le caractère bénin ou malin tout en évitant les interventions trop nombreuses ou invasives. La capacité à bien différencier le caractère bénin du caractère malin d'une anomalie est augmentée par la coopération entre les radiologistes, les pathologistes et les chirurgiens (Tabar, 1994). Cet état de fait engendre des défis nouveaux pour les équipes d'investigation et implique une approche par triple stratégie diagnostique. Selon Tabar (1994), la condition préalable d'un dépistage efficace est la présence d'un centre spécialisé dans les maladies du sein (*specialized breast care centre*) employant du personnel très bien formé et motivé qui travaille en équipe de façon à maximiser les bénéfices du dépistage par mammographie tout en réduisant les risques et les coûts.

Les différents types de présentation et les différentes évolutions du cancer du sein en font tant une maladie hétérogène qu'un problème de santé relativement complexe (Tabar, 1994 ; Kanbour-Shakir, 1997 ; Nuffield Institute for Health et NHS Centre for Reviews and Dissemination, 1996), qui nécessite le recours à des approches diagnostiques variées et à des expertises diverses (clinique, imagerie, imagerie d'intervention, expertise en cytologie et histologie, etc). Il est nécessaire d'obtenir un maximum d'information sur la nature de la lésion par des examens préopératoires de façon à réduire au maximum le nombre d'interventions chirurgicales. L'interdisciplinarité est reconnue comme un atout indispensable permettant de mieux orienter l'investigation ou le traitement en évitant des interventions trop agressives.

Plusieurs auteurs font état des avantages associés au travail en équipe pour l'investigation et le traitement du cancer du sein :

- Sainsbury *et al.* (1995) ont analysé l'influence des volumes d'activités et des traitements sur la survie des femmes atteintes d'un cancer du sein. La survie de ces femmes semble améliorée lorsque les chirurgiens assument la charge de plus de trente nouvelles patientes par année, qu'ils utilisent la gamme complète des options thérapeutiques et travaillent en équipe multidisciplinaire ; l'ensemble de ces facteurs aurait une influence sur la survie, mais l'étude ne permet pas d'isoler leur influence respective ;

- Caines *et al.* (1996), de la Nouvelle-Écosse, avancent qu'un programme de dépistage incluant le recours à une approche multidisciplinaire et l'accès à la biopsie au trocart est efficace. Les résultats permettent de constater :
 - un taux de détection de cancer plus élevé pour tous les groupes d'âge par rapport aux données publiées par les autres provinces qui n'ont pas d'équipe multidisciplinaire et ne pratiquent pas de biopsie au trocart,
 - une réduction des taux de biopsie pour les lésions bénignes,
 - une augmentation des taux de malignité à l'occasion de biopsie ouverte,
 - la détection des cancers à un stade plus précoce (stades 0 et 1) ;
- Aitken *et al.* (1992) mettent en évidence une réduction du taux de biopsie chirurgicale avec localisation au harpon et une diminution du rapport entre les cas bénins et les cas malins à la biopsie pour les cancers non palpables lorsque des rencontres d'équipe précèdent systématiquement la décision de procéder à la biopsie (*joint assessment clinic*). Les auteurs recommandent la tenue de ces réunions pour toutes les femmes chez qui une anomalie non palpable est détectée à la mammographie ;
- Le Nuffield Institute for Health et le NHS Centre for Reviews and Dissemination (1996) soutiennent qu'une plus grande spécialisation en équipe multidisciplinaire est plus efficace et améliore le rapport coûts-bénéfices si au moins cent nouveaux cas sont pris en charge par année. Par ailleurs, l'anxiété et la dépression sont réduites chez les femmes grâce à la contribution de l'infirmière de l'équipe ;
- Kanbour-Shakir *et al.* (1997) considèrent que le travail en équipe multidisciplinaire est idéal pour l'évaluation des lésions suspectes, car il permet d'offrir un diagnostic et des opinions thérapeutiques en un seul endroit et souvent en un seul jour. Par ailleurs, l'approche en équipe permet la triple stratégie diagnostique (la contribution des aspects clinique, radiologique et pathologique) pour un diagnostic plus fiable et l'offre de meilleures options thérapeutiques ;
- les résultats observés par August *et al.* (1993) dans leur clinique du Michigan suggèrent que l'approche multidisciplinaire peut être cliniquement, financièrement, académiquement meilleure et productive, et qu'elle favorise l'enseignement et la recherche.

La présence d'une équipe engendre également un certain nombre d'avantages qui ne sont pas nécessairement quantifiés et quantifiables, tant pour les patientes que pour les professionnels, et qui sont tout de même importants. Ceux-ci incluent une meilleure réponse à l'ensemble des besoins des femmes, la satisfaction des femmes et du personnel médical, le dynamisme du milieu, l'enseignement entre pairs, la participation aux protocoles de recherche, etc.

2.2 Définition des notions de multidisciplinarité et d'interdisciplinarité

Le *Cadre de référence du PQDCS* stipule que les investigations et la planification des traitements doivent être organisées et assumées par une équipe multidisciplinaire (ministère de la Santé et des Services sociaux). La présente section explique les notions d'équipe et d'interventions multidisciplinaires et interdisciplinaires.

Schofield et Amodeo (1999), dans une analyse récente des écrits portant sur les équipes interdisciplinaires dans le domaine de la santé et des services sociaux, constatent que les termes *interdisciplinaire* et *multidisciplinaire* sont rarement définis et souvent utilisés de façon interchangeable. D'autres auteurs considèrent que les mots *interprofessionnel* et *interdisciplinaire* sont synonymes (Barr, 1997) ou qu'*interprofessionnel* est plus approprié qu'*interdisciplinaire* (Ray, 1998).

Hébert (1997) présente une définition et une comparaison des deux notions de la façon suivante :

L'interdisciplinarité se définit comme le regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches. Alors que la multidisciplinarité (ou pluridisciplinarité) ne nécessite que la présence de plusieurs disciplines rassemblées autour de l'analyse d'un objet commun (évaluation ou intervention), l'interdisciplinarité exige en plus une synthèse et une harmonisation entre les points de vue qui s'intègre en un tout cohérent et coordonné¹.

Pronovost (2000) définit l'interdisciplinarité ainsi :

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, l'interdisciplinarité se rapporte aux situations complexes qui exigent l'intégration des ressources des savoirs, des habiletés propres aux différentes disciplines. C'est un processus qui requiert des interactions constantes et ce, dans une continuelle perspective de coopération².

L'équipe multidisciplinaire est composée d'individus de différentes disciplines, qui travaillent en coopération mais essentiellement de façon séparée ; chaque membre a une formation professionnelle différente et apporte des compétences différentes (Nolan, 1995 ; Barr, 1997 ; Young, 1998). Dans le modèle multidisciplinaire, les décisions ne requièrent pas le consensus et la plupart d'entre elles sont prises par un individu, habituellement le médecin (Ray, 1998). L'orientation du patient, la consultation, la transmission de l'information et la coordination sont les principaux moyens de fonctionnement du modèle multidisciplinaire (Hébert, 1997).

1 RÉJEAN HÉBERT, *Définition du concept de l'interdisciplinarité*, présentation faite au colloque intitulé « De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité », Québec, 4 et 5 avril 1997, p.2.

2 LOUISE PRONOVOST, *L'interdisciplinarité*, conférence pour le Département de santé publique du CUSE, Groupe de recherche et d'intervention sur les pratiques interdisciplinaires de l'Université de Sherbrooke, 27 avril 2000, p.7.

La collaboration est un élément important distinguant la pratique interdisciplinaire de la pratique multidisciplinaire (Hébert, 1997 ; Schofield et Amodeo, 1999). Dans le modèle interdisciplinaire, les professionnels parviennent conjointement à une vue d'ensemble du problème et décident des solutions et interventions, de leur priorité et du partage des rôles et des tâches en tenant compte des compétences de chaque professionnel (Hébert, 1997). Les décisions se prennent par consensus où chaque discipline participe également à la décision (Ray, 1998).

Les discussions entre les professionnels sont à la base du travail interdisciplinaire. Elles peuvent survenir de façon officieuse, au besoin, ou à l'occasion de rencontres formelles périodiques visant à partager les données de l'évaluation et à coordonner le plan d'intervention (Hébert, 1997).

Quoique la documentation traite des équipes multidisciplinaires et des équipes interdisciplinaires ainsi que des distinctions entre les deux, Lebel (2000) apporte une nuance intéressante en montrant que l'équipe multidisciplinaire peut travailler en interdisciplinarité. Selon cette auteure, l'intervention interdisciplinaire se définit de la façon suivante :

Toute intervention résultant de l'action concertée d'une équipe multidisciplinaire, du patient et de sa famille. Partageant des responsabilités, ces personnes travaillent en synergie et en interaction à la compréhension globale des besoins du patient et de sa famille afin de poursuivre des objectifs communs, avec le souci d'une communication efficace³.

Pour en arriver à un travail interdisciplinaire efficace, des conditions préalables de nature différente doivent être respectées :

- des buts et des objectifs communs doivent être compris, acceptés et partagés par tous les membres de l'équipe (Hébert, 1997) ;
- chaque membre doit comprendre son rôle, ses fonctions et ses responsabilités ainsi que ceux des autres membres de l'équipe (Hébert, 1997) ;
- un respect mutuel de ces rôles et compétences doit exister (Hébert, 1997) ;
- une flexibilité est nécessaire dans le partage des rôles et des responsabilités qui se chevauchent (Hébert, 1997) ainsi que dans l'organisation du travail et le partage des tâches (Lebel, 2000) ;
- des mécanismes efficaces de communication et de prise de décision doivent être instaurés et réévalués périodiquement ;
- la présence de leadership au sein de l'équipe est nécessaire (Lebel, 2000) ;
- le travail interdisciplinaire doit être reconnu dans les mesures de rendement professionnel (Lebel, 2000) ;
- la rémunération des activités (notamment celles qui sont effectuées par les médecins) liées au travail interdisciplinaire doit être assurée (Lebel, 2000) ;

3 PAULE LABEL. *L'intervention interdisciplinaire : Un défi au quotidien*, présentation au colloque du Conseil québécois de lutte contre le cancer, 17 novembre 2000, Hôtel Delta, Montréal, p.3.

- les appuis institutionnels et professionnels au travail interdisciplinaire sont nécessaires (Lebel, 2000) ;
- l'implantation et le maintien d'une équipe complète nécessitent la participation de toutes les disciplines pertinentes (Lebel, 2000).

Selon Lebel (2000), les avantages de l'interdisciplinarité pour le patient et ses proches sont les suivants :

- la possibilité d'une intervention globale par la réponse à une plus grande diversité de besoins, compte tenu de l'éventail des disciplines de la santé, des compétences des professionnels et des outils particuliers mis à la disposition de ceux-ci ;
- la poursuite des mêmes buts et objectifs par tous les partenaires (le patient, la famille et les membres de l'équipe de soins), évitant ainsi les incohérences dans l'information transmise et les interventions ;
- l'efficacité, la continuité et la coordination des actions dans un plan d'intervention négocié ;
- la richesse des interventions offertes et l'accessibilité accrue à des ressources, surtout si l'équipe se donne les moyens d'exercer une certaine créativité et d'innover.

Les avantages pour les professionnels sont les suivants (Lebel, 2000) :

- l'acquisition d'un champ commun de compétences par les échanges professionnels autour des problématiques présentées (éducation médicale interdisciplinaire) ;
- la rigueur professionnelle et le maintien de la compétence encouragés par le regard que les professionnels portent sur leur travail respectif ;
- l'affirmation personnelle et professionnelle de chacun ;
- le meilleur suivi du patient et des interventions réalisées par chacun ;
- le partage des tâches et de certaines responsabilités ;
- le plaisir du travail en équipe ainsi que la solidarité, la complicité et l'aide entre les membres.

Le travail interdisciplinaire comporte aussi ses limites, dont les principales sont les suivantes :

- le champ d'application du travail interdisciplinaire n'est pas illimité. L'interdisciplinarité ne résout pas tous les problèmes et tout n'a pas besoin d'être décidé en équipe. Le professionnel doit prendre les décisions qui s'imposent dans son champ de compétence sans continuellement s'adresser à l'équipe (Hébert, 1997) ;
- la responsabilité d'une décision incombe à chacun des professionnels même si elle est prise en équipe (Hébert, 1997) ;
- la gestion du temps demeure une contrainte constante (Lebel, 2000) ;
- l'équipe n'est pas infaillible, elle est sujette à l'erreur - comme chaque professionnel qui la compose (Hébert, 1997, Lebel 2000) ;
- l'équipe peut s'épuiser (Lebel, 2000).

L'interdisciplinarité a été utilisée dans plusieurs domaines et elle s'applique autant à l'évaluation globale du sujet qu'à l'application d'un plan d'intervention concerté et efficace (Hébert, 1997). L'importance du travail interdisciplinaire semble justifiée en soi, en raison de la nature multidimensionnelle de certains problèmes et besoins des patients nécessitant les connaissances, aptitudes et compétences de professionnels de disciplines diverses (Hébert, 1997 ; Young, 1998 ; Ray, 1998 ; Schofield et Amodeo, 1999). Toutefois, en révisant la documentation, Schofield et Amodeo (1999) constatent qu'il y a peu de preuves quant à l'efficacité des équipes interdisciplinaires dans différents domaines et quant à leur rapport coût-efficacité. Cette approche exige des efforts considérables et une réelle motivation de la part des membres de l'équipe. Cependant, elle favorise une réponse plus cohérente aux besoins du patient ou de la patiente en exigeant de la part des membres de l'équipe une synthèse et une harmonisation des points de vue.

2.3 Modèles d'organisation des services d'investigation

Différents modèles d'organisation des services d'investigation du cancer du sein sont décrits dans la présente section. De façon générale, les services sont offerts dans le cadre de programmes organisés de dépistage ou dans des centres spécialisés dans les maladies du sein.

2.3.1 Centres d'investigation des programmes de dépistage

Au Canada, les programmes en vigueur en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et au Québec incluent les services d'investigation des anomalies détectées au dépistage, alors qu'au Nouveau-Brunswick, la gamme des services d'investigation varie selon les régions et qu'en Ontario, les services d'investigation ne sont offerts que dans un seul centre. Les autres provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba et Terre-Neuve) n'incluent pas les services d'investigation dans le cadre de leur programme (National Committee of Breast Cancer Screening Initiative, 1998).

Au Royaume-Uni et en Australie, l'investigation des anomalies détectées au dépistage est réalisée dans des centres désignés, mis en place dans le cadre des programmes nationaux de dépistage (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994 ; Wilson *et al.*, 2001). Au Royaume-Uni, le nombre de centres d'investigation est limité afin d'obtenir des services de haute qualité (Austoker, 1991). Ces centres d'investigation sont responsables des procédures visant à obtenir un diagnostic définitif. Les procédures d'investigation doivent être réalisées dans des délais acceptables après le dépistage (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994 ; Wilson *et al.*, 2001). En conséquence, il doit y avoir suffisamment de cliniques d'investigation pour respecter les délais. Les résultats de l'investigation doivent être disponibles dans un délai de cinq jours ouvrables ; souvent, les femmes reçoivent les résultats de leur biopsie un ou deux jours après la procédure (Wilson, communication personnelle, juin 2000). De plus, le nombre de visites nécessaires pour obtenir un diagnostic doit être réduit au maximum (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994 ; Wilson *et al.*, 2001).

En ce qui concerne la continuité entre le dépistage et l'investigation, il est recommandé, au Royaume-Uni, que les radiologistes impliqués dans l'interprétation des mammographies de dépistage participent aussi à l'investigation sur une base régulière. En Australie, la double lecture est systématique, l'un des deux lecteurs doit faire partie de l'équipe d'investigation, et des liens entre le personnel des unités de dépistage et le personnel de l'équipe d'investigation doivent exister (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994).

Au Royaume-Uni et en Australie, les services d'investigation sont offerts aux femmes chez qui une anomalie est détectée à la mammographie de dépistage et aux femmes qui rapportent des signes ou symptômes au moment de la visite de dépistage ; des protocoles doivent alors être prévus à cet effet (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994 ; Wilson *et al.*, 2001). Au Royaume-Uni, les femmes qui doivent être revues dans un intervalle plus court (*early recall*) sont reçues au centre d'investigation.

Les procédures d'investigation sont basées sur la triple stratégie diagnostique, ou *triple approach* (Wilson *et al.*, 2001). Les examens radiologiques (incluant l'échographie), l'évaluation clinique ainsi que l'analyse cytologique et histologique des prélèvements (par aspiration à l'aiguille fine ou biopsie au trocart) sont inclus dans la triple stratégie diagnostique. Ainsi, le processus de décision implique la corrélation entre les résultats radiologiques, cliniques et cytologiques/histologiques, la discussion entre les membres de l'équipe et un consensus quant au traitement selon des protocoles préalablement définis par l'équipe (Cytology Sub-Group of the National Coordinating Committee for Breast Screening Pathology, 1993). La prise de décision implique aussi une discussion avec la patiente et, s'il y a lieu, avec son médecin (Austoker, 1991). Des rencontres multidisciplinaires hebdomadaires sont recommandées au Royaume-Uni (Wilson *et al.*, 2001). En Australie, le chirurgien et le radiologiste participent ensemble aux sessions régulières d'investigation ; les rencontres multidisciplinaires sont recommandées au moins une fois par mois (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994).

Des protocoles écrits définissent les méthodes d'investigation ainsi que le cheminement de la patiente à chaque étape de l'investigation ; en fait, au Royaume-Uni, chaque unité d'investigation doit avoir des protocoles écrits et acceptés par l'équipe multidisciplinaire (Wilson *et al.*, 2001). En Australie, chaque centre doit aussi disposer de protocoles écrits pour la prise en charge des femmes qui feront l'objet d'une investigation et doit définir des procédures afin de s'assurer que l'investigation appropriée est entreprise (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994).

Le soutien psychosocial est offert au moment de l'investigation ; au Royaume-Uni, ce soutien est assuré par une infirmière spécialisée et, en Australie, par une personne spécialement formée (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994 ; Wilson *et al.*, 2001).

La transmission des résultats à la patiente peut se faire de deux façons (Cytology Sub-Group of the National Coordinating Committee for Breast Screening Pathology, 1993). La femme peut être informée du diagnostic au moment de l'investigation ou à l'occasion d'une rencontre ultérieure. La première façon de procéder présente des avantages pour les femmes ayant un résultat bénin (moins d'anxiété et moins de déplacements), mais elle est moins acceptée par les femmes qui ont une lésion maligne. Les récentes recommandations britanniques indiquent d'ailleurs qu'il n'est pas essentiel de transmettre les résultats à la patiente le même jour que les examens (Wilson *et al.*, 2001). De plus, toutes les femmes chez qui un cancer est diagnostiqué devraient recevoir leurs résultats en présence du médecin et de l'infirmière et la rencontre devrait laisser suffisamment de temps pour le soutien psychosocial. Au Royaume-Uni, les femmes examinées et les équipes de première ligne doivent recevoir une confirmation écrite du résultat de l'investigation (Wilson *et al.*, 2001).

Les données concernant l'investigation et la conclusion diagnostique sont colligées tant au Royaume-Uni qu'en Australie (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994 ; Wilson *et al.*, 2001).

Le personnel doit avoir accès à de la formation continue et acquérir les niveaux appropriés de compétence. La formation s'adresse aux membres de chaque profession concernée par le cancer du sein, aux équipes de première ligne ainsi qu'aux patientes (Austoker, 1991). En Australie, les centres d'investigation devraient aussi offrir des activités de formation et de liaison avec les médecins traitants afin de les soutenir dans leur rôle d'acteurs de première ligne et dans leur rôle

quant au recrutement, à la formation et au counselling associés au processus de dépistage et d'investigation (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994).

2.3.2 Centres spécialisés dans les maladies du sein

La documentation portant sur les centres spécialisés dans les maladies du sein (*comprehensive breast centers*) est essentiellement nord-américaine.

L'intérêt d'un centre spécialisé pour le diagnostic et le traitement des maladies du sein provient de la reconnaissance du besoin d'offrir une approche globale (*comprehensive*) et multidisciplinaire, afin de répondre aux besoins des patientes (Durant, 1990 ; August *et al.*, 1993 ; Coleman, 1993 ; Kneece et Dreher, 1995 ; Kanbour-Shakir *et al.*, 1997). En raison de la complexité du diagnostic et de celle du traitement du cancer du sein, qui font que des connaissances spécialisées et des compétences particulières de divers professionnels sont nécessaires, le modèle multidisciplinaire ou interdisciplinaire est devenu un standard (Durant, 1990 ; August *et al.*, 1993 ; Coleman, 1993 ; Coleman et Lebovic, 1996 ; Kanbour-Shakir *et al.*, 1997).

De préférence, les services sont offerts à un endroit (Durant, 1990 ; August *et al.*, 1993 ; Coleman, 1993 ; Kneece et Dreher, 1995 ; Coleman et Lebovic, 1996 ; Kanbour-Shakir *et al.*, 1997), souvent en une seule visite (Durant, 1990 ; Kanbour-Shakir *et al.*, 1997 ; August *et al.*, 1993).

Selon Coleman et Lebovic (1996), la gamme de services pouvant être offerts dans un centre spécialisé dans les maladies du sein inclut la prévention et l'évaluation du risque, le dépistage, le diagnostic, la planification du traitement, le traitement, la réadaptation et le suivi ainsi que les services psychosociaux à toutes les étapes du cheminement de la femme. Un centre spécialisé doit aussi soutenir la participation à la recherche aux niveaux local, régional et national et intégrer les résultats des recherches dans la pratique clinique. De plus, ces centres offrent des programmes de formation s'adressant aux patientes, aux professionnels et à la population. Chacun des centres spécialisés ne regroupe pas nécessairement tous ces services.

Certains auteurs indiquent que l'évaluation diagnostique est obtenue par la triple stratégie diagnostique (Lee *et al.*, 1992b ; Kanbour-Shakir *et al.*, 1997).

Une conférence interdisciplinaire de planification prétraitement est tenue à chaque semaine pour discuter des patientes ayant un nouveau diagnostic de cancer du sein (Lee *et al.*, 1992b ; Kneece et Dreher, 1995 ; Coleman et Lebovic, 1996 ; Kanbour-Shakir *et al.*, 1997).

Un centre spécialisé doit définir des indicateurs d'assurance de la qualité pour chaque programme ou service (Coleman et Lebovic, 1996). La qualité de l'évaluation radiologique et la qualité de la pathologie sont nécessaires (Lee *et al.*, 1992b). Il est également nécessaire que les installations de mammographie du centre soient accréditées par l'American College of Radiology (Lee *et al.*, 1992b).

Les données à recueillir pour l'assurance de la qualité et pour le suivi des patientes doivent être définies (August *et al.*, 1993 ; Kanbour-Shakir *et al.*, 1997). La mise en place d'un système efficace de cueillette de données médicales, administratives et financières est nécessaire (Lee *et al.*, 1992b ; Coleman et Lebovic, 1996).

Selon certains auteurs, ces centres spécialisés facilitent la coordination des services (Coleman, 1993 ; Kanbour-Shakir *et al.*, 1997), favorisent la qualité et la formation (Kanbour-Shakir *et al.*, 1997 ; Durant, 1990), améliorent l'accessibilité et permettent la transmission rapide de l'information (Coleman et Lebovic, 1996). Kneece et Dreher (1995) soulignent l'importance de la communication entre les professionnels, du partage de l'information, des liens entre les systèmes d'information et de la discussion des protocoles de traitement sur une base continue. Ces centres spécialisés se veulent des systèmes intégrés et efficaces de prestation des soins, quoique leur effet sur la diminution des coûts reste à prouver (Coleman et Lebovic, 1996). Dans le contexte états-unien, Kneece (1998) avance que les centres spécialisés (*breast center*) sont viables sur le plan financier et qu'ils attirent les contrats d'organismes tels que les HMO (*health maintenance organisation*), compte tenu de leur rapport coût-efficacité avantageux et des hauts taux de satisfaction des patientes.

La planification de l'implantation d'un centre spécialisé implique la réalisation d'une étude de marché en deux parties, dont l'une porte sur la connaissance des besoins et des perceptions de la population, des médecins et du personnel (Lee *et al.*, 1992b ; Kneece et Dreher, 1995) et l'autre vise à estimer le nombre de personnes que le centre aura à desservir au cours des années à venir (Lee *et al.*, 1992b ; Coleman et Lebovic, 1996).

Le soutien du personnel médical est primordial dans le processus de développement de tels centres ; l'opinion et l'implication des membres de ce personnel devraient être recherchées très tôt (Lee *et al.*, 1992b ; Kneece et Dreher, 1995). Par ailleurs, la nécessité de choisir un leader figure parmi les facteurs importants (Durant, 1990 ; Lee *et al.*, 1992b ; Kneece et Dreher, 1995 ; Coleman et Lebovic, 1996).

Ces centres spécialisés visent à obtenir et à maintenir un degré élevé de satisfaction des patientes et des professionnels (Coleman et Lebovic, 1996). Le processus doit être constamment évalué et ajusté aux besoins des patientes. Les résultats et la satisfaction des patientes et des professionnels doivent être mesurés (Lee *et al.*, 1992b ; Kneece et Dreher, 1995).

Un endroit facile d'accès, un environnement calme et agréable, des espaces physiques pouvant accueillir les équipements techniques et faciliter l'interaction entre les professionnels figurent parmi les éléments à considérer au moment de la localisation d'un centre spécialisé, qu'il soit situé dans un hôpital ou non (Durant, 1990 ; Schipper et Dick, 1995 ; Coleman et Lebovic, 1996).

En résumé, les centres spécialisés ont une gamme plus ou moins complète de services, du dépistage jusqu'à la réadaptation et au suivi, incluant la formation, la recherche et le soutien psychosocial. Ils ont en commun une approche globale, le travail en équipe multidisciplinaire, un ensemble de services intégrés et coordonnés ainsi que des éléments d'assurance de la qualité des services et ils visent à obtenir et à maintenir un degré élevé de satisfaction chez les patientes et les professionnels. La mise en place de tels centres requiert la collaboration entre le personnel administratif et le personnel médical, le soutien du personnel médical, un leadership efficace, une étude de marché ciblée (surtout dans le contexte très concurrentiel américain), la cueillette, l'analyse de données ainsi que l'évaluation continue du processus afin d'apporter les ajustements qui s'imposent.

2.4 Composition de l'équipe et rôles de chacun des membres

Au Royaume-Uni, le rapport Forrest recommandait en 1986 que l'investigation soit réalisée par une équipe multidisciplinaire comprenant un radiologiste, un clinicien, un pathologiste, une technologue, une infirmière et une réceptionniste (Gerard *et al.*, 1997). En 2000, l'équipe de base proposée par Wilson *et al.* est composée d'un radiologiste consultant, d'un médecin jouant le rôle de clinicien (qu'il soit radiologiste, chirurgien ou clinicien spécialisé - *breast clinician*), d'une technologue et d'une infirmière spécialisée (*specialist breast care nurse*). En Australie, l'équipe est composée d'un radiologiste, d'un chirurgien, d'un cytologiste-pathologiste et d'une technologue (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994). En Nouvelle-Écosse, elle inclut un radiologiste, un chirurgien, un pathologiste et le médecin de première ligne (Caines *et al.*, 1996). En Suède, la collaboration du radiologiste, du chirurgien et du cytologiste-pathologiste est nécessaire pour l'évaluation diagnostique (Arnesson *et al.*, 1995).

Selon les recommandations européennes, l'équipe devrait inclure un technologue, un pathologiste, un chirurgien et une infirmière et lorsque cela est nécessaire, un oncologue, un physicien et un épidémiologiste. Le radiologiste devrait agir, si possible, comme directeur clinique (Rosselli del Tureo *et al.*, 2001).

Dans les centres spécialisés dans les maladies du sein, la composition de l'équipe multidisciplinaire varie selon la gamme des services offerts dans chaque centre. Dans le centre présenté par Kanbour-Shakir *et al.* (1997), l'équipe réalisant l'évaluation diagnostique est formée d'un radiologiste, d'un chirurgien et d'un pathologiste, alors que l'équipe impliquée dans le traitement est composée d'un chirurgien, d'un radiothérapeute et d'un oncologue. Le professionnel en intervention psychosociale est membre des deux équipes.

Les rôles et activités de chaque membre de l'équipe qui sont présentés dans les pages suivantes sont tirés de plusieurs articles et documents consultés.

2.4.1 Radiologiste

Au Royaume-Uni, dans le cadre du programme national de dépistage du cancer du sein (NHSBSP), les objectifs poursuivis par les radiologistes consistent à obtenir un diagnostic préopératoire de cancer, à réaliser la localisation des lésions, à confirmer le caractère bénin ou malin des lésions par l'utilisation des techniques de biopsie à l'aiguille et à réduire la nécessité d'effectuer des visites de contrôle (NHS Breast Screening Radiologists Quality Assurance Committee, 1997). Teh *et al.* (1998) soulignent également l'importance du rôle du radiologiste afin de réduire les chirurgies non nécessaires pour lésions bénignes et de faciliter la chirurgie thérapeutique en présence de lésions malignes.

- **Les rôles**

Les rôles attribués au radiologiste sont les suivants :

- fournir une opinion claire et définitive concernant l'anomalie détectée au dépistage (NHS Breast Screening Radiologists Quality Assurance Committee, 1997) ;
- réaliser l'évaluation radiologique de la femme qui lui est adressée pour investigation (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994 ; Bassett *et al.*, 1994 ; Rosselli del Turco *et al.*, 2001 ; Blamey, 1998) et utiliser la biopsie assistée par la radiologie (Bassett *et al.*, 1994 ; Schepps et Scola, 1995 ; Rosselli del Turco *et al.*, 2001 ; NHS Breast Screening Radiologists Quality Assurance Committee, 1997 ; Teh *et al.*, 1998 ; Blamey, 1998) ;
- s'assurer que la patiente comprend toutes les implications de l'investigation (NHS Breast Screening Radiologists Quality Assurance Committee, 1997) ;
- s'assurer que les femmes sont évaluées adéquatement : toutes les procédures utiles ont été réalisées et les interventions non nécessaires ou l'anxiété ont été évitées (Rosselli del Turco *et al.*, 2001) ;
- encourager la recherche, la soutenir et y participer si possible (NHS Breast Screening Radiologists Quality Assurance Committee, 1997) ;
- être responsable du programme d'assurance de la qualité des services de dépistage et d'investigation (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994) ;
- agir en tant que directeur clinique du centre d'investigation (Rosselli del Turco *et al.*, 2001 ; NHS Breast Screening Radiologists Quality Assurance Committee, 1997).

- **Les activités**

Les activités médicales sous la responsabilité du radiologiste, relevées dans la documentation sont les suivantes :

- réaliser la lecture et l'interprétation des mammographies (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994 ; NHS Breast Screening Radiologists Quality Assurance Committee, 1997 ; Blamey, 1998) ;
- revoir l'histoire clinique et effectuer la corrélation entre les résultats cliniques et radiologiques (Bassett *et al.*, 1994) ;

- utiliser l'échographie (Bassett *et al.*, 1994 ; National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994 ; NHS Breast Screening Radiologists Quality Assurance Committee, 1997 ; Rosselli del Turco *et al.*, 2001) ;
- réaliser l'aspiration à l'aiguille fine, la biopsie à l'aiguille et la localisation par palpation, échographie ou stéréotaxie (Bassett *et al.*, 1994 ; NHS Breast Screening Radiologists Quality Assurance Committee, 1997 ; Blamey, 1998 ; Teh *et al.*, 1998 ; Rosselli del Turco *et al.*, 2001) ;
- réaliser, si nécessaire, l'examen clinique des seins (NHS Breast Screening Radiologists Quality Assurance Committee, 1997) ;
- communiquer les résultats des examens radiologiques au médecin traitant et à sa patiente aussitôt que possible et dans un langage accessible à celle-ci (Bassett *et al.*, 1994).

Les activités d'équipe :

- encourager le concept de dépistage en tant qu'activité d'équipe multidisciplinaire (Rosselli del Turco *et al.*, 2001 ; NHS Breast Screening Radiologists Quality Assurance Committee, 1997) ;
- participer aux rencontres multidisciplinaires régulières de révision des activités de dépistage et d'investigation (National Program for The Early Detection of Breast Cancer, 1994 ; Rosselli del Turco *et al.*, 2001 ; NHS Breast Screening Radiologists Quality Assurance Committee, 1997) ;
- communiquer rapidement et de façon détaillée les résultats à ses collègues (NHS Breast Screening Radiologists Quality Assurance Committee, 1997) ;
- participer aux sessions d'investigation conjointement avec le chirurgien (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994).

Les activités d'assurance de la qualité :

- surveiller et donner des avis quant au travail en radiologie et au respect des normes (NHS Breast Screening Radiologists Quality Assurance Committee, 1997) ;
- participer et encourager l'évaluation de la performance des professionnels du centre et la révision des pratiques (Bassett *et al.*, 1994 ; NHS Breast Screening Radiologists Quality Assurance Committee, 1997 ; Teh *et al.*, 1998) ainsi que la révision régulière des objectifs du programme (NHS Breast Screening Radiologists Quality Assurance Committee, 1997 ; Teh *et al.*, 1998) ;
- s'assurer de l'existence de mécanismes de révision des cancers d'intervalle (Rosselli del Turco *et al.*, 2001) ;
- participer à des sessions de révision de cas entre radiologistes (NHS Breast Screening Radiologists Quality Assurance Committee, 1997) ;
- s'assurer de la mise en place de mécanismes de contrôle de la qualité des installations de radiologie (Rosselli del Turco *et al.*, 2001) et réviser les résultats des tests (Bassett *et al.*, 1994) ;
- s'assurer de la mise en place de mécanismes afin d'offrir aux femmes l'investigation et l'information nécessaires (Rosselli del Turco *et al.*, 2001).

2.4.2 Chirurgien

Dans le cadre du NHSBSP, les objectifs poursuivis par les chirurgiens consistent à poser un diagnostic rapide et à ne pas surtraiter ni soustraiter les patientes (National Coordination Group for Surgeons Working in Breast Cancer Screening, 1996).

- **Les rôles**

Les rôles attribués au chirurgien sont les suivants :

- au Royaume-Uni, être responsable de l'assurance de la qualité (National Coordination Group for Surgeons Working in Breast Cancer Screening, 1996 ; O'Higgins *et al.*, 1998) ; avoir la responsabilité des procédures de révision des pratiques pour le dépistage et le traitement, de produire les rapports et de faire connaître les résultats au comité national (O'Higgins *et al.*, 1998) ;
- agir à titre de clinicien (pour l'anamnèse, l'examen clinique, etc.) auprès de la patiente dans certains centres (National Coordination Group for Surgeons Working in Breast Cancer Screening, 1996) ;
- procéder à l'investigation et rassurer la patiente si une anomalie est détectée à la mammographie (Sterns, 1997).

- **Les activités**

Les activités médicales du chirurgien énoncées dans la littérature sont les suivantes :

- fournir une opinion chirurgicale pour la biopsie ou le traitement (National Coordination Group for Surgeons Working in Breast Cancer Screening, 1996) ;
- examiner les femmes dont l'état nécessite une procédure à l'aiguille pour une masse solide avant l'exécution de cette procédure (National Coordination Group for Surgeons Working in Breast Cancer Screening, 1996) ;
- rencontrer les patientes avant la chirurgie, qu'elle soit à des fins diagnostiques ou thérapeutiques (National Coordination Group for Surgeons Working in Breast Cancer Screening, 1996 ; O'Higgins *et al.*, 1998) ;
- collaborer avec le radiologiste pour la localisation de la lésion et les procédures diagnostiques à l'aiguille lorsque les lésions sont non palpables (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994 ; National Coordination Group for Surgeons Working in Breast Cancer Screening, 1996 ; O'Higgins *et al.*, 1998) ;
- réaliser la biopsie chirurgicale et les soins postopératoires (Forrest, 1989) ;
- réaliser l'examen clinique des seins (Blamey, 1998) ;
- discuter du diagnostic et des options de traitement avec la patiente et en présence de l'infirmière spécialisée (National Coordination Group for Surgeons Working in Breast Cancer Screening, 1996 ; O'Higgins *et al.*, 1998) ;

- promouvoir la participation à des essais cliniques (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994 ; National Coordination Group for Surgeons Working in Breast Cancer Screening, 1996).

Les activités d'équipe :

- discuter des cas individuels avec le radiologiste et le pathologiste (National Coordination Group for Surgeons Working in Breast Cancer Screening, 1996) ;
- participer aux réunions multidisciplinaires régulières de révision des cas (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994 ; National Coordination Group for Surgeons Working in Breast Cancer Screening, 1996 ; O'Higgins *et al.*, 1998).

Les activités d'assurance de la qualité :

- participer à la révision des pratiques et à la rencontre annuelle des chirurgiens engagés dans le programme de dépistage (National Coordination Group for Surgeons Working in Breast Cancer Screening, 1996) ;
- s'assurer que les lignes directrices pour l'assurance de la qualité en chirurgie soient respectées (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994).

2.4.3 *Pathologiste*

Dans le cadre du NHSBSP, le groupe des pathologistes énonçait les objectifs suivants : améliorer la détermination et la caractérisation des lésions observées à la mammographie, améliorer la concordance des diagnostics faits par les pathologistes ainsi que la qualité de l'information pronostique et contribuer à réduire le nombre de chirurgies non nécessaires (National Coordinating Group for Breast Screening Pathology, 1997).

- **Les rôles**

Outre l'établissement d'un diagnostic pathologique et de données pronostiques fiables, les rôles attribués au pathologiste sont les suivants :

- contribuer aux décisions concernant la prise en charge de chaque patiente (Rapport des anatomopathologistes du groupe de travail de dépistage du cancer du sein de l'Union européenne, 1996 ; National Coordinating Group for Breast Screening Pathology, 1997 ; Kanbour-Shakir *et al.*, 1997, Page *et al.*, 1998) ;
- participer au suivi et à l'évaluation du programme de dépistage (Rapport des anatomopathologistes du groupe de travail de dépistage du cancer du sein de l'Union européenne, 1996 ; National Coordinating Group for Breast Screening Pathology, 1997).

- **Les activités**

Selon les écrits, les activités du pathologiste consistent particulièrement à :

- évaluer le matériel cytopathologique et histologique (National Coordinating Group for Breast Screening Pathology, 1997 ; Cytology Sub-Group of the National Coordinating Committee for Breast Screening Pathology, 1993 ; Kanbour-Shakir *et al.*, 1997 ; Page *et al.*, 1998).

Les activités d'équipe :

- discuter des résultats à l'occasion des rencontres multidisciplinaires dans une approche de triple stratégie diagnostique (Cytology Sub-Group of the National Coordinating Committee for Breast Screening Pathology, 1993 ; Sloane, 2001 ; Kanbour-Shakir *et al.*, 1997).

Les activités d'assurance de la qualité du pathologiste sont les suivantes :

- participer aux rencontres multidisciplinaires régulières de discussion des cas (Cytology Sub-Group of the National Coordinating Committee for Breast Screening Pathology, 1993 ; Kanbour-Shakir *et al.*, 1997 ; National Coordinating Group for Breast Screening Pathology, 1997) ;
- participer à l'assurance externe de la qualité grâce à la révision par les pairs (National Coordinating Group for Breast Screening Pathology, 1997) ;
- rechercher une seconde opinion pour les cas difficiles (National Coordinating Group for Breast Screening Pathology, 1997) ;
- participer aux rencontres régionales et nationales (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994).

2.4.4 *Clinicien spécialisé*

Les cliniciens spécialisés travaillent principalement dans les centres d'investigation et les centres de dépistage au Royaume-Uni, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Le rôle du clinicien spécialisé s'inscrit dans un modèle multidisciplinaire et la littérature consultée provient essentiellement de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande. Ces professionnels ont une formation particulière qui leur permet de réaliser des actes qui, autrement, sont réservés à d'autres spécialistes.

- **Les rôles**

Selon les centres, le rôle du clinicien spécialisé peut varier (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994). Dans un centre spécialisé, ce médecin peut évaluer les cas urgents et réaliser le travail de base pour établir le diagnostic (Harman *et al.*, 1997).

- **Les activités**

Selon Harman *et al.* (1997), les activités du clinicien spécialisé sont d'interpréter les mammographies de dépistage (en tant que deuxième lecteur), de colliger l'anamnèse, de réaliser l'examen clinique des seins et l'échographie, de donner de l'information, d'établir les diagnostics, de réaliser des biopsies, de traiter des conditions non chirurgicales du sein et de revoir les patientes aux visites de suivi. Ce clinicien spécialisé peut aussi offrir du soutien et il participe aux rencontres multidisciplinaires.

2.4.5 Infirmière spécialisée

Dans le cadre du NHSBSP, les objectifs visés par les infirmières spécialisées consistent à s'assurer que, tout au long du processus, la femme recevra les soins et l'information dont elle a besoin d'une manière appropriée et au moment utile, en tenant compte de sa sécurité, de son confort et de sa dignité (National Coordination Group for Nurses in Breast Cancer Screening, 1998).

- **Les rôles**

Les rôles attribués aux infirmières sont les suivants :

- offrir aux femmes et à leurs proches des conseils, le soutien émotionnel et l'information nécessaires (Kneece et Dreher, 1995 ; De Grasse et Hugo, 1996 ; Dontje *et al.*, 1996 ; Deane, 1997 ; National Coordination Group for Nurses in Breast Cancer Screening, 1998 ; Hordern, 2000) ;
- participer à l'investigation et aux soins (Dontje *et al.*, 1996 ; Deane, 1997) ;
- agir en tant que coordonnatrice (Kneece et Dreher, 1995 ; Gabel *et al.*, 1997).

- **Les activités**

Les activités de l'infirmière sont les suivantes :

- présenter le rôle de l'infirmière et ses coordonnées (Ong et Austoker, 1997 ; White *et al.*, 1999) ;
- discuter en privé de la raison de l'orientation de la patiente vers un spécialiste pour investigation et des examens avant le début des tests d'investigation, s'assurer que les résultats sont bien compris après discussion avec les médecins et répondre aux questions de la patiente après l'investigation (Ong et Austoker, 1997) ;
- être présente à l'investigation et lorsque le diagnostic est annoncé à la patiente (National Coordination Group for Nurses in Breast Cancer Screening, 1998) ;
- transmettre de l'information concernant le processus diagnostique, le diagnostic et le traitement et, s'il y a lieu, la participation à des essais cliniques (Dontje *et al.*, 1996 ; Austoker, 1997 ; Deane, 1997 ; National Coordination Group for Nurses in Breast Cancer Screening, 1998 ; White *et al.*, 1999 ; Ong et Hordern, 2000) ;
- vérifier les signes d'anxiété et les facteurs de risque psychologique (White *et al.*, 1999) ;
- obtenir l'information pertinente (histoire, examen physique, pathologie, mammographie) pour la discussion en conférence avec l'équipe (Kneece et Dreher, 1995 ; Gabel *et al.*, 1997) ;
- recueillir l'information concernant les problèmes, l'histoire et les habitudes de vie (Deane, 1997) ;
- garder le contact avec la femme tout au long du processus, répondre à ses questions et à ses préoccupations (Kneece et Dreher, 1995) et servir d'intermédiaire entre la patiente et l'équipe (Kneece et Dreher, 1995 ; Ong et Austoker, 1997) ;

- offrir des soins personnalisés compte tenu des besoins émotionnels, psychosociaux, spirituels, pratiques ou physiques des patientes (De Grasse et Hugo, 1996) ;
- assister les patientes et leurs proches dans leur recherche d'information et leur prise de décision (De Grasse et Hugo, 1996 ; White *et al.*, 1999) ;
- offrir aux patientes un soutien émotionnel (Dontje *et al.*, 1996 ; De Grasse et Hugo, 1996 ; Ong et Austoker, 1997 ; White *et al.*, 1999 ; Hordern, 2000) ;
- discuter du réseau de soutien et offrir de discuter avec la famille (White *et al.*, 1999) ;
- discuter du diagnostic et du pronostic, des buts du traitement, des options, des éléments culturels ou religieux (White *et al.*, 1999) ;
- offrir d'orienter la patiente vers d'autres ressources (White *et al.*, 1999 ; Hordern, 2000) ;
- écrire les notes dans le dossier et assurer la confidentialité (National Coordination Group for Nurses in Breast Cancer Screening, 1998).

Les activités d'équipe et d'assurance de la qualité :

- participer aux rencontres de l'équipe multidisciplinaire (De Grasse et Hugo, 1996 ; National Coordination Group for Nurses in Breast Cancer Screening, 1998 ; White *et al.*, 1999) ;
- réaliser régulièrement la révision de sa propre performance (National Coordination Group for Nurses in Breast Cancer Screening, 1998).

2.4.6 *Intervenant psychosocial*

Au Royaume-Uni, le soutien psychosocial est d'abord réalisé par l'infirmière spécialisée faisant partie de l'équipe d'investigation. En Australie, les recommandations nationales prévoient qu'un professionnel intervienne pour tenter de réduire l'anxiété et pour discuter des résultats du dépistage sans toutefois spécifier le type de professionnel qui peut jouer ce rôle (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994).

En oncologie, le rôle fondamental de l'intervenant psychosocial consiste à faciliter l'adaptation au diagnostic de cancer, au traitement et à la réadaptation pour le patient et sa famille (Smith, Walsh-Burke et Crusan, 1998 ; Bourjolly *et al.*, 1999). L'intervenant psychosocial évalue la situation et intervient auprès des patients et de leurs familles, il élabore et met en œuvre des interventions visant à renforcer l'adaptation de l'individu et la réponse de son environnement aux différents besoins ressentis. Il aborde les aspects psychologiques, sociaux, spirituels, existentiels et pratiques des patients aux prises avec un cancer et de leurs familles.

- **Les activités dans le contexte particulier du cancer du sein :**

- évaluer l'histoire psychosociale de la patiente et de sa famille, le réseau de soutien social et les inquiétudes ou préoccupations courantes (Sorensen et Liu, 1995 ; Roberts et Cox, 1997 ; Freedman, 1998) ;
- déterminer les facteurs agissant de façon négative sur le fonctionnement social des patientes (Bourjolly *et al.*, 1999) ;
- aborder les besoins financiers, matériels et de services (Roberts et Cox, 1997 ; *et al.*, 1999) ;
- répondre aux préoccupations de la patiente et réduire son anxiété (Sorensen et Liu, 1995) ;
- préparer un plan de services adaptés aux besoins de la patiente (Bourjolly *et al.*, 1999) ;
- transmettre à la famille de l'information sur la maladie, le processus de traitement et l'accès aux ressources d'éducation, financières et communautaires (Sorensen et Liu, 1995) ;
- impliquer la famille et la patiente dans la planification des soins (Roberts et Cox, 1997) ;
- aider la patiente pour d'autres services nécessaires et l'assister dans la défense de ses droits s'il y a lieu (Bourjolly *et al.*, 1999) ;
- assister la patiente quant à l'accès à des réseaux de soutien social ou à d'autres groupes pouvant lui être utiles (Sorensen et Liu, 1995 ; Roberts et Cox, 1997) ;
- communiquer l'information pertinente aux médecins et aux infirmières (Sorensen et Liu, 1995) ;
- adresser les patientes plus vulnérables au psychiatre pour évaluation et autres besoins (Sorensen et Liu, 1995).

Les activités d'équipe :

- participer aux discussions afin de sensibiliser les autres membres de l'équipe à l'environnement social de la patiente et aux aspects psychosociaux de la maladie, d'évoquer les possibilités d'application de certaines législations sociales et de faire état des ressources communautaires existantes (Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec 1999) ;
- assister l'équipe quant aux aspects pratiques qui affectent la qualité de vie de la personne atteinte (Smith, Walsh-Burke et Crusan, 1998) ;
- faciliter la communication et la compréhension mutuelle entre la patiente, la famille et les autres professionnels, et faciliter les relations entre la patiente et le personnel (Freedman, 1998 ; Roberts et Cox, 1997 ; Smith, Walsh-Burke et Crusan, 1998) ;
- participer à la conférence multidisciplinaire (August *et al.*, 1996).

2.4.7 *Technologue*

Dans le cadre du NHSBSP, l'objectif visé par les technologues est de réaliser des examens radiologiques de haute qualité et de favoriser l'acceptation des examens par les femmes en réduisant au minimum l'anxiété et l'inconfort (NHSBSP Radiographers Quality Assurance Coordination Committee, 1994).

- **Les rôles**

Les rôles du technologue sont les suivants :

- réaliser une mammographie d'excellente qualité (NHSBSP Radiographers Quality Assurance Coordination Committee, 1994 ; Bassett *et al.*, 1994 ; Rijken et Caseldine, 2001) ;
- avoir une bonne communication avec la femme (NHSBSP Radiographers Quality Assurance Coordination Committee, 1994 ; Bassett *et al.*, 1994 ; Rijken et Caseldine, 2001) ;
- implanter et exécuter les procédures de contrôle de la qualité de l'équipement (Rijken et Caseldine, 2001) ;
- évaluer les examens (Rijken et Caseldine, 2001).

- **Les activités**

Les activités recensées du technologue sont les suivantes :

- informer adéquatement la femme sur l'examen, le besoin de compression et la transmission des résultats (Bassett *et al.*, 1994 ; NHSBSP Radiographers Quality Assurance Coordination Committee, 1994 ; Rijken et Caseldine, 2001) ;
- être attentif aux besoins de la femme (Bassett *et al.*, 1994) ;
- contribuer à réduire l'anxiété et la nervosité de la femme (NHSBSP Radiographers Quality Assurance Coordination Committee, 1994) ;
- utiliser les techniques adéquates de compression et de positionnement au moment de la mammographie (Bassett *et al.*, 1994 ; NHSBSP Radiographers Quality Assurance Coordination Committee, 1994) ;
- participer aux activités de dépistage et d'investigation et faire passer des mammographies diagnostiques aux femmes présentant des symptômes (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994 ; NHSBSP Radiographers Quality Assurance Coordination Committee, 1994) ;
- assister le radiologiste à l'occasion des procédures d'intervention (Bassett *et al.*, 1994) ;
- respecter la confidentialité et suivre les règles établies (Bassett *et al.*, 1994) ;
- observer les précautions requises pour assurer sa sécurité personnelle et celle de la patiente (Bassett *et al.*, 1994).

Les activités d'équipe :

- participer aux rencontres de l'équipe multidisciplinaire (NHSBSP Radiographers Quality Assurance Coordination Committee, 1994 ; Rijken et Caseldine, 2001).

Les activités d'assurance de la qualité :

- participer à la collecte des données et à l'analyse (NHSBSP Radiographers Quality Assurance Coordination Committee, 1994) ;
- prévoir du temps pour maintenir et améliorer la qualité de la radiographie (NHSBSP Radiographers Quality Assurance Coordination Committee, 1994) ;
- être responsable de la révision de leurs pratiques et de la performance (NHSBSP Radiographers Quality Assurance Coordination Committee, 1994 ; Rijken et Caseldine, 2001) ;
- participer aux procédures de contrôle de la qualité (Bassett et al., 1994 ; NHSBSP Radiographers Quality Assurance Coordination Committee, 1994).

2.5 Activités d'équipe

L'interdisciplinarité est susceptible de demeurer un concept relativement vague si les activités qui requièrent un travail en équipe ne sont pas précisées. La présente section est consacrée à la recension des écrits concernant spécifiquement les activités d'équipe dans le contexte de l'investigation ou du traitement du cancer du sein. Reflétant en cela la réalité des pratiques, l'investigation et la planification du traitement sont si étroitement liées dans les articles portant sur le travail en équipe multidisciplinaire qu'il n'a pas été jugé possible, ni même souhaitable, de mettre de côté les écrits portant sur la planification des traitements. Les activités interdisciplinaires proposées par les différents auteurs peuvent être regroupées en deux grandes catégories :

- les activités qui ont un effet direct sur le processus de décision, donc sur le suivi médical de la femme ;
- les activités contribuant à l'assurance de la qualité et, donc, à l'amélioration des interventions.

2.5.1 Activités visant le suivi individuel

Deux types d'activités d'équipe viennent appuyer le processus de décision médicale, ce sont : l'utilisation de lignes directrices ou de protocoles acceptés par les membres de l'équipe et les discussions de cas permettant d'établir ou de réviser le diagnostic et de planifier le traitement.

2.5.1.1 Utilisation de protocoles, de guides de pratique clinique et de lignes directrices

Selon Cook *et al.*, (1997) le mot *guidelines* est utilisé assez librement dans la documentation. Taylor (1996) considère les termes *protocols* et *guidelines* comme synonymes et les définit comme des séries d'options de traitement et de critères de prise de décision.

La définition des guides de pratique clinique *clinical practice guidelines* est largement acceptée et citée par plusieurs auteurs ; il s'agit d'énoncés construits de façon systématique et visant à assister le clinicien et le patient dans la prise de décision sur les soins nécessaires dans des circonstances particulières (Grimshaw et Russell, 1993 ; définition de Field et Lohr, citée par Ray-Coquard *et al.*, 1997 ; Cook *et al.*, 1997 ; Hutchinson, 1998 ; Brouwers et Browman, 1999).

Selon Cook *et al.*, (1997) les guides de pratique clinique sont à la base des cheminements cliniques (*clinical pathway*) et des algorithmes (*clinical algorithms*) qui constituent aussi des aides à la prise de décision. L'annexe 2 présente des exemples de cheminements cliniques adoptés dans le programme de dépistage du cancer du sein du Royaume-Uni en fonction de certaines situations particulières (ex. : masse, microcalcifications, etc.). Le cheminement clinique sert à organiser, à mettre en ordre et à représenter dans le temps les soins donnés à un patient typique alors que les algorithmes cliniques sont définis comme étant une série d'instructions plus complexes, où les décisions et leurs conséquences sont exprimées sous une forme conditionnelle.

Le but des guides de pratique clinique est d'améliorer le processus et les résultats des soins de santé ; ils aident à la prise de décision, que ce soit pour la prévention, le diagnostic ou le traitement (Cook *et al.*, 1997).

En plus d'aider les médecins et les patients dans leur prise de décision, les principales raisons évoquées pour l'utilisation de guides de pratique clinique sont qu'ils contribuent à optimiser l'utilisation des ressources (Cook *et al.*, 1997 ; Hutchinson, 1998), minimisent la variation de la pratique (Ray-Coquard *et al.*, 1997; Cook *et al.*, 1997 ; Hutchinson, 1998 ; Clinical Oncology Information Network (COIN) Breast Cancer Working Group, 1999) et constituent aussi un moyen efficace pour synthétiser et rendre accessibles les données probantes issues de la recherche (Cook *et al.*, 1997 ; Hutchinson, 1998).

- Conception et mise en application de guides de pratique clinique

Plusieurs approches sont utilisées pour concevoir des guides de pratique clinique, que ce soit l'opinion d'experts, des méthodes de consensus et la recherche de données probantes incluant les révisions systématiques de la documentation (Cook *et al.*, 1997 ; Brouwers et Browman, 1999). La plupart des lignes directrices sont basées sur des révisions systématiques des études cliniques qui reposent elles-mêmes sur des méthodes rigoureuses ; toutefois, les méthodes utilisées peuvent varier. La préparation des guides de pratique clinique par une équipe multidisciplinaire peut amener les membres de cette équipe à adopter une approche globale et fait en sorte qu'ils acceptent mieux le contenu de ces guides et qu'ils y adhèrent (Cook *et al.*, 1997).

Il est important que les guides de pratique clinique soient mis à jour de façon régulière afin de refléter les nouvelles données probantes et d'assurer une qualité optimale des soins (Cancer Guidance Sub-Group of the Clinical Outcomes Group, 1996 ; Breast Cancer Working Group, 1999 ; Kneece et Dreher, 1995 ; Cook *et al.*, 1997).

En vue de leur implantation, ces guides de pratique clinique devraient être adoptés ou adaptés au niveau local par les cliniciens eux-mêmes (Cook *et al.*, 1997). Selon le Clinical Oncology Information Network (COIN Breast Cancer Working Group, 1999), des lignes directrices nationales basées sur les connaissances devraient être proposées par des experts reconnus dans le domaine afin de faciliter la conception, au niveau local, de lignes directrices qui seront acceptées par les cliniciens qui travaillent à ce niveau. Le Cancer Guidance Sub-Group (1996) recommande aussi que les protocoles soient adoptés à partir de documents reconnus au niveau national et ajustés aux conditions locales. Selon Hutchinson (1998), une forme d'appropriation des lignes directrices nationales semble se développer lorsque ces lignes directrices servent de base aux lignes directrices locales.

Les organisations n'ayant pas les ressources ni les compétences nécessaires pour concevoir des guides de pratique clinique de qualité devraient choisir des guides élaborés de façon rigoureuse et les adapter à l'utilisation locale (Feder *et al.*, 1999). Selon les auteurs, adapter les lignes directrices implique la transposition des recommandations en critères mesurables et en cibles à atteindre portant sur l'amélioration de la qualité. Les groupes chargés de cette adaptation locale peuvent vouloir changer les recommandations basées sur de faibles preuves (*weak evidence*) ; toutefois, les raisons devraient être explicitées si des recommandations basées sur des preuves importantes (*good evidence*) étaient modifiées.

Selon la documentation analysée par Ma *et al.*, (1997), les médecins sont plus enclins à changer leur pratique si des lignes directrices sont adoptées au niveau local plutôt qu'au niveau national, si des leaders diffusent ces lignes directrices, s'il y a une participation à l'élaboration des normes, s'il y a une rétroaction concernant les résultats et si la gestion des normes fait l'objet de discussions. D'ailleurs, le NHS Centre for Reviews and Dissemination (1999) concluait, après révision des études portant sur la diffusion et l'implantation de lignes directrices (quel que soit le domaine), que celles-ci peuvent changer la pratique clinique et sont plus susceptibles d'être efficaces si elles tiennent compte des circonstances locales, sont diffusées par des interventions actives de formation et sont implantées en utilisant des mémos (*patient-specific reminders*).

- Programmes de dépistage et centres spécialisés

Dans les centres spécialisés dans les maladies du sein, les rencontres en équipe permettent aux membres de l'équipe d'adopter et d'utiliser des lignes directrices pour le diagnostic, le traitement et le suivi des femmes (Lee, 1994 ; Kneecce et Dreher, 1995). Ces lignes directrices servent de guide et permettent d'optimiser la qualité des soins.

Les recommandations actuelles du Royaume-Uni stipulent que chaque centre d'investigation devrait disposer de protocoles écrits acceptés par l'équipe multidisciplinaire (Wilson *et al.*, 2001). Ces protocoles définissent les méthodes d'investigation et le cheminement de la femme à chaque étape de l'investigation. Des protocoles écrits doivent aussi préciser les indications pour l'aspiration à l'aiguille fine, la biopsie au trocart ou les autres techniques de biopsie à l'aiguille.

Des travaux ont été réalisés au Royaume-Uni pour publier des guides de pratique clinique sur l'investigation des lésions détectées par le dépistage (Wilson *et al.*, 2001). Les recommandations nationales du programme australien préconisent que des protocoles communs d'évaluation diagnostique soient développés par le *State Coordination Unit*⁴ en consultant radiologistes, chirurgiens et pathologistes (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994). Les centres d'investigation doivent avoir des protocoles écrits pour l'investigation des anomalies détectées au dépistage, incluant des critères de sélection pour la réalisation des procédures diagnostiques et pour les différentes procédures à suivre à chaque étape du cheminement de l'investigation. Les centres d'investigation devraient constituer un groupe chargé de produire et de réviser régulièrement ces protocoles cliniques. Des protocoles spéciaux devraient exister aussi pour les femmes ayant besoin d'un dépistage dans un intervalle inférieur à deux ans. Les centres d'investigation doivent aussi mettre en place des mécanismes pour s'assurer que l'investigation appropriée est entreprise.

En 1996, au Royaume-Uni, le Cancer Guidance Sub-Group of the Clinical Outcomes Group indiquait que la décision concernant le traitement devait être prise au moment des rencontres de l'équipe et en fonction des guides de pratique clinique et des protocoles acceptés par l'équipe.

4 Le *State Coordination Unit* de chaque province et territoire a la responsabilité d'implanter le programme national.

L'équipe devait fonctionner selon des protocoles écrits spécifiant comment les décisions devaient être prises en ce qui concerne le diagnostic et le traitement. Le groupe de travail recommandait alors que les unités spécialisées (*breast care units*) adhèrent à des protocoles explicites de façon à ce que les personnes atteintes du cancer du sein soient traitées en fonction d'un cheminement prédéfini basé sur des données probantes. Le groupe constatait que l'utilisation de guides de pratique clinique peut améliorer le processus de prestation des soins.

En 1999, le COIN Breast Cancer Working Group, mandaté pour élaborer des lignes directrices concernant le traitement du cancer du sein, constate des variations quant au diagnostic et au traitement du cancer du sein au Royaume-Uni et avance que l'établissement de protocoles représente une étape essentielle vers la réduction de ces variations. Ce groupe recommande que les unités spécialisées conviennent de protocoles standardisés pour le traitement des patientes ayant des maladies du sein afin de s'assurer que chaque patiente reçoive des soins de qualité optimale. Ces protocoles devraient être conçus conjointement par les unités spécialisées au niveau local et les centres spécialisés en oncologie, et devraient impliquer l'équipe de soins de première ligne.

En Suède, la conception des lignes directrices locales est un des rôles des équipes multidisciplinaires (The National Board of Health and Welfare, 1998).

En Europe, les protocoles de pratique doivent exister dans chaque pays. Ils sont établis à partir de lignes directrices portant sur toutes les étapes, du dépistage à l'investigation, ou propres à chaque discipline (European Commission, 2001).

Au Canada, des guides de pratique ont été produits par le Comité directeur des guides de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein (1998), grâce à l'appui de Santé Canada et de l'Association médicale canadienne. Ces guides de pratique ont été élaborés en tenant compte des niveaux de preuve. L'un de ces guides porte sur l'investigation des lésions détectées par la mammographie de dépistage.

Outre l'intérêt de disposer d'outils intéressants guidant le choix des interventions les plus appropriées, les guides de pratique servent souvent de base à l'établissement de normes et à la révision des pratiques.

2.5.1.2 Discussion des cas pour établir le diagnostic et le traitement

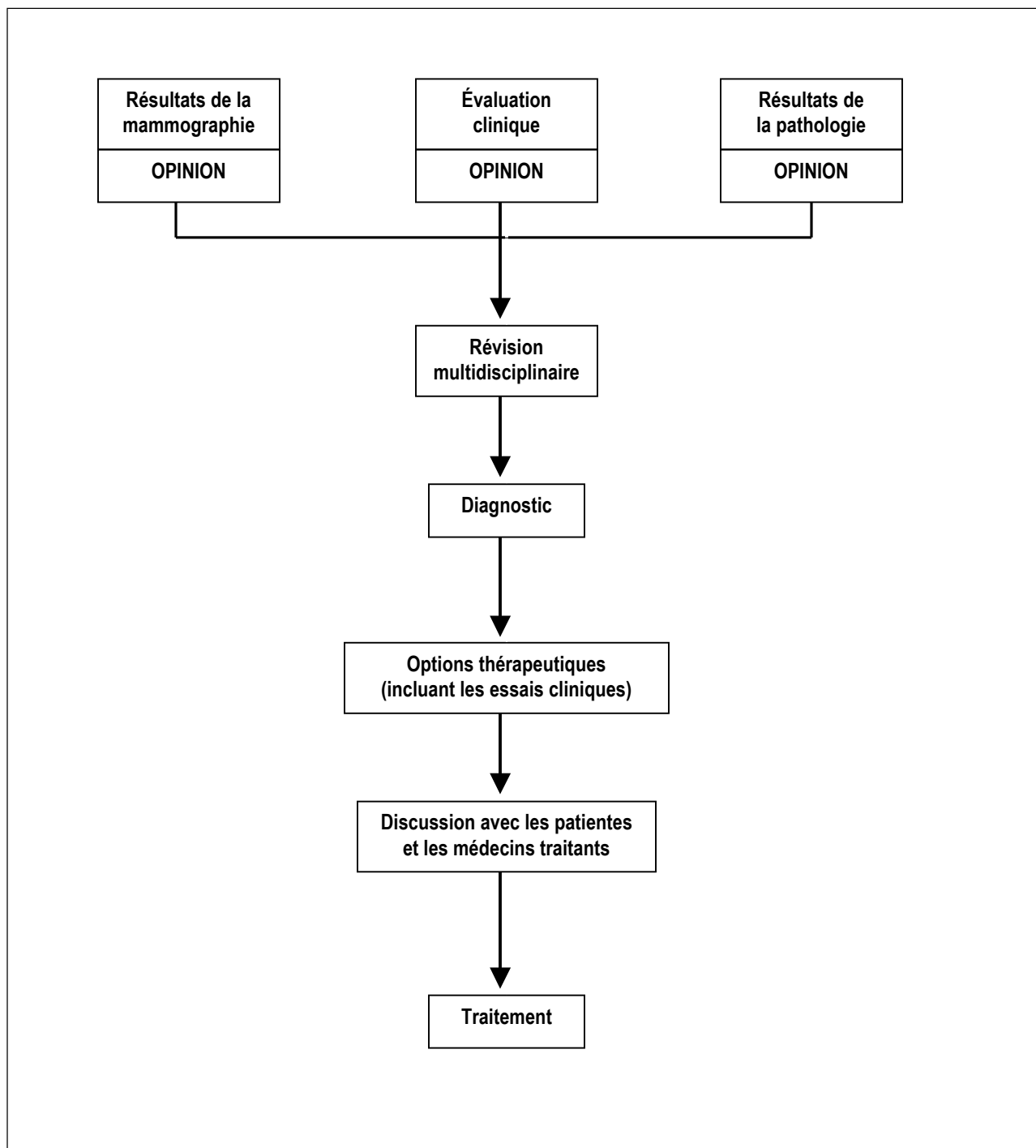
L'investigation des anomalies aux seins repose sur trois éléments : l'évaluation ou le bilan radiologique, l'évaluation clinique (histoire et examen clinique) et l'évaluation pathologique (Austoker, 1991 ; Lee *et al.*, 1992 ; August *et al.*, 1993 ; Cytology Sub-Group of the National Coordinating Committee for Breast Screening Pathology, 1993 ; National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994 ; Cancer Guidance Sub-Group of Clinical Outcomes Group, 1996 ; Lee, 1994 ; Kanbour-Shakir *et al.*, 1997 ; Gabel *et al.*, 1997 ; Wilson *et al.*, 2001), que ces procédures soient amorcées à la suite d'une anomalie découverte à l'examen clinique ou à la mammographie de dépistage.

Récemment, un groupe de travail du Royaume-Uni chargé d'élaborer des lignes directrices concernant le traitement du cancer du sein concluait qu'une révision clinico-pathologique et radiologique régulière impliquant tous les membres de l'équipe est essentielle pour assurer l'exactitude du diagnostic et faciliter la planification du traitement (Coin Breast Cancer Working Group, 1999).

Que ce soit dans le cadre des programmes de dépistage, dans des centres spécialisés dans les maladies du sein ou dans certains hôpitaux, les résultats faisant suite aux différentes procédures d'investigation ou au diagnostic de cancer sont discutés entre les membres de l'équipe dans le but d'établir ou de réviser le diagnostic et de planifier le traitement.

- Programmes de dépistage

En 1991, Austoker, du Royaume-Uni, indiquait que le processus de décision dans le cadre de l'investigation d'anomalies détectées au dépistage impliquait la révision en équipe des résultats radiologiques, cliniques et pathologiques tant dans le but d'établir le diagnostic et les options de traitement que de considérer la possibilité d'offrir aux femmes de participer à des essais cliniques (Austoker, 1991). La figure 1 illustre ce processus.

Figure 1 : le processus de décision

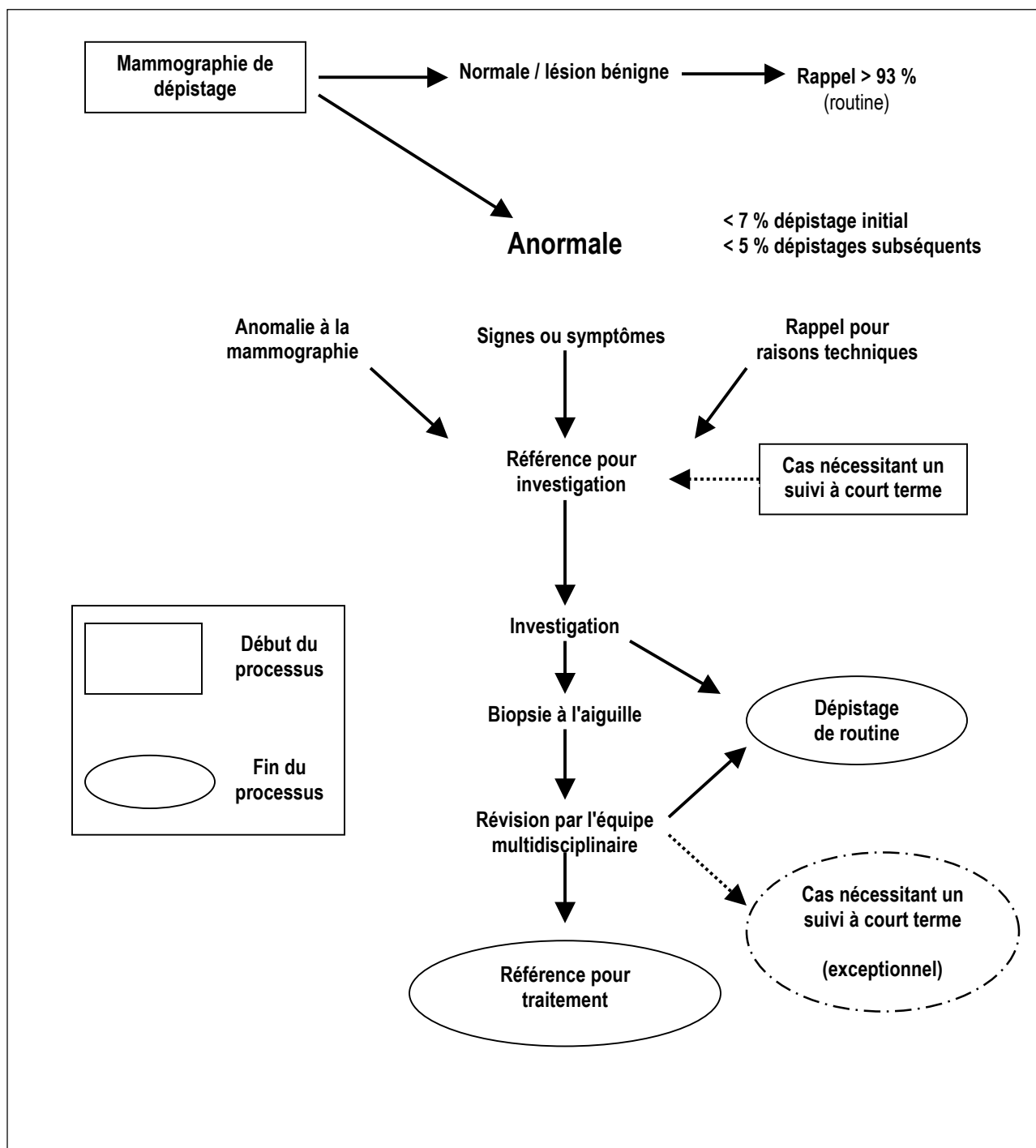
Source : J. AUSTOKER « Organisation of national screening programme », *British Medical Bulletin*, Vol. 47, n° 2, 1991, p. 416-426.

En 1993, une publication du NHS Breast Screening Programme (Cytology Sub-Group of the National Coordinating Committee for Breast Screening Pathology, 1993) stipulait que le processus d'investigation des lésions significatives aux seins impliquait la corrélation entre les résultats cliniques, radiologiques et cytologiques/histologiques, la discussion de ces résultats entre les membres de l'équipe et la recherche d'un consensus quant au traitement pour chaque cas selon des protocoles prédéfinis. Les auteurs indiquent que la discussion entre les professionnels peut avoir lieu à l'occasion de l'investigation ou de rencontres multidisciplinaires régulières.

Les dernières recommandations britanniques prévoient des rencontres multidisciplinaires hebdomadaires où les résultats de la triple stratégie diagnostique sont discutés et la prise en charge déterminée de façon prospective, de préférence avant de communiquer les résultats à la patiente (Wilson *et al.*, 2001). Quelle que soit la nature de l'anomalie, la rencontre multidisciplinaire est tenue après la biopsie à l'aiguille (voir la figure 2). Après cette rencontre, la femme revient au centre pour un dépistage de routine où elle est adressée à un spécialiste pour un traitement ou encore elle est invitée à passer une nouvelle mammographie de dépistage à la clinique d'investigation dans un intervalle inférieur à celui du dépistage de routine (*early recall* ou *short term recall*). Cette dernière option ne devrait être retenue que dans des circonstances exceptionnelles (moins de 1 % des cas) et doit être acceptée par la femme. L'annexe 2 illustre à quelle étape du processus d'investigation se tient la rencontre multidisciplinaire en fonction des différents types d'anomalies décelées à la mammographie (masse, distorsion architecturale, densité asymétrique, microcalcifications) ou en présence de signes ou de symptômes.

Une approche en équipe multidisciplinaire est aussi reconnue nécessaire pour le diagnostic et le traitement des anomalies découvertes au dépistage dans le cadre du programme de dépistage australien (National Program for the Early Detection of Breast Cancer, 1994). Le chirurgien et le radiologiste doivent participer ensemble aux sessions régulières d'investigation et aux rencontres multidisciplinaires qui sont tenues au moins une fois par mois pour réviser les résultats des cytologies et des biopsies.

Figure 2 : Le processus d'investigation des anomalies décelées à la mammographie de dépistage proposé au Royaume-Uni



Source : WILSON *et al.* (sous la dir. de), *Clinical Guidelines for Breast Cancer Screening Assessment*, Sheffield (Royaume-Uni), NHS Breast Screening Programme, publication n° 49, 2001, p.3.

- Centres spécialisés dans les maladies du sein

Les rencontres régulières de planification du traitement constituent une partie essentielle du travail des centres spécialisés dans les maladies du sein (Lee *et al.*, 1992 ; Coleman et Lebovic, 1996) et du travail interdisciplinaire (Lee, 1994). Il s'agit d'une rencontre où les membres de l'équipe interagissent de façon prospective dans le but d'obtenir la meilleure décision quant au diagnostic et au traitement (Durant, 1990 ; Coleman et Lebovic, 1996 ; Lee, 1994 ; Kanbour-Shakir *et al.*, 1997).

Ces rencontres multidisciplinaires incluent la révision de l'évaluation diagnostique (matériel clinique, radiologique et pathologique), la discussion sur les options de traitement (Coleman et Lebovic, 1996 ; Lee *et al.*, 1992 ; Lee, 1994 ; Kneece et Dreler, 1996 ; Kanbour-Shakir *et al.*, 1997) et l'obtention d'un consensus (Lee, 1994 ; Kneece, 1996). En plus de la planification du traitement, d'autres éléments sont aussi abordés par les membres de l'équipe, comme la participation de la patiente à des essais cliniques, l'évaluation des facteurs de risque familiaux et les besoins psychosociaux (Lee *et al.*, 1992 ; Lee, 1994).

Ces rencontres se tiennent sur une base régulière (Coleman et Lebovic, 1996), au moins chaque semaine (Lee *et al.*, 1992 ; August *et al.*, 1993 ; Kneece, 1996) ou lorsque les patientes viennent au centre (Kanbour-Shakir *et al.*, 1997 ; Gabel *et al.*, 1997).

Toutes les recommandations sont formulées et présentées par la suite aux patientes (Lee *et al.*, 1992 ; August *et al.*, 1993 ; Lee, 1994). Selon les centres, les recommandations sont écrites ou non (Lee, 1994). Kneece (1996) recommande que les femmes ne soient pas invitées aux premières réunions, de façon à permettre les ajustements nécessaires au travail d'équipe. Toutefois, une fois la formule rodée, les femmes et leurs proches sont invités à y participer, à poser leurs questions ainsi qu'à exprimer leurs points de vue et leurs souhaits au regard des traitements. Le Fletcher Allen's Breast Care produit même une vidéocassette de la réunion afin de servir de référence ultérieurement et désigne un professionnel de l'équipe pour répondre aux questions des patientes et de leurs proches. Il semble que les patientes qui assistent aux réunions soient très satisfaites des décisions relatives au traitement qui les concerne. Dans le contexte américain, Kneece (1996) rapporte également que les tiers-payeurs considèrent cette façon de fonctionner comme étant le moyen le plus efficace de diminuer les coûts associés aux duplications de services et à la prestation de services non appropriés.

Kneece (1996) avance que l'expression des différents points de vue par les membres de l'équipe est importante et qu'elle représente un excellent forum d'apprentissage ; la réunion doit être gérée de façon à permettre l'expression libre de toutes les opinions dans le respect mutuel et avec un souci d'efficacité et d'efficience. Les cas sont discutés soit au moment de la planification initiale du traitement (diagnostic positif ou suspicion élevée de cancer à la suite d'une aspiration à l'aiguille fine ou au trocart), soit à l'occasion de la phase subséquente de planification du traitement adjuvant (lorsque la chirurgie est effectuée et que le rapport de pathologie est produit). Les différentes étapes du déroulement de la présentation de cas sont précisées par la même auteure.

Ces rencontres des membres de l'équipe visent également la formation des résidents (Lee *et al.*, 1992a ; Lee, 1994 ; Coleman et Lebovic, 1996 ; Kneece, 1996 ; Kanbour-Shakir *et al.*, 1997).

De plus, ces rencontres apportent des bénéfices aux patientes et aux membres de l'équipe. Elles permettent :

- de rassurer la patiente, qui n'est pas confrontée à plusieurs options provenant de différents médecins, ce qui augmente sa confiance dans le choix du traitement (Lee, 1994) ;
- de rassurer les médecins pour les cas difficiles et d'améliorer la confiance quant aux meilleures décisions à offrir (Kneece, 1995) ;
- d'améliorer la qualité de la prise de décision et des soins (Kneece et Dreher, 1995 ; Lee *et al.*, 1992) ;
- de favoriser le partage de l'information et des concepts entre les membres de l'équipe (Lee, 1994), et la mise à jour des connaissances sur une base continue (Kneece, 1996) ;
- d'évaluer la participation éventuelle des femmes à des essais thérapeutiques (Lee, 1994) ;
- d'assurer une meilleure compréhension du vécu émotionnel (Lee, 1994) ;
- de discuter sur les facteurs de risque familiaux (Lee, 1994) ;
- de réduire des coûts liés aux soins des patientes (Kneece, 1996) ;
- de réduire les délais de traitement (Kneece, 1996) ;
- d'améliorer la satisfaction des patientes (Kneece, 1996) et des médecins (Kneece, 1995).

La contribution du personnel administratif pour soutenir et faciliter la réalisation des activités en équipe est fortement recommandée, et ce, dès le départ (Kneece, 1996).

- Autres rencontres

Des rencontres entre cliniciens et pathologistes sont aussi tenues dans le but de réviser le diagnostic et de modifier, s'il y a lieu, le traitement (McBroom et Ramsay, 1993). Ces rencontres sont un moyen d'améliorer la pratique et la qualité des soins aux patientes. Elles permettent de mettre les connaissances en commun entre pairs, et elles offrent un lieu d'enseignement et de formation pour le personnel et les étudiants. Les critères de sélection des cas varient selon les domaines. L'histoire de chaque cas est présentée, l'histologie est revue, le diagnostic et ses conséquences sont discutés, permettant de confirmer le diagnostic original, de le préciser ou de le modifier, ce qui peut alors entraîner des changements quant à la prise en charge de la patiente.

Les rencontres des comités sur les tumeurs (*tumor board*) peuvent aussi comprendre la discussion de cas dans une approche prospective concernant le traitement des patientes atteintes de cancers (Nyquist *et al.*, 1990 ; Friend *et al.*, 1995). Il n'y a pas nécessairement toujours unanimité à l'occasion de ces rencontres (Friend *et al.*, 1995).

2.5.2 Activités visant l'assurance de la qualité

Certaines activités d'équipe qui visent l'assurance de la qualité vont au-delà des décisions ayant un effet sur le suivi médical des patientes. Ces activités impliquent la production d'information permettant d'établir un jugement sur le fonctionnement d'un programme, d'une unité ou d'un individu avec, en toile de fond, des normes ou une comparaison avec des résultats obtenus dans d'autres milieux de façon à pouvoir rétroagir dans l'optique d'offrir les services de la meilleure qualité possible. Ainsi, ces activités peuvent avoir pour objet la révision de la performance d'un centre, d'un groupe de professionnels ou d'un seul professionnel.

Dans le domaine du cancer du sein, la documentation fait mention de deux grands types d'activités qui visent manifestement à soutenir la qualité et que l'on peut regrouper sous les rubriques suivantes : la révision des cas (rétrospective) et la révision des pratiques, qui peut être réalisée soit par les acteurs eux-mêmes (vérification interne) ou par des tiers (vérification externe).

2.5.2.1 Révision des cas

La révision rétrospective des cas dans le contexte des activités d'investigation pour le cancer du sein est habituellement (mais pas toujours) réalisée par l'équipe multidisciplinaire. Elle fait intervenir des discussions sur des cas dans l'optique d'en tirer les meilleurs enseignements et afin d'obtenir des données permettant d'évaluer la pratique et de la modifier si nécessaire. La littérature décrit les activités suivantes :

- a. la révision des films de mammographie ;
- b. la révision des lames de pathologie ;
- c. les rencontres sur les aspects cliniques et pathologiques (*clinicopathological meetings*) ;
- d. les rencontres du comité des tumeurs (*tumor board*).

a. Révision des films de mammographie

Les différentes pratiques de révision des films de mammographie réalisées ou proposées dans la littérature incluent :

- la révision systématique des nouveaux cas de cancers détectés par le dépistage ;
- la révision des films de mammographie pour les petits cancers détectés tôt ;
- les sessions de révision des cas par les radiologistes ;
- la révision des cancers d'intervalle.

Un document du Comité national de l'initiative canadienne sur le cancer du sein (1998) fait état des procédures pour réviser les nouveaux cas de cancer ayant été décelés au dépistage. Six provinces disposent de telles procédures impliquant :

- les radiologistes, en Alberta et au Manitoba ;
- les radiologistes et les technologues, en Ontario ;
- les radiologistes, les technologues et le personnel de bureau, à Terre-Neuve et au Labrador ;
- les radiologistes, les technologues et les pathologistes, en Nouvelle-Écosse ;
- les radiologistes et les pathologistes, en Colombie-Britannique.

La Commission européenne chargée du programme Europe against Cancer (European Commission, 2001) recommande dans ses lignes directrices sur l'assurance de la qualité dans le domaine du dépistage par mammographie que les radiologistes révisent les cancers d'intervalle⁵, ceci étant un excellent moyen de rétroaction et de formation.

Les lignes directrices portant sur l'assurance de la qualité émises à l'intention des radiologistes du programme de dépistage en Grande-Bretagne (NHS Breast Screening Radiologists Quality Assurance Committee, 1997) proposent que des réunions de révision des cas soient tenues régulièrement entre les radiologistes pour discuter :

- des petits cancers détectés ;
- des cancers d'intervalle ;
- des cas intéressants ;
- des indicateurs de performance.

La révision des cancers d'intervalle est relevée par de nombreux auteurs comme étant primordiale pour évaluer la qualité d'un programme de dépistage. La révision des films est alors effectuée afin de classer par catégorie le plus efficacement possible, les cancers qui ont été diagnostiqués pendant la période écoulée entre deux dépistages alors que la mammographie de dépistage antérieure avait été lue comme étant normale. Le processus de révision de ces films peut se faire de nombreuses façons et la méthode retenue semble avoir une influence sur les résultats du classement par catégorie (ex. : relecture de tous les films de cancer d'intervalle ou relecture à l'aveugle en effectuant un mélange de films normaux ou anormaux, interprétation et confrontation des résultats d'un ou de plusieurs radiologistes, etc.). Harvey *et al.* (1993) ont évalué comment la méthode de révision des cancers d'intervalle pouvait influencer les résultats (révision rétrospective versus révision à l'aveugle). Le fait de classer les cancers d'intervalle permet ensuite de procéder aux analyses statistiques de validité du programme (ex. : sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive, etc.). La question de la classification est donc cruciale ; elle devrait permettre aux régions, provinces et pays de se comparer entre eux, dans la mesure où des méthodes de classification uniformes le permettent.

5 Cancer qui survient à l'intérieur de l'intervalle de dépistage recommandé (12 ou 24 mois selon les programmes) alors que la mammographie de dépistage antérieure était normale.

Des travaux sont en cours au Canada sous la supervision de l'Initiative canadienne sur le dépistage du cancer du sein, travaux auxquels participe un représentant du Québec (D^r Jacques Brisson). Un document de travail produit en 1998 par le Comité de soutien à la qualité expose un résumé des principales modalités pour classifier les cancers d'intervalle selon la littérature internationale (Comité de soutien à la qualité, 1998). Par ailleurs, la docteure Yun Jen (1998), résidente en santé communautaire, a proposé des définitions qui pourraient s'appliquer au contexte du Programme québécois de dépistage et qui touchent notamment la question des cancers d'intervalle.

b. Révision des lames de pathologie

Ramsay *et al.* (1992) décrivent la révision de 2 % des lames de pathologie sélectionnées de façon aléatoire ; cette révision est effectuée par des pairs, qui sont pathologistes seniors. Dans ce cas, l'approche est axée sur une seule discipline. Le service de pathologie est évalué en fonction d'un certain nombre d'éléments selon une échelle semi-quantitative, dont :

- l'exactitude du diagnostic ;
- les délais de production des rapports ;
- la qualité générale des lames ;
- la présentation du rapport final ;
- la justesse d'utilisation du système de codification SNOMED.

Les différents paramètres peuvent être suivis dans le temps et les difficultés sont décelées pour correction sans délai. L'évaluation de la performance porte tant sur le volet médical que sur les volets technique et administratif (ex. : secrétariat). Les auteurs concluent en faveur d'une révision des cas aléatoire en tant que mécanisme d'évaluation formel, systématique et quantifiable du service de pathologie.

c. Rencontres sur les aspects cliniques et pathologiques

McBroom et Ramsay (1993) traitent des rencontres sur les aspects cliniques et pathologiques faisant intervenir cliniciens et pathologistes autour de la révision des cas de cancer. Les auteurs conviennent que ce type de rencontres est établi depuis longtemps dans de nombreux milieux, mais que la documentation sur le sujet est mince. Ces rencontres fournissent une occasion de discuter de l'orientation des cas ou des principales difficultés observées; cela permet la transmission d'information et de connaissances entre pairs. Au-delà des décisions d'ordre médical, ces auteurs ont évalué formellement le rôle de ce type de rencontres en tant que mécanisme pour soutenir la qualité et ont été à même de constater qu'une évaluation de l'information apportée par ces rencontres permet de relever des problèmes précis qu'il serait difficile de mettre en évidence autrement. Selon ces auteurs, ces rencontres devraient être encouragées.

d. Rencontres du comité sur les tumeurs

En 1990, Nyquist *et al.* publient un premier article sur le processus éducationnel dans le contexte des rencontres du comité sur les tumeurs (*tumor board*). Les réunions de discussion des cas sont un processus déjà bien établi aux États-Unis dans les hôpitaux ayant des programmes de soins pour le cancer approuvés par l'American College of Surgeons. Le fonctionnement de ces réunions est décrit en fonction de la grosseur de l'établissement, de la mission universitaire de cet établissement et du nombre de réunions tenues par mois. L'étude porte sur 37 hôpitaux et 43 *tumor boards*. Les auteurs font état de rencontres qui servent à la présentation et à la discussion des cas surtout (74 %) ; on y fait peu de présentation de matériel didactique (23 %) ; des objectifs éducatifs y sont très rarement exposés (11 %) ; l'animation est active mais sans véritable direction (8 %) et du matériel éducatif n'est que très rarement proposé (5 %). Les cas sont présentés au complet alors qu'il serait préférable de discuter les cas par étape, en faisant valoir certains points particulièrement importants. Par ailleurs, plus les rencontres sont fréquentes et plus elles servent à orienter les décisions pour le patient, en temps réel ; par opposition, moins elles sont fréquentes (mensuelles, par ex.) et plus les analyses sont rétrospectives. Les auteurs concluent que le plein potentiel éducatif des réunions de discussion des cas n'est pas atteint ; toutefois, ils concluent que la recherche indique que les médecins acquièrent de nouvelles connaissances de l'une des façons suivantes : les conversations entre collègues, les consultations formelles, les sessions de formation et la lecture de la documentation. Les réunions de discussion des cas permettent d'utiliser pleinement ces quatre modes.

Nyquist *et al.* publient à nouveau, en 1992, un article intitulé « Improving the educational process of cancer case conferences ». L'article présente les résultats de l'évaluation d'une nouvelle stratégie : *the educational case*. Les établissements sont regroupés deux par deux et l'expérimentation porte sur la moitié de ceux-ci. Le cas éducationnel vise à augmenter la participation et à optimiser la portée pédagogique de la réunion de discussion des cas sans changer radicalement le processus. Les cas sont discutés par étape, une présentation didactique permet d'orienter la discussion, des articles ou autre matériel de référence sont fournis. Un groupe de professionnels reçoit une formation ; ce groupe et le groupe témoin sont ensuite comparés. Les résultats indiquent que les professionnels formés démontrent un meilleur leadership de type actif, tant sur le plan du déroulement et de la gestion de la réunion que sur le plan éducatif ; les objectifs sont plus systématiquement exposés ainsi que les raisons justifiant la sélection des cas présentés. Par ailleurs, les références sont plus fréquentes, la présentation est plus interactive et la discussion est favorisée. Selon les auteurs, les réunions de discussion des cas ont deux objectifs particulièrement importants : améliorer les soins offerts aux patients grâce à l'approche multidisciplinaire et constituer une source d'éducation continue pour les médecins et les autres professionnels de la santé qui travaillent auprès des patients atteints de cancer.

Les mêmes auteurs (Nyquist *et al.*, 1995) réitèrent l'intérêt d'utiliser le cas éducationnel pour optimiser les réunions de discussion des cas. Ils concluent qu'il est possible d'avoir un effet sur la qualité des réunions dans les hôpitaux si les interventions sont conçues pour respecter les principes de l'apprentissage reconnus efficaces chez l'adulte, et ce, dans le cadre des contraintes financières et de temps des différents milieux. Chaque cas doit être présenté avec deux ou trois points de discussion préalablement préparés, une courte présentation didactique et de la documentation.

La planification et le développement du cas impliquent plusieurs étapes, résumées ici :

1. Sélection du type et du stade du cancer.
2. Détermination d'un point d'intérêt pour la session.
3. Sélection d'un cas approprié.
4. Sélection des points de discussion et énoncé du cas.
5. Préparation d'un petit résumé pour introduire le cas.
6. Contacts des médecins qui devront être présents ou collaborer à la discussion.
7. Préparation de la présentation.
8. Préparation de la documentation.

Par ailleurs, une discussion de cas devrait procéder selon les six étapes suivantes :

1. Introduction de la session.
2. Présentation initiale du cas.
3. Progression du cas (deux à quatre points).
4. Encouragement à participer aux points de discussion.
5. Présentation didactique.
6. Sommaire de la session.

2.5.2.2 Révision des pratiques (audit)

- Définitions

La notion de révision des pratiques n'est pas définie de façon très claire dans la documentation. Généralement, ce processus implique la notion de collecte des données pour porter un jugement sur une situation ou une pratique clinique afin d'offrir une rétroaction, ou *feed-back*, aux acteurs principaux dans l'optique de la mise en place d'interventions visant l'amélioration de la situation ou de la pratique en cause. L'approche est habituellement basée sur l'analyse de données comprenant de nombreux cas, contrairement à ce qui a été décrit à la section précédente.

Le processus de révision des pratiques fait partie de l'assurance de la qualité ; d'ailleurs, ces deux termes sont souvent utilisés indifféremment dans la documentation. L'assurance de la qualité semble toutefois être le terme le plus général ; il comprend différents volets, dont le contrôle de la qualité technique du mammographe et de ses composantes, les activités de discussion et de révision des cas et la révision des pratiques. Ce processus s'adresse plus souvent aux acteurs directement impliqués dans la prestation des soins, soit dans un centre ou dans un service, soit sur le plan des pratiques individuelles. Voici quelques définitions du processus de révision des pratiques tirées de la documentation.

Selon les initiatives de gestion de la qualité du National Health Service (NHS) de Grande-Bretagne (Taylor, 1996), on a :

– Révision de la pratique (Audit)	processus de révision systématique et régulière des objectifs et des standards de pratique
– Révision de la pratique clinique (Audit clinique)	révision systématique des soins aux bénéficiaires effectuée par les professionnels qui travaillent en équipe multidisciplinaire
– Révision de la pratique médicale ou professionnelle (Audit médical)	révision portant sur une discipline qu'elle soit médicale ou qu'elle touche une autre profession

Selon Shaw (1989), le processus de révision de la pratique médicale est une approche systématique de révision par les pairs portant sur les soins médicaux qui permet de déterminer les éléments susceptibles d'être améliorés et de fournir les mécanismes pour ce faire. Shaw fait la distinction entre la révision de la pratique clinique, qui comprend l'ensemble des aspects des soins cliniques, incluant les soins infirmiers et le personnel paramédical, et la révision de la pratique médicale qui ne concerne que les soins dispensés par des médecins. La révision de la pratique médicale porte sur des questions d'ordre clinique plutôt qu'administratif (ex. : utilisation des ressources). Le processus de révision de la pratique médicale est plus systématique, quantitatif et formel que les traditionnelles tournées auprès des patients, les rencontres et les présentations de cas. Toutefois, ultimement, ces activités visent les mêmes objectifs d'éducation et de soins de qualité pour les patients.

Par ailleurs, le processus de révision peut être défini en fonction de son objet principal. Le US Department of Health and Human Services (Bassett, 1994) définit la révision de la pratique médicale par rapport à la production et à la lecture de la mammographie dans un document énonçant les éléments déterminants de la qualité en mammographie (traduction libre) :

L'audit médical en mammographie consiste à recueillir systématiquement et analyser les résultats des mammographies et à comparer ces informations à celles concernant l'évolution des cas (*outcomes data*). [...] Il s'agit de la seule façon de mesurer tant les aspects techniques que l'interprétation de la mammographie. [...] Les médecins impliqués reçoivent un feed-back individualisé sur leur performance ; cela peut amener à identifier des besoins de formation additionnelle dans certains cas. L'audit constitue un outil éducationnel puissant⁶.

Par ailleurs, outre le fait que le processus de révision concerne des pratiques cliniques et une rétroaction pour les personnes engagées dans la prestation des soins, une distinction peut être faite quant à la nature de la rétroaction qui peut être offerte. Ainsi Mugford (1991) distingue la notion de *rétroaction passive*, qui consiste à livrer de l'information qui n'a pas été demandée sans qu'un plan d'action ne soit nécessairement de la *rétroaction active* qui, elle, s'adresse à des

6 BASSETT, L.W. *et al.*, *Quality Determinants of Mammography*, Clinical Practice Guideline n° 13, AHCPR publication n° 95-0632, Rockville (Maryland), Agency for Health Care Policy and Research Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, 1994, 141 p.

cliniciens déjà engagés dans ce processus. Ce dernier type de rétroaction implique éventuellement l'établissement de standards de pratique ou l'implication des cliniciens dans le domaine de l'éducation continue. L'information générée par la rétroaction active peut également devenir le point de départ de discussions sur les soins qu'il convient d'offrir.

Une autre caractéristique de la révision des pratiques est que ce processus peut être réalisé par un groupe externe ou un tiers ; on parle alors de révision externe ou *audit externe* (du type de l'agrément, par exemple) par opposition à la révision interne qui fait intervenir les individus appartenant au service visé.

Deux articles résument les résultats de la revue systématique de la documentation portant sur différentes stratégies pour favoriser la mise en application d'interventions reconnues efficaces. En regard de la révision des pratiques, le NHS Centre for Reviews and Dissemination (1999) conclut que ce processus peut être utile à l'amélioration des performances, surtout dans le domaine de la prescription de médicaments ou de la demande d'examens. Bero *et al.*, (1998) ont examiné cette même question et concluent que la révision incluant la rétroaction fait partie des interventions dont l'efficacité est variable lorsqu'elle est utilisée isolément. Par contre, les deux articles soutiennent que des stratégies multiples et diversifiées sont efficaces (une combinaison, par exemple, de deux interventions ou plus : révision des pratiques incluant la rétroaction, envoi d'aide-mémoire informatisés, recherche de consensus au niveau local, marketing, etc.).

- Le processus de révision interne

Les articles portant sur la révision des pratiques dans le contexte du cancer du sein sont variés tant dans leur contenu qu'au regard des objectifs qu'ils visent. On peut regrouper la teneur de ces articles en quatre grandes catégories en fonction de la nature de l'objet évalué :

- la révision des pratiques à l'échelle des individus (médecins, professionnels de la santé ou autre personnel) ;
- l'appréciation des pratiques d'un service, d'un département ;
- la mise en place d'indicateurs de performance pour évaluer les résultats d'une nouvelle procédure ou pratique médicale ;
- la révision des pratiques et de la performance dans le cadre d'un programme de dépistage du cancer du sein.

L'annexe 3 fait état de la revue de la documentation sur les trois premiers points énoncés ci-dessus. Ces articles fournissent des exemples concrets du potentiel du processus de révision pour améliorer la pratique, suivre l'évolution des résultats et proposer de nouvelles procédures ou pratiques susceptibles de faire progresser les connaissances.

Plusieurs publications portent sur les indicateurs qu'il apparaît approprié d'utiliser pour l'audit des activités d'investigation réalisées par une équipe dans le cadre des activités d'un programme de dépistage. Ces indicateurs sont présentés à l'annexe 4.

Le Royaume-Uni, l'Australie, l'Europe (Société européenne en oncologie) et le Canada ont contribué à proposer des indicateurs utiles pour fournir une rétroaction intéressante aux acteurs engagés dans l'investigation de lésions découvertes à la mammographie de dépistage. Les délais pour l'obtention des services, le nombre de visites utilisées, la participation des professionnels aux rencontres multidisciplinaires de révision de cas, la nature des examens réalisés, la proportion des cas où un diagnostic préopératoire est établi, le rapport entre les cas bénins et les cas malins à la biopsie sont quelques-uns des indicateurs proposés et énoncés de façon à permettre l'évaluation et la comparaison à un barème préalablement défini (la norme).

- Le processus de révision externe ou visite des sites

Le programme du Royaume-Uni prévoit la visite régulière des centres où sont offerts des services de mammographie et d'investigation (NHSBSP, 1998). L'assurance de la qualité est organisée sur une base régionale avec, à sa tête, un responsable et un centre de référence en assurance de la qualité. Le responsable est assisté par une équipe dont les membres représentent chacune des professions contribuant au programme : radiologiste, technologue en radiologie, pathologiste, chirurgien, infirmière spécialisée (*breast care nurse*), physicien biomédical et administrateur.

Chaque centre lié au programme reçoit une visite formelle d'assurance de la qualité aux trois ans. La performance des centres est suivie de plusieurs façons, dont la révision des statistiques, les rencontres régionales et des rencontres informelles. Ces visites constituent un moyen privilégié pour réviser l'ensemble du processus de dépistage sur une base multidisciplinaire et pour évaluer l'efficacité de l'équipe travaillant dans chaque centre.

Ces visites d'assurance de la qualité visent les objectifs suivants :

- examiner la performance de tous les aspects influençant la qualité du programme à l'échelle du centre et sur le plan professionnel ;
- vérifier que les objectifs nationaux sont atteints et mettre en évidence les écarts ;
- soutenir les professionnels engagés dans le programme pour maintenir et améliorer les standards de performance professionnelle ;
- acquérir des connaissances et de l'expertise au regard des meilleures pratiques et transmettre ces connaissances ;
- mettre en commun les expériences et la compréhension des principaux enjeux dans le domaine du cancer du sein.

L'ensemble des paramètres couverts par ces visites incluent les modalités administratives, la population desservie, l'environnement, les ressources humaines, les équipements, les pratiques de dépistage, l'assurance de la qualité (essentiellement l'analyse des données) et la recherche.

Les visites sont très bien définies et doivent être préparées soigneusement ; par ailleurs, des outils (ex. : questionnaire ou protocole) permettent d'évaluer chaque paramètre.

Pour l'évaluation de la performance professionnelle, le protocole d'évaluation de la performance en radiologie, par exemple, définit les éléments à évaluer ; une révision par les pairs d'un certain nombre de cas sélectionnés et la définition des critères de sélection des cas sont proposées. Des niveaux d'intervention sont même définis si des lacunes sont relevées. Tous les professionnels font l'objet d'une évaluation.

3 État de la situation au Québec

La présente section décrit l'état de la situation relativement à la prestation des services d'investigation dans le cadre du PQDCS au Québec. Les éléments influençant la prestation des services au Québec, les besoins des personnes atteintes d'un cancer du sein ou concernées par cette maladie et le portrait du fonctionnement interdisciplinaire actuel dans les centres de référence pour investigation désignés (CRID) sont passés en revue.

3.1 Éléments influençant la prestation des services d'investigation dans le cadre du PQDCS

3.1.1 Paramètres énoncés par le MSSS

3.1.1.1 Cadre de référence du PQDCS

Le *Cadre de référence du PQDCS* définit les objectifs, les normes et les exigences du dépistage par mammographie. Même si le programme couvre l'ensemble des activités, depuis l'invitation jusqu'au diagnostic final, l'investigation est peu traitée dans ce cadre de référence.

Au chapitre des objectifs généraux, voici ceux qui touchent plus directement à l'investigation :

- fournir des services de dépistage et d'orientation de la patiente pour une investigation dans un environnement accessible, rassurant et garantissant la discrétion et l'intimité nécessaires ;
- maximiser la détection des cancers, particulièrement des tumeurs de petite taille, tout en réduisant les effets négatifs associés au dépistage ;
- réduire les délais entre les différentes étapes du cheminement des femmes, notamment la réception des résultats de la mammographie, l'orientation pour une investigation et les différentes procédures nécessaires.

La désignation des centres de référence pour investigation, faite par les régies régionales, implique que les centres en question obtiennent la certification de leur installation de mammographie et qu'une équipe multidisciplinaire offre des services de qualité, répondant aux besoins des femmes et accessibles. La désignation devrait également tenir compte des paramètres suivants :

- le nombre de CRID doit être restreint ;
- le respect des normes des ordres professionnels ;
- le respect des dispositions du programme dont :
 - l'obligation d'assumer les responsabilités qui sont confiées aux CRID,
 - les normes et exigences de qualité,
 - l'utilisation du système d'information,
 - l'évaluation de la performance du programme,
 - l'établissement des liens nécessaires pour offrir la continuité des services,
 - l'accès à l'expertise grâce à la présence d'une équipe multidisciplinaire comprenant au minimum un radiologiste, un chirurgien, un pathologiste et un intervenant psychosocial.

Les centres de référence pour investigation désignés doivent satisfaire aux normes et aux exigences suivantes :

- offrir un premier rendez-vous rapidement pour une investigation (90 % des rendez-vous en 12 jours ouvrables à partir de la date de la mammographie de dépistage) ;
- fournir un diagnostic rapide ou préparer les arrangements pour la biopsie (70 % des diagnostics en 5 jours ouvrables après le premier rendez-vous) ;
- fournir des services adaptés aux besoins des femmes (information, diminution de l'anxiété) ;
- favoriser un choix éclairé (pour toutes les femmes) ;
- fournir une aide psychosociale aux femmes qui en ont besoin (à au moins 90 % des femmes ayant besoin d'une intervention psychosociale) ;
- favoriser la participation active des femmes à tous les niveaux du PQDCS ;
- viser la satisfaction des femmes ;
- assurer la continuité des soins entre le diagnostic et le traitement (pour toutes les femmes).

Par ailleurs, les centres de référence pour investigation désignés doivent participer aux activités visant l'assurance de la qualité. Ces activités sont peu définies dans le *Cadre de référence du PQDCS*, tant pour le dépistage que pour l'investigation et elles comprennent, pour cette dernière :

- la saisie et la transmission des données au système d'information ;
- l'évaluation de la qualité de l'accueil, de l'information donnée aux femmes et de la satisfaction de celles-ci ;
- la participation aux réunions périodiques de révision des cas avec les équipes des centres de dépistage désignés (CDD) ;
- l'application de protocoles de révision des lames de pathologie ;
- la participation aux réunions périodiques de révision de la performance régionale ;
- la participation aux activités de formation du PQDCS ;
- la production d'un bilan des activités.

Finalement, les centres doivent utiliser les protocoles d'investigation définissant les différentes procédures utiles à chaque étape de l'investigation en fonction des manifestations cliniques, que les femmes aient des symptômes ou non.

3.1.1.2 Travaux sur les examens radiologiques complémentaires

La réalisation des clichés supplémentaires uniquement dans les CRID, comme le prévoyait le cadre de référence, a été questionnée compte tenu des problèmes soulevés au moment de l'implantation du programme dans les différentes régions. Cette question a fait l'objet d'un avis de la part du Comité de soutien à la qualité et de l'Équipe programme du MSSS. Dans les faits, les clichés supplémentaires après une mammographie de dépistage anormale peuvent être pris dans les CDD et être remboursés par la RAMQ depuis le 1^{er} avril 2000.

3.1.1.3 Avis sur l'examen clinique des seins

Dans le contexte où des clichés supplémentaires sont maintenant effectués en CDD, il s'est avéré nécessaire de revoir la pertinence de faire systématiquement un examen clinique complet des seins lorsque la mammographie de dépistage est anormale. La position proposée par le Comité de soutien à la qualité (1999) et retenue par le MSSS vise l'examen physique complet des seins de façon systématique mais apporte une nuance importante (absente du cadre de référence). Ainsi, l'examen clinique est nécessaire si une lésion est reconnue d'emblée sur la mammographie de dépistage ou si elle est confirmée par l'une des modalités suivantes : la comparaison avec les clichés antérieurs, la prise de clichés supplémentaires ou encore la révision des films de mammographie par un collègue.

3.1.2 Recommandations de différents groupes médicaux

3.1.2.1 Collège des médecins du Québec

Le Collège des médecins du Québec (1997) a produit des lignes directrices sur le dépistage du cancer du sein en rapport avec le *Cadre de référence du PQDCS*. Le Collège réitère l'importance du rôle de l'omnipraticien pour informer les femmes, les suivre et établir le lien entre le CDD et le CRID pour les femmes qui ont besoin d'une investigation.

Selon le Collège, la responsabilité des manœuvres diagnostiques telles que l'échographie, la cytoponction et la biopsie au trocart revient aux équipes des CRID. Ces équipes doivent être multidisciplinaires et comprendre un radiologiste, un chirurgien, un pathologiste et un professionnel en soutien psychosocial. L'établissement d'un plan d'intervention en équipe est favorisé avant l'utilisation de toute technique invasive (l'aspiration à l'aiguille fine et la biopsie au trocart sont considérées comme invasives). Au chapitre des méthodes diagnostiques, le Collège indique que les CRID devraient disposer d'un appareil stéréotaxique, de préférence numérisé, et d'un appareil d'échographie répondant aux normes de qualité reconnues. De plus, ces centres devraient pouvoir compter sur les services d'un pathologiste compétent pour l'interprétation des cytologies mammaires.

Les procédures liées à l'aspiration à l'aiguille fine, la biopsie au trocart et la biopsie chirurgicale sont précisées ainsi que la nature des renseignements à colliger dans le dossier de la patiente ou dans les formulaires du PQDCS.

3.1.2.2 Association des radiologistes du Québec

Le manuel du radiologiste de l'Association des radiologistes du Québec (ARQ, 2000) comprend deux sections, dont l'une est destinée au radiologiste affecté à la lecture des clichés de dépistage tandis que l'autre section porte sur le radiologiste affecté à un centre de référence pour investigation (annexe 5). Ce document, préparé dans un premier temps par le comité de mammographie de l'Association des radiologistes du Québec, a été entériné par le conseil d'administration le 17 septembre 1999. Il a été modifié à quelques reprises par la suite (dernière modification en avril 2000). Il s'agit d'un document évolutif qui tient compte des connaissances et de l'évolution du PQDCS.

La section consacrée au travail du radiologiste affecté à un centre de référence pour investigation stipule les principaux éléments suivants :

- un centre de référence pour investigation qui n'est pas également un centre de dépistage accrédité devra obtenir l'accréditation de la CAR ainsi que les autres équivalences requises pour la certification par le LSPQ.
- le radiologiste affecté à un centre de référence pour investigation devrait :
 - détenir une certification en radiologie diagnostique,
 - satisfaire aux exigences de l'Association canadienne des radiologistes concernant le radiodiagnostic,
 - travailler dans un centre répondant aux normes du programme d'accréditation en biopsie stéréoguidée de l'American College of Radiology à défaut de normes canadiennes établies,
 - satisfaire aux exigences du programme d'accréditation de l'Association canadienne des radiologistes (CAR) en matière d'éducation médicale continue,
 - interpréter 1000 mammographies par année et maintenir sa compétence de lecture en mammographie de dépistage en restant en contact étroit avec les centres de dépistage,
 - avoir fait 25 biopsies mammaires ou un mois d'entraînement dans un centre spécialisé,
 - faire partie intégrante d'un groupe multidisciplinaire,
 - travailler dans un centre où se pratiquent 100 biopsies au trocart ou au harpon par année,
 - compléter 15 heures de formation médicale continue dans le domaine de l'imagerie du sein ou du cancer du sein, dont 3 heures en techniques d'intervention tous les 3 ans,
 - satisfaire aux normes d'évaluation des indicateurs de l'efficacité d'un programme de dépistage,
 - se soumettre à des visites relatives au contrôle de la qualité effectuées par un comité d'experts,
 - détenir une formation spécifique en échographie mammaire, soit :
 - un cours de formation médicale continue en échographie mammaire en complément d'une formation en échographie générale,*ou*

- un entraînement minimum de deux mois dans un centre spécialisé* pour le radiologiste sans formation en échographie.

* *L'échographie mammaire devra être faite par un radiologiste ayant une expertise en échographie mammaire et une connaissance suffisante de la mammographie pour pouvoir faire la corrélation avec le cliché mammographique dans un centre de mammographie accrédité par l'Association canadienne de radiologie, que ce soit un CRID, un CDD ou un centre d'échographie mammaire satisfaisant aux normes recommandées par l'Association des radiologistes du Québec. Selon le manuel du radiologiste, un centre qui offre un service d'échographie mammaire devrait disposer d'un appareil d'échographie possédant une sonde de fréquence égale ou supérieure à 10 MHz et d'une échelle de gris minimale de 128 canaux.*

3.1.2.3 Association des pathologistes du Québec

L'Association des pathologistes du Québec et la Fondation québécoise du cancer (1999) ont produit un document intitulé *Recommandations pour l'étude en pathologie des lésions mammaires détectées par mammographie dans le cadre du dépistage systématique du cancer du sein*. Ce document s'adresse d'abord aux pathologistes, mais il peut être utile à d'autres personnes intéressées par le programme de dépistage.

Le contenu est inspiré des recommandations européennes pour l'assurance de la qualité dans le cadre du dépistage par mammographie du cancer du sein, publiées en 1996. Les recommandations européennes reconnaissent l'importance du diagnostic anatomopathologique et des données pronostiques fiables pour assurer la prise en charge des patientes et procéder à l'évaluation du programme. Toujours selon cette source, il est essentiel que les anatomopathologistes emploient la même terminologie et les mêmes critères diagnostiques. Des recommandations précises portent sur différents aspects du travail du pathologiste dans le champ particulier du dépistage du cancer du sein incluant, par exemple, les procédures pour effectuer l'examen macroscopique ou la nature des informations à colliger.

Les recommandations européennes sont donc entérinées, sauf pour quelques modifications mineures. Les formulaires des rapports de pathologie et de cytopathologie qui devront être utilisés dans le cadre du PQDCS y sont présentés.

3.1.3 Programme québécois de lutte contre le cancer

Le Programme québécois de lutte contre le cancer, publié en 1997, est le fruit des travaux du comité consultatif sur le cancer présidé par le D^r Luc Deschênes. Ce programme couvre tous les cancers et l'ensemble des aspects allant de la prévention aux soins de fin de vie en passant par la recherche. L'implantation d'un réseau intégré de lutte contre le cancer reposant sur des équipes interdisciplinaires est proposé. Le recours à l'expertise grâce à des équipes locales, régionales et provinciale vise l'accessibilité à des services de qualité.

Une approche centrée sur la personne est prônée dans ce sens, la systématisation du suivi clinique et de la transmission de l'information sont fortement recommandées. Les recommandations portent également sur la mise en place de corridors de service, d'intervenants pivot et de dossiers oncologiques standardisés. Par ailleurs, des modifications à apporter aux modes d'organisation du travail et aux modes de financement et de gestion des établissements devraient faciliter la création et le fonctionnement des équipes multidisciplinaires.

Les mesures visant la qualité du Programme de lutte contre le cancer incluent la révision régionale des pratiques dont, notamment, la révision des cas, la formation de base et la formation continue ainsi que la recherche.

L'une des recommandations du rapport vise la mise en place du Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC), dont le mandat principal consiste à donner des avis au ministre sur les questions relatives à ce domaine d'intervention.

Le CQLC, qui a effectivement été mis en place, a tenu un premier colloque, le 17 novembre 2000, sur l'interdisciplinarité et sur le rôle de l'intervenant pivot. Un document de réflexion déposé à l'occasion de ce colloque expose les rôles et la contribution de l'intervenant pivot, dont les principaux éléments sont les suivants :

[L'intervenant pivot] fait le lien entre les diverses étapes du traitement, les divers acteurs et les différents milieux. Il s'assure de la coordination et de l'intégration des services nécessaires à l'adaptation à la maladie et au maintien d'une bonne qualité de vie, en se centrant sur le respect des valeurs de la personne atteinte de cancer et de ses proches, en prêtant attention aux aspects autres que médicaux et en étant conscient de l'influence de l'environnement sur le bien-être du malade. [...] L'intervenant pivot est donc un professionnel qui évalue les besoins de la personne atteinte d'un cancer et ceux de ses proches, et qui s'assure que l'on répond à ces besoins. Il soutient, accompagne, informe le patient et rend possible la continuité entre les interventions des multiples acteurs. Ce rôle doit s'exercer dans une perspective de renforcement des capacités personnelles (*empowerment*) des patients, à l'intérieur d'une équipe interdisciplinaire et en collaboration avec les ressources de la communauté⁷.

Les principaux rôles de l'intervenant pivot sont :

- d'évaluer les besoins de la personne atteinte d'un cancer et ceux de ses proches, et de s'assurer que l'on répond à ces besoins ;
- d'informer la personne atteinte d'un cancer et ses proches ;
- de soutenir et d'accompagner la personne atteinte d'un cancer et ses proches ;
- de s'assurer de la continuité des actions entre les professionnels et entre les lieux de traitement.

7 CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER, *L'intervenant pivot en oncologie : Un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer*, document de réflexion, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, p. 15.

Par ailleurs, l'intervenant pivot est nécessairement :

- une personne qui fait partie d'une équipe ;
- un expert facilement accessible et stable ;
- un professionnel qui établit une relation d'aide dès l'annonce du diagnostic ou le plus tôt possible après cette annonce ;
- un professionnel accessible là où se trouve le patient (localisation géographique) ;
- un porte-parole, un représentant de la personne atteinte de cancer.

Pour remplir adéquatement ses fonctions, l'intervenant pivot devra avoir les compétences suivantes :

- une formation en sciences de la santé, notamment en sciences biologiques, pharmacologiques et sociales, et en promotion de la santé ;
- des connaissances approfondies en oncologie ;
- des compétences sur le plan de la relation d'aide et des communications interpersonnelles ;
- de bonnes capacités à résoudre des problèmes ;
- une motivation à travailler auprès des personnes atteintes d'un cancer ;
- une facilité à travailler en équipe.

Le CQLC considère que l'infirmier ou l'infirmière, par sa formation, semble être le professionnel le mieux placé pour assumer la fonction d'intervenant pivot.

3.2 Opinions des personnes atteintes d'un cancer, de leurs proches et des professionnels

Très peu d'études réalisées dans le contexte québécois permettent de cerner les besoins et les opinions des personnes concernées par le cancer au Québec. L'une des deux études recensées a été réalisée dans le cadre des travaux du comité consultatif sur le cancer (1995). Cette étude visait à obtenir une meilleure compréhension des besoins des personnes atteintes du cancer (peu importe le type) et de leurs proches. Les auteurs ont rencontré des personnes provenant des régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Mauricie-Bois-Francs (maintenant Mauricie et Centre-du-Québec) et de Montréal. L'étude a permis de définir des besoins et des recommandations au regard des services reçus ou offerts, de la prévention et du dépistage jusqu'aux soins palliatifs.

Les données ont été recueillies grâce à l'organisation de groupes de discussion. Ces rencontres ont été tenues dans chacune des régions choisies entre le 16 janvier et le 3 février 1995. Au total, 166 personnes ont été rencontrées, dont 34 personnes atteintes du cancer, 36 proches de personnes atteintes de cancer, 21 personnes non atteintes de cancer, 39 intervenants auprès de personnes atteintes et 36 gestionnaires d'établissements de santé.

Les besoins exprimés concernant plus particulièrement la période de l'investigation ont été retenus ici. Ils sont présentés selon les groupes qui les ont énoncés, soit les personnes atteintes et leurs proches, les intervenants et les gestionnaires d'établissements de santé. Les besoins des personnes non atteintes, portant davantage sur la prévention et le dépistage, ne sont pas présentés.

- *Les personnes atteintes et leurs proches (70 personnes interrogées)*

L'annonce du diagnostic est un moment très important. Les personnes atteintes et leurs proches souhaitent que la nouvelle soit annoncée d'une façon humaine et respectueuse, qu'elle soit annoncée en présence d'un proche et que le diagnostic soit énoncé clairement.

Certaines personnes atteintes demandent que le médecin, et particulièrement le spécialiste, leur consacre plus de temps au moment de l'annonce du diagnostic et des rencontres subséquentes. Elles soulignent aussi l'importance d'utiliser un langage simple et compréhensible de la part du médecin.

Le besoin d'information est très important à la suite de l'annonce du diagnostic d'un cancer. Les personnes interrogées proposent que le médecin remette aux patients une liste des ressources disponibles dans la région, ainsi que de l'information sur les services offerts et des dépliants sur le type de cancer qui les concerne. Des personnes atteintes et des proches ont aussi indiqué qu'un suivi personnel sous forme d'appel téléphonique ou de rencontre à l'hôpital avec une infirmière, une travailleuse sociale ou un bénévole leur serait utile.

Le besoin de soutien psychologique et affectif est aussi important dès l'annonce du diagnostic. Selon les personnes atteintes et leurs proches, l'orientation du patient vers des ressources de soutien psychologique devrait être systématique dès l'annonce du diagnostic, et ce, que la personne atteinte soit hospitalisée ou non.

Un intervenant pivot pourrait répondre aux besoins d'information et être disponible pour la personne atteinte si elle a des questions ou si elle a besoin d'être rassurée.

- *Les intervenants (39 personnes interrogées)*

Certains intervenants proposent une démarche de concertation et de collaboration entre les divers acteurs d'une région afin de favoriser la communication entre eux ainsi que la connaissance du champ d'action et du rôle de chacun.

Selon certains intervenants, la transmission de l'information, particulièrement de nature psychosociale, est parfois inadéquate, que ce soit entre les établissements ou entre les établissements et le médecin traitant. Le médecin traitant souhaiterait que toute l'information lui soit transmise, de façon standardisée, dans le but d'assurer le suivi de ses patients.

Selon les intervenants, le fait qu'il n'y ait pas de structure établie de renseignements standardisés (médicaux et psychosociaux) à mettre dans le dossier, ni d'orientation systématique du patient vers un type de professionnel selon la situation de la personne atteinte d'un cancer engendre une perte de temps et un moins bon service aux patients.

Plusieurs intervenants recommandent l'instauration de réunions d'équipes multidisciplinaires afin de favoriser la communication entre les acteurs (à l'interne et entre les hôpitaux) et d'assurer une approche globale au patient.

Les intervenants demandent également une formation supplémentaire concernant l'aspect psychosocial du cancer.

- *Les gestionnaires d'établissements de santé (36 personnes interrogées)*

Les gestionnaires reconnaissent qu'il n'y a pas d'ententes formelles entre les établissements quant à l'orientation des patients et aux mécanismes de suivi des personnes atteintes du cancer, mais plutôt des réseaux informels de communication entre les intervenants. Bien que ces réseaux semblent bien fonctionner, plusieurs gestionnaires disent que le patient a besoin d'une continuité de services tout au long de sa maladie et favorisent des ententes formelles pour assurer l'orientation du patient entre les établissements ainsi qu'une coordination régionale, et même provinciale.

Les gestionnaires considèrent également important de standardiser les conditions de transfert des patients ainsi que le degré d'investigation à compléter avant le transfert.

Afin d'améliorer l'accès aux services et aux soins, une planification du niveau d'expertise pour chaque type de cancer est nécessaire selon certains gestionnaires ainsi qu'une définition du rôle des établissements de première, deuxième et troisième lignes. Cela éviterait que trop de traitements secondaires soient effectués dans des établissements tertiaires et *vice versa*. La situation diffère en région éloignée, où les gestionnaires se demandent s'il serait préférable pour la population d'avoir accès à plusieurs spécialités, même si le faible volume n'assure pas une expertise optimale, dans le but d'éviter aux personnes atteintes des coûts financiers et psychologiques liés aux déplacements vers les grands centres.

La plupart des gestionnaires sont d'avis qu'une trop grande centralisation des services en cancérologie ne serait pas à l'avantage des personnes atteintes du cancer, mais que certains services spécialisés devraient être concentrés dans quelques établissements afin d'assurer une expertise de qualité.

Afin de rassurer le patient et d'assurer la continuité dans les soins, le besoin d'un intervenant pivot est mentionné par tous les gestionnaires.

Une seconde étude canadienne a été réalisée par Willow (2000) pour établir le portrait des besoins des femmes francophones atteintes d'un cancer du sein. Ce sont 45 personnes travaillant dans des organismes de soutien et d'information à travers le pays qui ont été interrogées (dont 20 au Québec). Il est malheureusement difficile de distinguer les besoins des femmes québécoises de ceux des femmes des autres provinces. Toutefois, certains problèmes semblent s'appliquer particulièrement à la situation québécoise des régions éloignées :

- absence de groupe d'entraide dans certaines de ces régions ;
- nécessité de parcourir de longues distances pour obtenir les traitements nécessaires.

3.3 Fonctionnement et difficultés des services d'investigation dans les régions

La présente section porte sur le fonctionnement et les difficultés vécues à l'égard des services d'investigation du PQDCS dans les différentes régions sociosanitaires du Québec.

Une première tournée téléphonique a permis de communiquer avec les responsables régionaux du programme, qu'ils soient professionnels au centre de coordination des services régionaux, à la santé publique ou à la régie régionale, pendant la période s'étalant de mai à juillet 1999. Les responsables régionaux sont : soit infirmière, médecin ou conseiller en planification ou en organisation de services. À l'occasion, plusieurs personnes d'une même région ont contribué à la collecte de l'information. La mise à jour de l'information a été effectuée par courrier électronique pendant le mois de juin 2000. Les régions 17 et 18 ont été exclues de la démarche, compte tenu des modalités très différentes de l'organisation des services et des particularités de ces régions. Dans un deuxième temps, certains services cliniques ont été choisis et des contacts ont été établis afin d'obtenir plus d'information sur le fonctionnement interdisciplinaire.

- Contacts auprès des responsables régionaux

Les acteurs des régions ont été questionnés quant à la réalisation d'activités en équipe multidisciplinaire dans les établissements qui ont été ou seront désignés CRID. Des personnes ont été jointes dans les seize régions ; une personne responsable dans une région où le programme n'est pas encore en vigueur n'a pas été en mesure de répondre tandis que les responsables des deux régions où il n'y aura pas de CRID ne pouvaient fournir d'information. Cette section porte donc sur les treize autres régions.

Les personnes ont été questionnées sur trois aspects précis : la présence d'une équipe multidisciplinaire complète, la tenue de rencontres pour la discussion des cas en équipe afin d'orienter l'investigation lorsqu'elle est nécessaire et la tenue de réunions d'équipe selon une approche rétrospective (pour réviser les cas et en tirer les leçons qui conviennent). Par ailleurs, les personnes interrogées ont été invitées à s'exprimer quant aux difficultés liées au travail en équipe telles qu'elles étaient vécues au moment où nous avons communiqué avec ces personnes (1999 et 2000).

Selon les renseignements obtenus, la plupart des CRID disposent d'équipes multidisciplinaires le plus souvent complètes, tel que cela est spécifié dans le *Cadre de référence du PQDCS*. Environ 10 % des CRID ne disposent pas d'une équipe complète ; dans ces cas, c'est le professionnel en intervention psychosociale qui n'en fait pas partie. Toutefois, même dans les établissements où les équipes sont complètes, la multidisciplinarité correspond souvent à la présence de nombreux professionnels de la santé qui agissent isolément et les uns à la suite des autres, sans réelle interaction, de sorte qu'il n'y a pas nécessairement une harmonisation des façons de faire auprès de la patiente et une uniformisation des pratiques par l'échange et la consultation.

Dans les treize régions, il y a très peu de CRID (1 %) où l'on procède à des discussions de cas dans l'optique d'effectuer un meilleur suivi clinique et d'orienter le plus adéquatement possible la prise de décision sur les interventions diagnostiques à réaliser (approche prospective). Dans quelques régions, les professionnels ont des discussions entre collègues, de façon informelle, lorsque cela est nécessaire. En ce qui concerne les rencontres de révision des cas dans l'optique d'en tirer les

meilleurs enseignements, environ 40 % des personnes interrogées déclarent la tenue de telles rencontres. Quelques personnes affirment avoir à mettre en place ce type d'activité dans le futur.

Lorsque les personnes sont sollicitées pour exprimer leur opinion quant aux problèmes que soulève le travail en équipe interdisciplinaire dans le cadre de l'investigation des anomalies détectées au dépistage, elles mentionnent les difficultés suivantes :

- effectifs médicaux insuffisants et pénurie de personnel, d'où un allongement des délais ;
 - difficulté à tenir des réunions multidisciplinaires, particulièrement dans un contexte de surcharge de travail chronique ou lorsque les médecins sont itinérants ;
 - pas de concertation entre désignés CRID d'un même territoire ;
 - ordre des étapes à suivre par les patientes de la clientèle non défini dans certains CRID ;
 - démobilisation des médecins collaborant à l'investigation dans le cadre du programme et scepticisme quant à la façon de fonctionner du programme par rapport à la pratique habituelle ;
 - besoin de convaincre les médecins du bien-fondé du travail en équipe interdisciplinaire ;
 - absence de définition du fonctionnement en équipe interdisciplinaire et absence de références pour guider les CRID à cet effet ;
 - problème de disponibilité (temps) des différents professionnels pour favoriser les échanges à une même table ;
 - problème de disponibilité budgétaire pour soutenir les activités interétablissements ;
 - difficulté à justifier le bien-fondé des activités en équipe pour lesquelles aucun incitatif financier n'est offert aux médecins et dont le temps passé en réunion correspond à du bénévolat ;
 - difficulté des CRID à répondre aux besoins des patientes dans les délais souhaités, dans certaines régions, malgré des efforts très importants de l'ensemble des professionnels et des médecins ;
 - difficulté pour les médecins de se rencontrer afin de planifier l'investigation, compte tenu des contraintes de temps, de l'absence de définition du travail interdisciplinaire et du fait que des médecins croient plus ou moins aux bénéfices de l'approche prospective.
- Obtention d'information auprès du personnel de certains services cliniques

Il est apparu intéressant d'obtenir des informations supplémentaires auprès du personnel de quelques services cliniques. La démarche consistait à vérifier auprès d'un nombre limité de CRID si une équipe était en place et dans l'affirmative, connaître sa composition, la fréquence et la durée des rencontres pour discuter des cas cliniques (à l'étape de l'investigation), déterminer le but de ces rencontres et vérifier de quelle manière les aspects psychosociaux de la patiente sont pris en considération.

Un ou deux acteurs (professionnels ou plus souvent médecins spécialistes) travaillant dans huit CRID ont été joints. Les CRID ont été choisis de façon à obtenir une vision des petites et des grandes régions du Québec. Le tableau 1 précise les établissements choisis et la spécialité des personnes consultées.

Tableau 1 : Source des informations

	CRID choisis	Région	Professionnels joints
1.	Hôpital du Saint-Sacrement	03	Un radiologiste
2.	Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke	05	Une infirmière en oncologie
3.	Hôpital général juif	06	Un pathologiste
4.	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	06	Une infirmière et un oncologue
5.	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	06	Un radiologiste
6.	Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais	07	Un radiologiste
7.	Centre hospitalier de Rouyn-Noranda	08	Un responsable à la coordination des services
8.	Centre hospitalier de Saint-Eustache	15	Un radiologiste

Si tous les centres de référence peuvent compter sur les services d'au moins un radiologiste, un chirurgien, un pathologiste et un professionnel en intervention psychosociale, on hésite parfois à utiliser l'appellation d'équipe pour décrire l'ensemble de ces professionnels. Généralement, si ces professionnels se rencontrent parfois pour discuter des aspects administratifs du programme, ils ne se voient pas régulièrement pour discuter des aspects médicaux du travail, que ce soit pour échanger sur le meilleur suivi diagnostique ou thérapeutique, ou encore pour analyser rétrospectivement l'issue de cas qui se sont présentés et les améliorations qui pourraient être apportées à la pratique.

Quelques hôpitaux universitaires font toutefois exception à cette règle. Dans ces hôpitaux, les professionnels organisent des rencontres régulières pour planifier le meilleur traitement des cas déjà diagnostiqués. Ces rencontres, aussi connues sous l'appellation de comité sur les tumeurs ou *tumor boards*, se font généralement entre chirurgiens, pathologistes et oncologues, quoique des radiologistes y participent aussi dans un établissement.

Finalement, il n'y a que deux établissements où l'on a recours à ce genre de rencontre pour établir le meilleur suivi diagnostique et, dans ce cas, les radiologistes y participent.

En ce qui concerne la préoccupation du bien-être psychosocial de la patiente, presque toutes les équipes comptent sur la contribution d'une infirmière ou d'une travailleuse sociale qui assiste aux rencontres d'équipe. Dans certains cas, la préoccupation est d'ordre médical et l'objet des rencontres consiste essentiellement à établir un bon diagnostic ou un suivi optimal pour la patiente.

Dans les établissements où des rencontres se tiennent, les acteurs en parlent avec enthousiasme et semblent être convaincus de leur utilité, tant pour améliorer le suivi diagnostique et thérapeutique des patientes que pour accroître les compétences des membres de l'équipe. Là où de telles rencontres n'ont pas lieu, leur utilité potentielle n'est pas remise en question. Quelques établissements ont l'intention d'organiser de telles activités ; les autres parlent des obstacles qui les empêchent d'en tenir, mais verraient d'un bon œil la possibilité de rencontrer régulièrement les autres professionnels d'une équipe mieux définie.

Cette enquête confirme donc les résultats de l'enquête précédente réalisée auprès des responsables régionaux. Ainsi, dans la plupart des établissements, l'équipe n'organise pas d'activités interdisciplinaires telles que des rencontres régulières pour discuter de façon prospective des cas médicaux et pour obtenir un consensus sur la meilleure investigation ou le traitement le plus efficace.

Certaines limites de cette enquête doivent toutefois être soulignées. D'abord, l'échantillonnage des CRID a été établi de façon arbitraire, dans le but de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse voulant qu'il y ait peu d'activités régulières des équipes. Plusieurs des centres consultés ont une grande renommée et ce sont ceux où il y avait le plus de chances que de telles activités soient établies. Les autres centres ont été choisis dans le but de bien représenter la réalité des plus petits centres dans différentes régions.

La validité du portrait des activités des équipes est nécessairement limitée à une assez courte période de temps. En effet, des changements majeurs sont intervenus avec l'implantation du programme. Ceci est vrai pour ce qui concerne l'objet, la nature, la durée et la fréquence des rencontres, la participation des professionnels, etc. Dans les centres ayant peu d'activités d'équipe, quelques-uns des professionnels ont indiqué qu'il était possible que de nouvelles activités voient le jour dans la prochaine année. Enfin, il semble que l'organisation des rencontres d'équipe dépende de l'initiative d'un professionnel déterminé qui prépare ces rencontres et stimule la participation volontaire par son dynamisme individuel. De plus, les personnes interrogées ont régulièrement déploré les exigences sur le temps des professionnels et l'absence de rémunération pour des activités d'équipe. Là où il y a des rencontres régulières, leur tenue est fragile. Elles sont d'habitude suspendues pendant l'été et au moment de l'absence de quelques membres importants. Ces rencontres pourraient facilement disparaître si l'on y perdait le leadership ou l'enthousiasme des personnes qui ont permis leur mise en place.

4 Recommandations du Comité de soutien à la qualité

La présente section est consacrée à l'énoncé des recommandations du Comité de soutien à la qualité quant au fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire. Les recommandations s'adressent principalement aux équipes des CRID du Programme québécois de dépistage du cancer du sein mais elles pourraient également intéresser les professionnels offrant des services d'investigation dans des établissements qui ne font pas partie du PQDCS.

Pour chacun des éléments considérés, un rappel très sommaire de la documentation est fait et précède les informations disponibles sur l'état de la situation au Québec et l'exposé des recommandations en tant que tel.

Les recommandations portent sur :

- l'interdisciplinarité dans le cadre de l'investigation ;
- la composition de l'équipe multidisciplinaire et la contribution des membres ;
- les activités interdisciplinaires de l'équipe :
 - ▶ visant le suivi médical individuel :
 - l'adoption et l'utilisation de guides de pratiques clinique,
 - la discussion de cas pour établir le diagnostic et le traitement,
 - ▶ visant l'assurance de la qualité :
 - la révision des cas,
 - la révision des pratiques ;
- les activités impliquant une interaction de l'équipe avec d'autres acteurs :
 - ▶ la révision des cas (activités communes aux CDD et aux CRID),
 - ▶ la divulgation et la révision des résultats régionaux.

4.1 L'interdisciplinarité dans le cadre de l'investigation

Les recommandations énoncées dans la documentation favorisent la formation d'équipes fonctionnant en interdisciplinarité dans le cadre de l'évaluation diagnostique et du traitement du cancer du sein. La complexité du diagnostic et du traitement de cette maladie, qui demande de recourir aux connaissances et compétences de divers professionnels, et l'importance d'offrir une approche globale pour répondre adéquatement aux besoins des femmes sont les deux principales raisons justifiant le recours à l'interdisciplinarité. Aucun essai randomisé portant sur l'interdisciplinarité dans le cadre de l'investigation et du traitement du cancer du sein n'a été trouvé dans la documentation. Toutefois, bien qu'elles soient sujettes à interprétation, les études sur la question suggèrent que cette approche apporte des résultats positifs sur plusieurs points : un taux de détection de cancer plus élevé et à des stades plus précoces, des taux de biopsie chirurgicale pour lésion bénigne moins élevés, une réduction de l'anxiété et de la dépression chez la femme, des meilleurs taux de survie lorsque l'interdisciplinarité est associée à un certain nombre de cas par an.

État de la situation au Québec

Au Québec, les CRID disposent le plus souvent d'équipes multidisciplinaires complètes, tel que le propose le cadre de référence du programme ; cela n'est toutefois pas toujours le cas, surtout dans les régions périphériques, lorsque les effectifs ne sont pas suffisants. Les interventions des professionnels sont souvent effectuées en séquence, sans réelle coordination, et les activités d'équipe ne sont pas systématisées.

La notion d'interdisciplinarité en oncologie fait pourtant du chemin au Québec : il s'agit de l'une des plus importantes recommandations énoncées dans le Programme québécois de lutte contre le cancer.

Recommandation 1 : position sur l'interdisciplinarité

Le Comité de soutien à la qualité recommande que tous les centres offrant des services d'investigation dans le cadre du PQDCS disposent d'une équipe multidisciplinaire qui utilise une approche interdisciplinaire.

La définition suivante de l'interdisciplinarité est retenue :

L'interdisciplinarité se définit comme le regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches⁸.

L'interdisciplinarité implique que les activités communes de plusieurs disciplines soient coordonnées dans le but d'offrir une approche adaptée et une qualité de service optimale aux personnes atteintes du cancer du sein et à leurs proches.

Travailler en équipe et, qui plus est, travailler avec un fonctionnement interdisciplinaire implique de la part des membres des efforts constants et une réelle motivation. Parmi les conditions importantes relevées dans la documentation pour assurer le succès du travail interdisciplinaire, mentionnons les suivantes :

- l'implantation et le maintien d'une équipe nécessite la participation de toutes les disciplines utiles ;
- chaque professionnel membre de l'équipe a la responsabilité d'assurer sa compétence dans son champ d'activité ;
- chaque membre doit comprendre son rôle, ses fonctions et ses responsabilités ainsi que ceux des autres membres de l'équipe et un respect mutuel doit prévaloir ;
- une flexibilité est nécessaire dans le partage des rôles et responsabilités qui se chevauchent, dans l'organisation du travail et au regard du partage des tâches ;
- le travail en équipe implique et permet le développement de compétences particulières, telles que la communication, la prise de décision, la résolution de problèmes en cas de conflit, la négociation des rôles, le leadership, l'animation, etc. ;
- les appuis institutionnels et professionnels sont nécessaires pour faciliter et favoriser le travail d'équipe.

8 RÉJEAN HÉBERT, *Définition du concept de l'interdisciplinarité*, présentation faite au colloque intitulé « De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité », Québec, 4 et 5 avril 1997, p. 2.

4.2 Composition de l'équipe et contribution des membres

La majorité des équipes travaillant dans le cadre de l'investigation du cancer du sein comptent sur les services d'un radiologiste, d'un clinicien (qui peut être un chirurgien ou un clinicien spécialisé, comme dans les modèles australien et néo-zélandais), d'un pathologiste et d'un technologue. Le Royaume-Uni utilise également les services d'une infirmière spécialisée qui agit en tant qu'intervenant pivot et effectue le soutien psychosocial auprès de la patiente et de sa famille. En Australie, un professionnel en intervention psychosociale doit être membre de l'équipe, sans toutefois préciser le type de professionnel pouvant jouer ce rôle.

État de la situation au Québec

La composition de l'équipe proposée dans le *Cadre de référence du PQDCS* inclut un radiologiste, un chirurgien, un pathologiste et un professionnel en intervention psychosociale.

La majorité des CRID disposent de l'ensemble de ces professionnels ; toutefois, le travail en équipe n'est pas systématique et les acteurs agissent souvent les uns à la suite des autres, sans qu'il puisse y avoir de véritable mise en commun de l'information et de cohésion quant aux pratiques à privilégier.

Recommandation 2 : composition et contribution des membres de l'équipe multidisciplinaire

Le Comité de soutien à la qualité recommande que l'équipe minimale comprenne un radiologiste, un chirurgien, un pathologiste et un ou des professionnels assumant les fonctions d'intervenant pivot, d'intervenant psychosocial et de gestionnaire clinique. Le nombre et le type de professionnels qu'il est nécessaire de regrouper pour réaliser les activités de l'équipe peuvent varier selon les modalités locales d'organisation des services.

Il est important que les membres de l'équipe aient les connaissances et les compétences requises pour assumer leurs fonctions et qu'ils fassent partie d'un ordre professionnel.

Les membres de l'équipe doivent interagir de façon régulière afin de définir la démarche de soins optimale, de coordonner les interventions et d'évaluer les résultats dans le but d'offrir aux femmes des services de haute qualité, et ce, tant dans le respect de leurs droits et de leurs besoins psychosociaux que dans le respect de ceux de leurs proches.

Outre la composition de l'équipe minimale, des professionnels ayant d'autres fonctions peuvent s'ajouter et contribuer à l'atteinte des objectifs de l'équipe.

Certaines équipes qui fonctionnent déjà selon le modèle interdisciplinaire au Québec ont désigné une infirmière en tant qu'intervenant pivot, un travailleur social pour assumer les fonctions d'intervenant psychosocial et un médecin omnipraticien en tant que gestionnaire clinique. Le Comité de soutien à la qualité ne statue pas sur les types de professionnel qui doivent assumer les différentes fonctions ; toutefois, il est jugé important que les membres de l'équipe aient les connaissances et les compétences requises et qu'ils fassent partie d'un ordre professionnel. Certains membres peuvent cumuler plusieurs fonctions. Il est possible d'imaginer, par exemple, que les fonctions du gestionnaire clinique soient assumées par un radiologiste ou un chirurgien. L'important est d'assurer, à la patiente l'accès à l'ensemble des services et activités dont elle a besoin. Une description des principaux objectifs de l'équipe multidisciplinaire et des activités propres à cette équipe est proposée dans les pages qui suivent.

Radiologiste

Principaux objectifs de la contribution du radiologiste :

- faire l'évaluation par imagerie de la patiente qui lui est adressée et utiliser la biopsie assistée par la radiologie ;
- établir le diagnostic préopératoire du cancer, établir la localisation des lésions, confirmer les diagnostics de lésions bénignes ou malignes par l'utilisation des techniques de biopsie à l'aiguille et coordonner les activités de suivi de façon à réduire le nombre de rendez-vous de suivi ;
- limiter les chirurgies non nécessaires pour des lésions bénignes et faciliter la chirurgie thérapeutique dans les cas de lésions malignes ;
- s'assurer que la patiente comprend les motifs et les implications des examens et des procédures d'investigation de nature radiologique et qu'elle peut donner son consentement éclairé ;
- encourager la recherche, la soutenir et, si possible, y participer.

Activités principales :

- procéder à une seconde lecture de la mammographie de dépistage ayant donné lieu à l'investigation ;
- utiliser les techniques diagnostiques incluant, entre autres :
 - la lecture et l'interprétation des mammographies,
 - la révision de l'histoire de la patiente et la corrélation entre les résultats cliniques et les résultats radiologiques,
 - l'échographie,
 - l'aspiration à l'aiguille fine et les techniques de biopsies guidées par imagerie,
 - la corrélation entre la radiologie et la pathologie des prélèvements obtenus par biopsie guidée par imagerie ;
- effectuer l'examen des seins de corrélation avec l'image suspecte à la mammographie ;
- utiliser les guides de pratique clinique retenus par l'équipe ;
- communiquer les résultats des examens radiologiques au médecin traitant.

Activités réalisées en équipe :

- participer aux discussions de cas pour établir le diagnostic et le traitement selon l'approche de la triple stratégie diagnostique ;
- collaborer aux discussions de cas dans l'optique de mieux coordonner la séquence des interventions et d'offrir une réponse adaptée aux besoins des patientes et de leurs proches ;
- adopter et s'assurer de la mise à jour des guides de pratique clinique, établis en fonction des données probantes, retenus par l'équipe ;
- participer aux rencontres régulières de révision des cas ;
- communiquer rapidement et de façon précise les résultats à ses collègues ;
- promouvoir la participation des femmes aux essais cliniques.

Activités visant l'assurance de la qualité :

- désigner un radiologiste responsable de la qualité des activités de radiologie du centre ;
- désigner un radiologiste responsable du contrôle de la qualité des examens par imagerie et du maintien de la certification des installations de mammographie ;
- participer à la révision des pratiques et à l'évaluation de la performance du centre et des individus, encourager ces activités et contribuer à la mise en place et à l'application des mécanismes de révision des cancers d'intervalle ;
- s'assurer de la mise en place de mécanismes afin d'offrir aux femmes l'investigation et l'information nécessaires dans son champ d'expertise ;
- participer aux sessions de révision des cas avec des collègues des CDD et des autres CRID de la région ;
- collaborer à l'interprétation des résultats régionaux et à la mise en place d'activités pour consolider et améliorer le programme.

Chirurgien

Principaux objectifs de la contribution du chirurgien :

- s'assurer que les patientes qui ont besoin d'une consultation en chirurgie obtiennent un diagnostic rapidement et sont traitées adéquatement ;
- procéder à l'investigation des patientes qui lui sont adressées dans le cadre du programme de dépistage afin d'établir un diagnostic définitif ;
- s'assurer que les patientes comprennent les motifs et les implications des procédures invasives visant à établir le diagnostic et qu'elles peuvent donner leur consentement éclairé ;
- encourager la recherche, la soutenir et, si possible, y participer.

Activités principales :

- effectuer l'examen clinique des seins, donner un avis professionnel et procéder à la biopsie ou au traitement chirurgical ;
- collaborer avec le radiologiste pour la localisation de la lésion et les procédures diagnostiques à l'aiguille lorsque les lésions ne sont pas palpables ;
- utiliser les guides de pratique clinique retenus par l'équipe ;
- communiquer les résultats de l'investigation au médecin traitant et à la patiente, et discuter du diagnostic de cancer du sein et des options de traitement en présence de l'intervenant pivot.

Activités réalisées en équipe :

- participer aux discussions de cas pour établir le diagnostic et le traitement selon l'approche de la triple stratégie diagnostique ;
- collaborer aux discussions de cas dans l'optique de mieux coordonner la séquence des interventions et d'offrir une réponse adaptée aux besoins des femmes et de leurs proches ;
- adopter et s'assurer de la mise à jour des guides de pratique clinique établis en fonction des données probantes, retenus par l'équipe ;
- participer aux rencontres régulières de révision des cas ;
- communiquer rapidement et de façon précise les résultats à ses collègues ;
- promouvoir la participation des patientes aux essais cliniques.

Activités visant l'assurance de la qualité :

- désigner un chirurgien responsable du volet assurance de la qualité des activités de chirurgie du centre ;
- participer à la révision des pratiques et à l'évaluation de la performance du centre et des individus, et encourager ces activités ;
- s'assurer de la mise en place de mécanismes afin d'offrir aux patientes l'investigation et l'information nécessaires dans son champ d'expertise ;
- participer aux sessions de révision des cas avec des collègues des CDD et des autres CRID de la région ;
- collaborer à l'interprétation des résultats régionaux et à la mise en place d'activités pour consolider et améliorer le programme.

Pathologiste

Principaux objectifs de la contribution du pathologiste :

- identifier et caractériser les lésions produisant les anomalies à la mammographie de dépistage ;
- assurer la fiabilité des diagnostics pathologiques et de l'information pronostique ;
- participer :
 - à la décision concernant la prise en charge de chaque patiente,
 - au suivi et à l'évaluation du programme de dépistage ;
- encourager la recherche, la soutenir et, si possible, y participer.

Activités principales :

- évaluer le matériel cytologique, pathologique et histologique ;
- utiliser les guides de pratique clinique retenus par l'équipe.

Activités réalisées en équipe :

- participer aux discussions de cas pour établir le diagnostic et le traitement selon l'approche de la triple stratégie diagnostique ;
- participer aux rencontres régulières de révision des cas ;
- communiquer rapidement et de façon précise les résultats à ses collègues ;
- adopter et s'assurer de la mise à jour des guides de pratique clinique, établis en fonction des données probantes, retenus par l'équipe.

Activités visant l'assurance de la qualité :

- désigner un pathologiste responsable du volet concernant l'assurance de la qualité des activités de pathologie du centre ;
- participer à la révision externe (ex. : révision des activités par les pairs) et interne (révision d'indicateurs portant sur le fonctionnement et les résultats) des pratiques et l'évaluation de la performance du centre et des professionnels ;
- obtenir une deuxième opinion pour les cas difficiles (un centre provincial pourrait être chargé d'offrir un soutien aux établissements des différentes régions) ;
- participer aux sessions de révision des cas avec des collègues des CDD et des autres CRID de la région ;
- collaborer à l'interprétation des résultats régionaux et à la mise en place d'activités pour consolider et améliorer le programme.

Intervenant pivot

Principaux objectifs de la contribution de l'intervenant pivot :

- s'assurer que, tout au long du processus, la patiente recevra les soins et l'information que son état nécessite, d'une manière et au moment appropriés, en tenant compte de son bien-être et de sa dignité ;
- évaluer les besoins de la patiente et ceux de ses proches, et s'assurer que l'on répond à ces besoins lorsque cela est possible ;
- soutenir, accompagner, informer la patiente et rendre possible la continuité entre les interventions de multiples acteurs (CQLC, 2000) ;
- assurer le lien avec l'intervenant psychosocial lorsque cela est nécessaire.

Activités principales :

- évaluer les besoins de la patiente et de ses proches de façon à déterminer les interventions pour répondre à ses besoins ;
- informer la patiente et ses proches sur le processus diagnostique, le diagnostic, le traitement (éventuellement) et la participation à des essais cliniques :
 - établir un contact avec la femme très tôt au début du processus d'investigation,
 - présenter le rôle de l'intervenant pivot,
 - être disponible pour répondre aux questions pendant l'investigation et être présent lorsque le diagnostic est annoncé de la patiente,
 - s'assurer que les résultats sont bien compris par la patiente après la discussion avec les médecins,
 - répondre aux questions des patientes après l'investigation si elles téléphonent,
 - garder le contact avec la patiente tout au long du processus, répondre à ses questions et à ses préoccupations et servir d'intermédiaire entre la patiente et l'équipe,
 - s'assurer de l'implication de la patiente dans la prise de décision, assister la patiente et ses proches dans leur recherche d'information,
 - offrir d'autres ressources ou informations utiles ;
- soutenir et accompagner la patiente et ses proches :
 - vérifier les signes d'anxiété et les facteurs de risque psychologiques et orienter la personne vers le professionnel en intervention psychosociale en fonction de critères de référence établis au préalable (proposition de critères à l'annexe 6),
 - offrir de rencontrer les proches,
 - offrir l'orientation vers d'autres ressources si nécessaire ;
- s'assurer de la continuité des interventions entre les professionnels de l'équipe ;
- effectuer la liaison avec d'autres ressources.

Activités réalisées en équipe :

- collaborer aux discussions de cas dans l'optique de mieux coordonner la séquence des interventions et d'offrir une réponse adaptée aux besoins des patientes et de leurs proches ;
- participer aux réunions de révision des cas.

Activités visant l'assurance de la qualité

- contribuer à la révision des pratiques et à l'évaluation de la performance du centre et des professionnels ;
- collaborer à l'interprétation des résultats régionaux afin de mettre en œuvre des interventions pour consolider et améliorer le programme ;
- s'assurer de la mise en place de mécanismes permettant de donner aux patientes l'information nécessaire.

Intervenant psychosocial**Principaux objectifs de la contribution de l'intervenant psychosocial :**

- s'assurer de la prise en compte des aspects psychosociaux dans l'optique d'améliorer la qualité de vie des patientes au cours de l'investigation et au moment de l'annonce d'un diagnostic de cancer du sein ;
- sensibiliser les autres membres de l'équipe à l'environnement social de la patiente et aux aspects psychosociaux liés à la maladie, et intervenir, selon un plan défini au préalable, auprès des patientes qui ont besoin de soutien.

Activités principales :

- procéder à l'évaluation psychosociale de la patiente, qui consiste à définir ses besoins et ses ressources ainsi que ceux de son environnement, à analyser les interactions de la patiente avec son entourage, à évaluer les répercussions de la maladie chez la patiente et ses proches et à établir un plan d'intervention ;
- mettre en œuvre le traitement psychosocial, qui consiste à mobiliser les capacités de changement ou d'adaptation de la patiente et de son environnement, à contribuer à la mise en application de certaines législations sociales⁹ si nécessaire et à soutenir la patiente pour assurer le respect de ses droits et libertés ;
- agir comme intermédiaire dans la planification des services nécessaires à la patiente, l'orienter vers les ressources appropriées ou mobiliser ces ressources ;
- informer la patiente des moyens qui sont à sa disposition de façon à prévenir la résurgence des problèmes psychosociaux et à soutenir ses capacités de changement et d'adaptation ;
- intervenir auprès de la patiente sur demande des autres membres de l'équipe (voir à l'annexe 6 les suggestions de critères d'orientation de la patiente vers une intervention psychosociale) et tenter de réduire l'anxiété et l'angoisse générées par l'investigation ou le diagnostic.

9 Par exemple, l'accès à l'aide sociale.

Activités réalisées en équipe :

- au moment de la présentation de cas en équipe, communiquer les résultats de l'évaluation psychosociale de façon à ce que l'équipe puisse tenir compte de l'ensemble des besoins de la personne ;
- sensibiliser l'ensemble des professionnels aux critères d'orientation pour une intervention de nature psychosociale, à l'importance des conséquences psychosociales de la maladie et à la contribution que les professionnels peuvent offrir pour réduire l'anxiété et l'angoisse.

Activités visant l'assurance de la qualité :

- participer à la révision des pratiques et à l'évaluation de la performance du centre et des individus, et encourager ces activités ;
- collaborer à l'interprétation des résultats régionaux et à la mise en place d'activités pour consolider et améliorer le programme ;
- s'assurer de la mise en place de mécanismes permettant de donner aux patientes l'information nécessaire.

Gestionnaire clinique

Principaux objectifs de la contribution du gestionnaire clinique :

- s'assurer que la patiente est évaluée adéquatement, que les interventions nécessaires sont effectuées et que les interventions non nécessaires et l'anxiété sont évitées le plus possible ;
- assurer le suivi de la patiente eu égard aux examens complémentaires et lui donner l'information nécessaire au cours du processus d'investigation ;
- encourager la recherche, la soutenir et, si possible, y participer.

Activités principales :

- agir en tant que clinicien pour l'anamnèse, faire l'examen clinique complet des seins lorsque cela est nécessaire (voir l'avis sur l'examen clinique des seins émis par le Comité de soutien à la qualité en 1999) et le suivi de la patiente pendant le processus d'investigation ;
- s'assurer de la transmission de l'information et de la communication des résultats de l'investigation à la patiente et au médecin traitant selon les modalités retenues dans le milieu ;
- orienter la patiente vers le professionnel en intervention psychosociale en fonction des critères de référence établis au préalable (voir l'annexe 6) ;
- utiliser les guides de pratique clinique retenus par l'équipe.

Activités réalisées en équipe

- participer aux discussions de cas pour établir le diagnostic et le traitement selon l'approche de la triple stratégie diagnostique ;
- collaborer aux discussions de cas dans l'optique de mieux coordonner la séquence des interventions et d'offrir une réponse adaptée aux besoins des patientes et de leurs proches ;
- adopter et s'assurer de la mise à jour des guides de pratique clinique, établis en fonction des données probantes, retenus par l'équipe ;
- participer aux rencontres régulières de révision des cas ;
- communiquer rapidement et de façon précise les résultats à ses collègues ;
- promouvoir la participation des patientes aux essais cliniques.

Activités visant l'assurance de la qualité

- participer à la révision des pratiques et à l'évaluation de la performance du centre et des professionnels et encourager ces activités ;
- s'assurer de la mise en place de mécanismes afin d'offrir aux patientes l'investigation et l'information nécessaires ;
- participer aux sessions de révision de cas avec des collègues des CDD et des autres CRID de la région ;
- collaborer à l'interprétation des résultats régionaux et à la mise en place d'activités pour consolider et améliorer le programme.

4.3 Activités interdisciplinaires visant le suivi individuel

4.3.1 Adoption et utilisation de guides de pratique clinique

Les lignes directrices ou guides de pratique clinique sont des énoncés établis de façon rigoureuse (habituellement basés sur des révisions systématiques de la documentation) visant à assister les cliniciens et les patients dans la prise de décision concernant les soins nécessaires dans des circonstances médicales particulières. D'après la documentation consultée, l'adoption des guides de pratique par les cliniciens au niveau local en favorise l'appropriation et l'utilisation ultérieure. Les guides de pratique sont reconnus pour réduire les variations de pratique et optimiser l'utilisation des ressources. Ils constituent un moyen concret de faire connaître les données probantes. Le Royaume-Uni recommande l'adoption et l'utilisation de guides de pratique clinique par les centres spécialisés en oncologie mammaire, tant pour l'investigation que pour le traitement.

État de la situation au Québec

Au Québec, l'utilisation de guides de pratique est variable selon les établissements ; les guides de pratique utilisés concernent souvent une discipline et portent sur un objet particulier. L'utilisation de guides de pratique qui couvrent l'ensemble des conditions cliniques et qui font l'objet d'une adoption formelle par les acteurs d'une région semble être beaucoup plus rare.

Recommandation 3 : adoption et utilisation de guides de pratique clinique

Le Comité de soutien à la qualité recommande que chaque centre procédant à l'investigation utilise des guides de pratique produits en tenant compte de l'ensemble des connaissances existantes et de la qualité de la preuve.

Des guides de pratique sur l'investigation et le traitement du cancer du sein, basés sur des données probantes et révisés régulièrement, devraient être recommandés par le Conseil québécois de lutte contre le cancer. Différentes activités locales régionales et provinciales devraient soutenir la mise en application de ces guides.

La production, l'approbation et l'adoption de guides de pratique clinique dans le domaine du cancer concernent au premier chef le Conseil québécois de lutte contre le cancer, dont c'est le principal mandat.

En attendant l'adoption d'un ou de plusieurs guides québécois, l'utilisation des guides de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein, publiés à l'initiative de Santé Canada et de l'Association médicale canadienne (Comité directeur des guides de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein 1998), pourrait s'avérer un choix judicieux en tenant compte toutefois de l'évolution des connaissances depuis leur diffusion. Un document anglais très récent traitant de l'investigation du cancer du sein est également disponible (Wilson *et al.*, 2001).

De plus, il y a lieu de favoriser l'utilisation de lignes directrices propres à chaque catégorie de professionnel dans son champ d'intervention. Ces lignes directrices pourraient être entérinées par les autorités médicales reconnues dans le domaine.

Par ailleurs, il pouvait s'avérer intéressant d'élargir la portée des guides de pratique de façon à couvrir l'ensemble des interventions des professionnels de l'équipe plutôt que le seul volet médical.

4.3.2 Discussion des cas pour établir le diagnostic et le traitement

Les discussions de cas visent à établir et à réviser le diagnostic ainsi qu'à planifier le traitement. Ces discussions sont susceptibles de permettre la détermination des meilleures interventions à effectuer grâce à la contribution de l'ensemble des membres de l'équipe. Les auteurs recommandent l'approche par triple stratégie diagnostique, qui prend en compte les trois éléments essentiels sur lesquels repose l'investigation d'une anomalie au sein, soit l'évaluation radiologique, l'évaluation clinique (anamnèse et examen clinique) et l'évaluation pathologique.

Dans les lignes directrices sur l'investigation dans le cadre du programme de dépistage du Royaume-Uni (2000), les auteurs proposent que tous les cas nécessitant des examens de suivi après une investigation préalable (*early recall*) fassent l'objet d'une discussion en équipe. La fréquence conseillée des rencontres est d'une fois par semaine.

État de la situation au Québec

La plupart des centres au Québec n'organisent pas de rencontres d'équipe pour discuter des meilleurs moyens d'investigation et de traitement dans un contexte prospectif.

Recommandation 4 : discussion des cas

Le Comité de soutien à la qualité recommande la tenue de rencontres interdisciplinaires pour la discussion des cas visant à établir ou à réviser le diagnostic ainsi qu'à planifier le traitement de certaines patientes (approche prospective). Les critères de sélection des cas à discuter sont établis par chacune des équipes.

Les rencontres doivent être suffisamment fréquentes pour ne pas engendrer de délais indus dans le suivi des patientes. Il est vraisemblable que les rencontres seront plus fréquentes et toucheront une gamme plus large de cas dans les établissements où l'on utilise ce type d'approche alors qu'avec le temps, les indications de présentation des cas seront plus circonscrites.

Les discussions devraient également prendre en compte la participation éventuelle de la patiente à des essais cliniques, les facteurs de risque familiaux et les besoins psychosociaux. La possibilité que la patiente et ses proches soient présents pendant le déroulement de la rencontre devrait être envisagée.

Chaque centre devrait établir les modalités susceptibles de favoriser la tenue et le bon fonctionnement de ces rencontres. Parmi ces modalités, notons la nécessité de fixer les objectifs d'équipe, les critères de sélection des cas à discuter, la fréquence des rencontres et le processus à respecter.

À titre indicatif, voici quelques suggestions portant sur les modalités à établir par chaque équipe et dont les centres pourraient s'inspirer :

- Objectifs :
 - ▶ mettre en commun les résultats des examens et planifier les interventions diagnostiques et thérapeutiques à effectuer ,
 - ▶ évaluer la pertinence que certaines femmes participent à des essais cliniques,
 - ▶ transmettre l'information et s'assurer de tenir compte des besoins psychosociaux,
 - ▶ assurer la coordination des soins et des services à la personne ;
- Nature des cas à discuter :
 - ▶ cas pour lesquels une corrélation entre les domaines clinique, radiologique et pathologique est nécessaire (à la suite, par exemple, d'une aspiration à l'aiguille fine ou d'une biopsie assistée par la radiologie),
 - ▶ cas complexes pour lesquels l'avis de collègues est souhaité,
 - ▶ cas qui exigent un suivi systématique (*early recall*),
 - ▶ cas pour lesquels la coordination des interventions de l'équipe est nécessaire ;
- Processus :
 - ▶ désigner le responsable des rencontres,
 - ▶ déterminer qui participe à ces rencontres,
 - ▶ circonscrire les travaux nécessaires à la préparation des rencontres,
 - ▶ déterminer la fréquence des rencontres,
 - ▶ définir les modalités de présentation des cas ainsi que le déroulement, la durée et le mode d'animation des rencontres,
 - ▶ déterminer comment le contenu des rencontres sera consigné et qui y aura éventuellement accès (ex. : compte rendu, dossier de la patiente, etc.).

4.4 Activités interdisciplinaires visant l'assurance de la qualité

4.4.1 Révision des cas

Dans le domaine de l'oncologie, la révision des cas est surtout abordée dans le cadre de *tumor boards*, ou réunion de révision des cas, alors que des cas sont présentés et discutés par plusieurs professionnels.

Dans le contexte particulier du cancer du sein, les auteurs recommandent différents types de révision, soit la révision des mammographies, la révision des lames de pathologie et les rencontres clinico-pathologiques. La révision des mammographies fait intervenir les radiologistes, avec ou sans les technologues et les pathologistes. Le plus souvent, les cas révisés sont les nouveaux cas de cancer du sein, les très petits cancers découverts précocement et les cancers d'intervalle. En pathologie, la révision est une activité qui fait appel à l'examen par des collègues seniors d'un pourcentage de cas ayant fait l'objet d'une sélection aléatoire. Les rencontres clinico-pathologiques réunissent les cliniciens et les pathologistes autour de la révision des cas de cancer. Ces rencontres permettent autant de discuter de l'orientation des cas et des principales difficultés soulevées que de transmettre l'information et les connaissances à ses pairs.

État de la situation au Québec

Certains centres hospitaliers procèdent à des rencontres du type *tumor boards*. Ces rencontres, régulières, visent à revoir le processus diagnostique et à planifier le traitement des cas diagnostiqués. Elles rassemblent généralement des chirurgiens, des pathologistes et des oncologues, quoique des radiologistes y participent aussi mais de façon moins systématique.

Recommandation 5 : révision des cas

Le Comité de soutien à la qualité recommande la tenue de rencontres interdisciplinaires pour la révision des cas dans une optique d'assurance de la qualité (approche rétrospective).

Les rencontres interdisciplinaires peuvent inclure la révision de mammographies, de lames de pathologie ou d'information sur les soins offerts, incluant la révision de la séquence des événements ayant conduit au diagnostic. En pratique, ces rencontres peuvent à la fois porter sur des discussions de cas et sur la révision de cas.

Chaque centre devra établir les modalités susceptibles de favoriser la tenue et le bon fonctionnement des rencontres de révision des cas. Parmi ces modalités, notons la nécessité de définir les objectifs d'équipe, la nature des cas à discuter, la fréquence des rencontres et le processus à respecter.

À titre indicatif, voici quelques suggestions portant sur les modalités à établir dont les centres pourraient s'inspirer.

- Objectifs à atteindre :
 - ▶ obtenir de l'information permettant de réajuster les pratiques et de favoriser la qualité des soins et des services, tant sur le plan médical que sur le plan psychosocial ;
 - ▶ évaluer la pertinence que des patientes participent à des essais cliniques ;
 - ▶ évaluer les facteurs de risque familiaux ;
 - ▶ favoriser l'enseignement et la recherche.
- Nature des cas à discuter (déterminer le type et la proportion des cas à présenter) :
 - ▶ cancers nouvellement diagnostiqués ;
 - ▶ cancers d'intervalle ;
 - ▶ cas complexes ;
 - ▶ cas présentant un intérêt pour l'enseignement ou pour la révision d'une pratique.
- Processus (inspiré de Nyquist et collaborateurs) :
 - ▶ désigner le responsable des rencontres ;
 - ▶ déterminer qui participent à ces rencontres ;
 - ▶ préparer ces rencontres ;
 - sélectionner le type de cancer et le stade du cancer à étudier,
 - définir un élément de discussion majeur,
 - sélectionner les cas appropriés,
 - déterminer les éléments de discussion à aborder,
 - préparer un résumé pour présenter les cas,
 - communiquer avec les personnes qui devront être présentes ou qui offriront leur collaboration,
 - préparer la présentation des cas,
 - préparer la documentation à distribuer ;
 - ▶ déterminer la fréquence des rencontres ;
 - ▶ définir les modalités de présentation des cas ainsi que la durée, le mode d'animation et le déroulement des rencontres :
 - présentation du contenu de la rencontre,
 - présentation initiale des cas,
 - progression des cas (deux à quatre points distincts pour la discussion),
 - encouragement à participer aux discussions,
 - présentation didactique sur les cas,
 - sommaire de la rencontre,
 - détermination des modalités relatives à la consignation du contenu de la rencontre (ex. : compte-rendu) et à l'accès à ce contenu.

4.4.2 Révision des pratiques (audit)

La révision des pratiques (audit) implique la collecte de données afin de porter un jugement sur une situation ou une pratique clinique et de transmettre ensuite une rétroaction (feed-back) aux différents acteurs. Les écrits portant sur les programmes de dépistage du cancer du sein recommandent ce processus qui est à la base même de l'assurance de la qualité. La révision des pratiques peut être effectuée à plusieurs niveaux, soit à l'échelle des individus, d'un service ou d'un territoire (région, province, pays). La révision interne est souvent effectuée pour et par un établissement, pour ses besoins propres, par opposition à la révision externe qui nécessite l'intervention d'un groupe procédant à la manière de vérificateurs. La rétroaction active suppose l'engagement et la mobilisation des professionnels dans le processus de révision ainsi que l'élaboration de plans d'action visant à apporter des modifications dans le sens souhaité. La documentation comporte des recommandations sur les indicateurs à retenir pour procéder à la révision des pratiques dans le cadre des services d'investigation de programmes de dépistage du cancer du sein.

État de la situation au Québec

Actuellement, au Québec, les initiatives portant sur la révision des pratiques ne sont pas systématisées. Certains établissements procèdent à des analyses de données, mais celles-ci ne sont pas nécessairement transmises à tous les membres de l'équipe.

Recommandation 6 : révision des pratiques (audit)

Le Comité de soutien à la qualité propose que des indicateurs provinciaux de résultats et de processus s'appliquant à l'investigation soient définis par le Comité d'évaluation du PQDCS et diffusés à l'échelle provinciale.

Des indicateurs plus précis permettant de répondre à des besoins régionaux particuliers pourront être proposés par les équipes des différentes régions.

Les indicateurs portant sur les activités des professionnels devraient être définis avec la collaboration des ordres professionnels visés.

Afin de déterminer les indicateurs à utiliser, le comité d'évaluation pourrait s'inspirer de la liste des indicateurs retenus par différents programmes (présentés en détails à l'annexe 4 de ce document).

Le lien entre le mécanisme d'évaluation des résultats et la formation professionnelle doit être consolidé afin d'améliorer le plus possible les processus et les pratiques.

4.5 Activités impliquant une interaction de l'équipe avec d'autres acteurs

4.5.1 Activités de révision des cas communes aux CDD et aux CRID

Les auteurs de certains programmes de dépistage recommandent que les radiologistes qui travaillent dans les centres de dépistage soient également associés aux interventions pour mener à bien l'investigation. Dans cette optique, la Suède, le Royaume-Uni, l'Australie et la Nouvelle-Écosse ont organisé leurs services pour permettre aux radiologistes participant au dépistage de contribuer également à l'offre des services d'investigation et donc de travailler au sein des équipes d'investigation. Cette approche favorise la corrélation entre les images radiologiques et l'ensemble des activités d'investigation qui sont susceptibles d'être tenues.

État de la situation au Québec

Compte tenu du mode d'organisation des services privilégié au Québec, il est peu fréquent que les radiologistes qui travaillent dans des CDD exercent également dans les centres offrant l'investigation. La révision de cas faite par les professionnels des établissements publics ou privés de dépistage et investigation (CDD et les CRID) n'a lieu que rarement.

Recommandation 7 : activités de révision des cas communes aux CDD et aux CRID

Le Comité de soutien à la qualité recommande que des ateliers réunissant les professionnels des CDD et des CRID de chaque région servent à la présentation de cas portant sur des problèmes fréquents ou sur des cas complexes.

Le leadership des rencontres devrait être assumé par un CRID et la fréquence minimale de rencontre est établie à une fois par année.

4.5.2 Divulcation et révision des résultats régionaux

La divulgation et la révision des résultats régionaux permettent la transmission et l'analyse des résultats entre tous les acteurs d'un programme et vont au-delà des activités qui concernent l'investigation. Cette façon de faire est considérée comme indispensable dans le cadre d'un programme de dépistage.

État de la situation au Québec

Quelques initiatives régionales ont vu le jour depuis la mise en œuvre du PQDCS. Le plus souvent, ce sont les directions chargées de l'évaluation du programme (la Direction de la santé publique ou une autre direction de la régie régionale) qui assument le leadership de ces rencontres et qui fournissent les données pertinentes.

Recommandation 8 : divulgation et révision des résultats régionaux

Le Comité de soutien à la qualité recommande la tenue de rencontres, une ou deux fois par année, réunissant l'ensemble des acteurs pour divulguer, discuter et réviser les résultats dans chaque région. Ces rencontres viseront également à définir les actions à mettre en place pour consolider, améliorer ou corriger les processus et les pratiques qui ont cours dans la région.

La mise en place d'un comité régional d'assurance de la qualité (CRAQ) est recommandée pour orienter les travaux liés à l'analyse des données, préparer ces rencontres et déterminer les aménagements susceptibles d'améliorer la qualité du programme.

Le comité régional d'assurance de la qualité CRAQ serait formé de représentants des différents établissements et des différentes disciplines offrant des services dans le cadre du PQDCS dans la région et relèverait de l'autorité régionale responsable du programme. À titre de suggestion, voici les principaux objectifs qu'un CRAQ pourrait poursuivre :

- évaluer la performance et la qualité du programme (pour tous les volets, incluant le volet psychosocial) ;
- déceler les situations susceptibles de compromettre la qualité du programme ou des services offerts ;
- s'assurer de l'harmonisation des pratiques dans les centres de la région ;
- déterminer et organiser les activités relatives à l'assurance de la qualité au niveau régional ;
- émettre des recommandations quant aux principales activités relative à l'assurance de la qualité à mener dans chacun des centres de la région ;
- transmettre tout autre conseil et toute autre recommandation touchant l'assurance de la qualité et son application à l'autorité régionale qui évalue le programme et qui en est responsable dans la région, au centre de coordination des services régionaux ainsi qu'aux organisations et aux différents groupes de professionnels concernés par la question.

Les objets de l'analyse et des recommandations du CRAQ pourraient porter sur :

- le recrutement des patientes et la participation au programme ;
- le cheminement des patientes dans le programme et les services offerts ;
- les résultats attendus des services de dépistage et d'investigation ;
- le maintien de l'accréditation et de la certification des centres ;
- les activités relatives à l'assurance de la qualité menées dans les centres qui participent au programme.

À titre indicatif, l'annexe 7 présente le modèle d'un CRAQ tel qu'il a été défini et mis en place en Estrie. Différentes modalités de rattachement administratif et de fonctionnement du CRAQ sont envisageables selon les particularités et la dynamique de chaque région.

Il sera nécessaire de consolider le lien entre les analyses régionales et la formation professionnelle en temps opportun.

CONCLUSION

S'il est un programme dont on reconnaît l'importance et pour lequel l'ensemble des acteurs mettent leur énergie et leur cœur, c'est bien le dépistage du cancer du sein. Tous les professionnels qui se consacrent à l'investigation des lésions mammaires souhaitent offrir des services de la meilleure qualité possible et nombreux sont ceux qui s'investissent dans cette cause depuis de nombreuses années, et cela, avant même que le PQDCS ne voie le jour.

Cette préoccupation est partagée par de nombreux pays offrant des services structurés d'investigation à la suite de mammographies de dépistage. L'expérience de ces pays est certainement intéressante et pourrait permettre de consolider les acquis. L'approche privilégiée s'articule autour de l'interdisciplinarité, l'objet principal du présent document. Or, l'interdisciplinarité peut demeurer un concept, voire une coquille vide, à moins d'un réel engagement et d'efforts véritables pour la mettre en œuvre.

Au-delà des définitions et des distinctions entre multidisciplinarité et interdisciplinarité, les auteurs nous offrent une somme de connaissances appréciables sur les activités qui caractérisent l'interdisciplinarité dans le contexte particulier de l'investigation des anomalies du sein. À ce sujet, plusieurs mesures proposées dans la documentation ont suscité l'intérêt du Comité de soutien à la qualité et font l'objet de recommandations pour les équipes travaillant dans le cadre du programme. Les activités d'équipe proposées s'articulent autour de l'utilisation de guides de pratique clinique établis en fonction des données probantes, de la tenue de rencontres permettant les analyses prospectives (orientant le suivi médical et la nature des services à offrir aux patientes) et rétrospectives des cas (de façon à reconsidérer les façons de faire et à favoriser l'enseignement), ainsi que de la révision des activités de l'équipe. Par ailleurs, des activités relatives à la révision des cas entre les collègues des CDD et des CRID sont proposées, tout comme la participation à l'interprétation des résultats régionaux, dans l'optique de déterminer les éléments qui mériteraient d'être consolidés ou améliorés. Un effort a également été consenti à la définition des rôles et des responsabilités qui reviennent à chacun des membres de l'équipe en se basant sur les écrits et en tenant compte des autres recommandations faites par le Comité. La désignation d'un intervenant pivot constitue une recommandation très intéressante, qui s'inscrit directement dans les orientations du Programme québécois de lutte contre le cancer.

Autant d'activités et de nouvelles façons de faire entraînent nécessairement des réaménagements importants qui ne peuvent se réaliser que progressivement et avec le soutien de différentes autorités à l'intérieur même des organisations auxquelles appartiennent les équipes. Il importe que les différents groupes professionnels, les régies régionales ainsi que les établissements adoptent, diffusent et soutiennent cette approche.

L'équipe doit désigner un « agent de changement » qui amorcera la réflexion et définira préalablement les modifications à apporter en fonction d'un plan et selon une perspective temporelle. L'adhésion des membres de l'équipe est cruciale et la consultation tout au long du processus, impérative.

Le présent document doit être utilisé comme un guide qui fournit des propositions tout en tentant de déterminer le plus précisément possible et le plus clairement possible comment l'approche interdisciplinaire peut s'organiser. Son évolution dépend des régions, de leur rythme, des conditions qui la favorisent ou non, du degré d'engagement des acteurs et, surtout, de la motivation à y contribuer.

BIBLIOGRAPHIE

AITKEN, R.J., *et al.* « Assessment of non-palpable mammographic abnormalities: Comparison between screening and symptomatic clinics », *British Journal of Surgery*, vol. 79, n° 9, 1992, p. 925-927.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS et AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY. « Physician qualifications for stereotactic breast biopsy: A revised statement », *Bulletin of the American College of Surgeons*, vol. 83, n° 5, mai 1998, p. 30-33.

ARNESSON, L.G., *et al.* « Diagnostic outcome of repeated mammography screening », *World Journal of Surgery*, vol. 19, n° 3, 1995, p. 372-378.

ASSOCIATION DES RADIOLOGISTES DU QUÉBEC. *Programme de dépistage du cancer du sein de la province de Québec - Manuel du radiologiste*, version modifiée en avril 2000, 8 p.

AUGUST, D.A., *et al.* « Benefits of a multidisciplinary approach to breast care », *Journal of Surgical Oncology*, vol. 53, n° 3, 1993, p. 161-167.

AUGUST, D.A., *et al.* « Model of comprehensive diagnosis and cadre for breast cancer patients », *New Jersey Medicine*, vol. 93, n° 5, mai 1996, p. 27-34.

AUSTOKER, J. « Organisation of national screening programme », *British Medical Bulletin*, vol. 47, n° 2, 1991, p. 416-426.

BARR, O. « Interdisciplinary teamwork: Consideration of the challenges », *British Journal of Nursing*, vol. 6, n° 17, 1997, p. 1005-1010.

BASSETT, L.W., *et al.* *Quality Determinants of Mammography*, Clinical Practice Guideline n°13, AHCPR Publication n° 95-0632, Rockville (Maryland), Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, 1994, 141 p.

BERO, L.A., *et al.* « Closing the gap between research and practice : An overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings », *British Medical Journal*, vol. 317, n° 7156, 1998, p. 465-468.

BLAMEY, R.W. « The role of the radiologist in breast diagnosis: A surgeon's personal view », *Clinical Radiology*, vol. 53, n° 6, 1998, p. 393-395.

BOURJOLLY, J.N., *et al.* « A comparison of social functioning among black and white women with breast cancer », *Social Work in Health Care*, vol. 28, n° 3, 1999, p. 1-20.

BREAST CANCER SCREENING POLICY ADVISORY GROUP. « Population-based breast cancer screening: Policy advice for a New Zealand screening programme », *New Zealand Medical Journal*, vol. 111, n° 1064, 1998, p. 138-142.

BROUWERS, M.C., et G.P. BROWMAN. « Development of clinical practice guidelines: Surgical perspective », *World Journal of Surgery*, vol. 23, n° 12, 1999, p. 1236-1241.

CAINES, J.S., *et al.* « Nova Scotia Breast Screening Program experience: Use of needle core biopsy in the diagnosis of screening-detected abnormalities », *Radiology*, vol. 198, n° 1, 1996, p. 125-130.

CANCER GUIDANCE SUB-GROUP OF THE CLINICAL OUTCOMES GROUP. *Improving Outcome in Breast Cancer: Guidance for Purchasers, the Manual*, NHS Executive, Department of Health, 1996, 56 p.

COIN BREAST CANCER WORKING GROUP. « The Royal College of Radiologists' clinical oncology information network: Guidelines on the non-surgical management of breast cancer », *Clinical Oncology*, vol. 11, n° 3, 1999, p. S89-S133.

COLEMAN, C. et G. S. LEBOVIC. « Organizing a comprehensive breast center », dans Harris, J.R., M.E. Lippman, M. Morrow et S. Hellman (sous la dir. de), *Diseases of the Breast*, Philadelphie, Lippincott-Raven Publishers, 1996, p. 963-970.

COLEMAN, C. « The role of the comprehensive breast center », *Nurse Practitioner Forum*, vol. 4, n° 2, 1993, p. 110-114.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Dépistage du cancer du sein*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 1997, 19 p.

COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER. *Pour une meilleure compréhension des besoins des personnes atteintes de cancer*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, 89 p.

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, 1997, 185 p.

COMITÉ DE SOUTIEN À LA QUALITÉ DU Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS). *La révision des cancers d'intervalle et des cancers détectés*, résumé d'articles, document de travail, 1999, 23 p.

COMITÉ DE SOUTIEN À LA QUALITÉ DU Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS). *Pertinence de réaliser l'examen clinique des seins lorsque la mammographie de dépistage est anormale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 8 p.

COMITÉ DIRECTEUR DES GUIDES DE PRATIQUE CLINIQUE POUR LA PRISE EN CHARGE ET LE TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN. « Guides de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer », Santé Canada et Association médicale canadienne, *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1998 ; 158 (3 suppl.) : SF1-94.

COOK, D.J., *et al.* « The relation between systematic reviews and practice guidelines », *Annals of Internal Medicine*, vol. 127, n° 3, 1997, p. 210-216.

CYTOLOGY SUB-GROUP OF THE NATIONAL COORDINATING COMMITTEE FOR BREAST SCREENING PATHOLOGY. *Guidelines for Cytology Procedures and Reporting in Breast Cancer Screening*, Sheffield (Royaume-Uni), NHS Breast Screening Programme, publication n° 22, 1993, 52 p.

DEANE, K.A. « The role of the breast clinic nurse », *AORN Journal*, vol. 66, n° 2, 1997, p. 304-310.

DE GRASSE, C.E., et K. HUGO. « Supportive care needs of women undergoing breast diagnostics and their families: A focus for nursing interventions », *Canadian Oncology Nursing Journal*, vol. 6, n° 4, 1996, p. 185-190.

DONTJE, K.J., *et al.* « Establishing a collaborative practice in a comprehensive breast clinic », *Clinical Nurse Specialist*, vol. 10, n° 2, 1996, p. 95-101.

DURANT, J.R. « How to organize a multidisciplinary clinic for the management of breast cancer », *Surgical Clinics of North America*, vol. 70, n° 4, 1990, p. 977-983.

EUROPEAN COMMISSION, EUROPE AGAINST CANCER. *European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening*, N. PERRY *et al.* (sous la dir. de), 3^e édition, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2001, 366 p.

FEDER, G., *et al.* « Clinical guidelines: Using clinical guidelines », *British Medical Journal*, vol. 318, n° 7185, 1999, p. 728-730.

FONDATION QUÉBÉCOISE DU CANCER et ASSOCIATION DES PATHOLOGISTES DU QUÉBEC. *Recommandations pour l'étude en pathologie des lésions mammaires détectées par mammographie dans le cadre du dépistage systématique du cancer du sein*, Montréal, Fondation québécoise du cancer et Association des pathologistes du Québec, 1999, 16 p.

FORREST, A.P.M. « The surgeon's role in breast screening », *World Journal of Surgery*, vol. 13, n° 1, 1989, p. 19-24.

FREEDMAN, T.G. « Genetic susceptibility testing: Ethical and social quandaries », *Health and Social Work*, vol. 23, n° 3, 1998, p. 214-222.

FRIEND, G., *et al.* « Teamwork improves breast cancer management in the community », *Indiana Medicine*, novembre/décembre 1995, p. 458-459.

GABEL, M., *et al.* « Multidisciplinary breast cancer clinics. Do they work? », *Cancer*, vol. 79, n° 12, 1997, p. 2380-2384.

GERARD, K., *et al.* « UK breast screening programme: How does it reflect the Forrester recommendations? », *Journal of Medical Screening*, vol. 4, n° 1, 1997, p. 10-15.

GRAY, C. « One-stop care at breast centre another sign of patient's increasing influence », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 157, n° 10, 1997, p. 1419-1420.

GRIMSHAW, J.M., *et* I. RUSSELL. « Effect of clinical guidelines on medical practice: A systematic review of rigorous evaluations », *The Lancet*, vol. 342, n° 8883, 1993, p. 1317-1322.

HARMAN, J., *et al.* « The role of the breast physician in the multidisciplinary breast centre », *New Zealand Medical Journal*, vol. 110, n° 1037, 1997, p. 39-41.

HARVEY, J.A., *et al.* « Previous mammograms in patients with impalpable breast carcinoma: Retrospective vs blinded interpretation », *American Journal of Roentgenology*, vol. 161, n° 6, 1993, p. 1167-1172.

HÉBERT, R. « Définition du concept de l'interdisciplinarité », communication faite au colloque intitulé *De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité*, Québec, 4 et 5 avril 1997, 19 p.

HORDERN, A. « The emerging role of the breast care nurse in Australia », *Cancer Nursing*, vol. 23, n° 2, 2000, p. 122-127.

HUTCHINSON, A. « The philosophy of clinical practice guidelines: Purposes, problems, practicality and implementation », *Journal of Quality in Clinical Practice*, vol. 18, n° 1, 1998, p. 63-73.

JEN, Y. *Les indicateurs de performance de l'audit médical dans le contexte du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)*, document de travail présenté au Comité d'évaluation du PQDCS, réalisé sous la supervision de la D^{re} Marie-Claude Messely, septembre 1998, 22 p. Document complété par un addendum intitulé : *Synthèse de la réflexion sur l'audit médical pour radiologistes dans le cadre du PQDCS*, 4 p.

KANBOUR-SHAKIR, A., *et al.* « Breast care consultation center: Role of the pathologist in a multidisciplinary center », *Diagnostic Cytopathology*, vol. 17, n° 3, 1997, p. 191-196.

KNEECE, J., *et* C. DREHER. « A comprehensive center for the diagnosis and treatment of breast cancer », *Administrative Radiology*, vol. 14, n° 2, février 1995, p. 32-39.

KNEECE, J. « Creating multidisciplinary conferences », *Administrative Radiology Journal*, vol. 15, n° 5, mai 1996, p. 45-48.

KNEECE, J. « Breast Center Questions... and Mistakes », *Administrative Radiology Journal*, vol. 17, n° 4, avril 1998, p. 10-12.

LEBEL, Paule. « L'intervention interdisciplinaire : Un défi au quotidien », présentation faite au colloque du Conseil québécois de lutte contre le cancer, 17 novembre 2000, 22 p.

LEE, C.Z., *et al.* « Developing comprehensive breast centers, part one: Introduction and overview », *The Journal of Oncology Management*, vol. 1, n° 1, 1992a, p. 1-4.

LEE, C.Z., *et al.* « Developing comprehensive breast centers, part two: Critical success factors », *The Journal of Oncology Management*, vol. 1, n° 1, 1992b, p. 6-12.

LEE, C.Z. « Interdisciplinary weekly prospective breast cancer conference », *The Journal of Oncology Management*, novembre/décembre 1994, p. 56-57.

MA, M., *et al.* « Breast cancer management: Is volume related to quality? Clinical advisory panel », *British Journal of Cancer*, vol. 75, n° 11, 1997, p. 1652-1659.

MCBROOM, H.M., *et* A.D. RAMSAY. « The clinicopathological meeting. A means of auditing diagnostic performance », *The American Journal of Surgical Pathology*, vol. 17, n° 1, 1993, p. 75-80.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence du Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996, 67 p.

MUGFORD, M., *et al.* « Effects of feedback of information on clinical practice: A review », *British Medical Journal*, vol. 303, n° 6799, 1991, p. 398-402.

NATIONAL COMMITTEE OF BREAST CANCER SCREENING INITIATIVE. *Review of Quality Practices in Organized Breast Cancer Screening Programs across Canada*, A report to the working group on quality determinants of organized breast cancer screening programs, 1998, 18 p. et appendices.

NATIONAL COORDINATION GROUP FOR SURGEONS WORKING IN BREAST CANCER SCREENING. *Quality Assurance Guidelines for Surgeons in Breast Cancer Screening*, Sheffield (Royaume-Uni), NHS Breast Screening Programme, publication n° 20, mise à jour en avril 1996, 46 p.

NATIONAL COORDINATING GROUP FOR BREAST SCREENING PATHOLOGY. *Guidelines for breast pathology services*, Sheffield (Royaume-Uni), NHS Breast Screening Programme, publication n° 2, mise à jour en juillet 1997, 32 p.

NATIONAL COORDINATION GROUP FOR NURSES IN BREAST CANCER SCREENING. *Quality Assurance Guidelines for Nurses in Breast Cancer Screening*, Sheffield (Royaume-Uni), NHS Breast Screening Programme, publication n° 29, 1998, 45 p.

NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL (NHMRC), NATIONAL BREAST CANCER CENTRE. *Clinical Practice Guidelines for the Management of Early Breast Cancer*, deuxième édition, Australie, 1999, 159 p.

(<http://www.nbcc.org.au/pages/info/resource/nbccpubs/clinprof/contents.htm>)

NATIONAL PROGRAM FOR THE EARLY DETECTION OF BREAST CANCER. *National Accreditation Requirements Approved: March 1994*, Canberra (Australie), Commonwealth Department of Human Services and Health, 1994, non paginé.

NHS BREAST SCREENING RADIOLOGISTS QUALITY ASSURANCE COMMITTEE. *Quality Assurance Guidelines for Radiologists*, Sheffield (Royaume-Uni), NHS Breast Screening Programme, publication n° 15, mise à jour en mai 1997, 58 p.

NHS BREAST SCREENING PROGRAM RADIOGRAPHERS QUALITY ASSURANCE COORDINATION COMMITTEE. *Quality Assurance Guidelines for Radiographers*, Sheffield (Royaume-Uni), NHS Breast Screening Programme, publication n° 30, 1994, 26 p. et appendices.

NHS BREAST SCREENING PROGRAM. *Guidelines on Quality Assurance Visits, NHS Breast screening Program*, Sheffield (Royaume-Uni), publication n° 40, 1998, 58 p.

NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION. « Getting evidence into practice », *Effective Health Care*, vol. 5, n° 1, 1999, 16 p.

NOLAN, M. « Towards an ethos of interdisciplinary practice », *British Medical Journal*, vol. 311, n° 7000, 1995, p. 305-307.

NUFFIELD INSTITUTE FOR HEALTH AND NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION « The management of primary breast cancer », *Effective Health Care*, vol. 2, n° 6, 1996, 16 p.

NYQUIST, J.G., *et al.* « Investigation into the educational process of cancer case conferences », *Academic Medicine*, vol. 65, n° 9, supplément du mois de septembre 1990, p. S35-S36.

NYQUIST, J.G., *et al.* « Improving the educational process of cancer case conferences », *Academic Medicine*, vol. 67, n° 10, supplément du mois d'octobre 1992, p. S1-S3.

NYQUIST, J.G., *et al.* « An educational intervention to improve hospital tumor conferences », *Journal of Cancer Education*, vol. 10, n° 2, 1995, p. 71-77.

O'HIGGINS, N., *et al.* « European guidelines for quality assurance in the surgical management of mammographically detected lesions », *European Journal of Surgical Oncology*, vol. 24, n° 2, 1998, p. 96-98.

ONG, G. et J. AUSTOKER. « Recalling women for further investigation of breast screening: Women's experiences at the clinic and afterwards », *Journal of Public Health Medicine*, vol. 19, n° 1, 1997, p. 29-36.

ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC. *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en milieu hospitalier*, Québec, Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, mise à jour en mai 1999, 15 p.

PAGE, D.L., *et al.* « Premalignant and malignant disease of the breast: The roles of the pathologist », *Modern Pathology*, vol. 11, n° 2, 1998, p. 120-128.

ROSSELLI del TUREO, M., *et al.* « Radiological Guidelines », dans N. Perry *et al.* (sous la dir. de), *European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening*, 3^e édition, European Commission, European against cancer, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2001. p. 143-158.

PRONOVOST, L. *L'interdisciplinarité*, conférence pour le département de santé publique du Centre universitaire de santé de l'Estrie, groupe de recherche et d'intervention sur les pratiques interdisciplinaires de l'Université de Sherbrooke, 27 avril 2000, non paginé.

RAMSAY A.D., et P.J. GALLAGHER. « Local audit of surgical pathology: 18 month's experience of peer review-based quality assessment in an English teaching hospital », *The American Journal of Surgical Pathology*, vol. 16, n° 5, 1992, p. 476-482.

RAPPORT DES ANATOMOPATHOLOGISTES DU GROUPE DE TRAVAIL « DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN » DE L'UNION EUROPÉENNE. « Recommandations européennes pour l'assurance de la qualité dans le cadre du dépistage mammographique du cancer du sein », *Annales de Pathologie*, vol. 16, n° 5, 1996, p. 315-333.

RAY, M.D. « Shared borders: Achieving the goals of interdisciplinary patient care », *American Journal of Health-System Pharmacy*, vol. 55, n° 13, 1998, p. 1369-74.

RAY-COQUARD, I., *et al.* « Impact of a clinical guidelines program for breast and colon cancer in a french cancer center », *Journal of the American Medical Association*, vol. 278, n° 19, 1997, p. 1591-1595.

RICHARDS, M., *et al.* « Inequalities in breast cancer care and outcome », *British Journal of Cancer*, vol. 76, n° 5, 1997, p. 634-638.

RIJKEN, H. et J. CASELDINE. « Radiological Guidelines », dans N. PERRY, N. *et al.* (sous la dir. de), *European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening*, 3^e édition, European Commission, Europe against cancer, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2001, p. 127-141.

ROBERTS, C.S., et C.E. COX. « Medical and psychosocial treatment issues in breast cancer in older women », *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 28, n° 4, 1997, p. 63-74.

SAINSBURY, R. *et al.* « Influence of clinician workload and patterns of treatment on survival from Breast Cancer », *The Lancet*, vol. 345, mai 1995, p. 1265-1270.

SCHIPPER H., et J. DICK. « Herodotus and the multidisciplinary clinic », *The Lancet*, vol. 346, n° 8986, 1995, p. 1312-1313.

SCHEPPS, B., et F.H. SCOLA. « Contemporary diagnostic approaches for nonpalpable carcinoma of the breast: The role of the radiologist », *Rhode Island Medicine*, vol. 78, n° 9, 1995, p. 239-241.

SCHOFIELD, R.F., et M. AMODEO. « Interdisciplinary teams in health care and human services settings: Are they effective? », *Health and Social Work*, vol. 24, n° 3, 1999, p. 210-219.

SHAW, C.D., et D.W. COSTAIN. « Guidelines for medical audit: Seven principles », *British Medical Journal*, vol. 299, n° 6697, 1989, p. 498-499.

SLOANE, J. « Quality assurance guidelines for pathology in mammography screening, a non-operative diagnosis » dans N. Perry *et al.* (sous la dir. de), *European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening*, 3^e édition, European Commission, Europe against cancer, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2001, p. 159-172.

SMITH, E., *et al.* « Principles of training social workers in oncology », dans J.C. Holland (sous la dir. de), *Psycho-Oncology*, New York, Oxford University Press, 1998, p. 1061-1068.

SORENSEN, M., et E.L. LIU. « With a different voice: Integration the psychosocial perspective into routine oncology care », *Breast Cancer Research and Treatment*, vol. 35, n° 1, juillet 1995, p. 39-42.

STERNS, E.E. « Changing emphasis in breast diagnosis: The surgeon's role in evaluating mammographic abnormalities », *Journal of the American College of Surgeons*, vol. 184, n° 3, 1997, p. 297-302.

TABAR, L., et P. DEAN. « Breast cancer: A progressive, heterogeneous disease requiring multidisciplinary diagnosis and treatment », *The Journal of Oncology Management*, vol. 3, n° 6, novembre-décembre 1994, p. 12-13.

TAYLOR, D. « Quality and professionalism in health care: A review of current initiatives in the NHS », *British Medical Journal*, vol. 312, n° 7031, 1996, p. 626-629.

THE NATIONAL BOARD OF HEALTH AND WELFARE. *Mammography Screening for Early Detection of Breast Cancer in Sweden*, Suède, The National Board of Health and Welfare, 1998, 16 p.

TEH, W.L., *et al.* « Definitive non-surgical breast diagnosis: The role of the radiologist », *Clinical Radiology*, vol. 53, n° 2, 1998, p. 81-84.

WILLOW BREAST CANCER SUPPORT AND RESOURCE. *Services, espoir et besoins : Un portrait des besoins des femmes francophones atteintes d'un cancer du sein et des ressources qui leur sont disponibles*, 2000, 47 p.

WILSON R., *et al.* (sous la dir. de), *Clinical Guidelines for Breast Cancer Screening Assessment*, Sheffield (Royaume-Uni), NHS Breast Screening Programme, publication n° 49, 2001, 32 p.

(<http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/html>)

WHITE, K., *et al.* *Strengthening Support for Women with Breast Cancer: Background Paper - Section 3.2 Specialist Breast Nurses*. Australie, National Breast Cancer Centre, mise à jour en 2000. [site consulté le 12 juillet 2000]

(<http://www.nbcc.org.au/pages/info/resource/nbccpubs/strngthsuppBP/contents.htm>)

YOUNG, C.A. « Building a care and research team », *Journal of the Neurological Sciences*, vol. 160, supplément 1, 1998, p. S137-S140.

Annexe 1

**Commentaires des organismes consultés sur la version
préliminaire
(avril 2001) du présent document**

15 juin 2001

Madame Marie-Claude Messely
Présidente
Comité de soutien à la qualité
Programme québécois de dépistage du cancer du sein
Direction de la santé publique de Québec
2400, D'Estimauville
Beauport (Québec)
G1E 7G9

Madame,

Au Québec, les infirmières occupent une position stratégique dans le secteur de la santé du sein. Elles promouvoient et enseignent l'auto-examen des seins, effectuent l'examen clinique des seins, réfèrent leurs clientes aux centres de dépistage pour une mammographie et les orientent vers les services appropriés à leur condition de santé. Leurs interventions assurent une meilleure réponse aux besoins des québécoises et des services à un moindre coût.

Déjà en janvier 1996, le Bureau de l'Ordre adoptait une proposition à l'effet que le dépistage du cancer du sein devrait comprendre non seulement la mammographie mais également l'éducation sur l'auto-examen des seins et l'examen clinique des seins. Le Bureau considère que l'infirmière est l'intervenante de premier choix pour faire cette éducation et pour procéder à l'examen clinique des seins.

C'est avec beaucoup d'intérêt que nous avons reçu votre demande de commenter le document «*Le fonctionnement interdisciplinaire dans le cadre de l'investigation*» produit par le Comité de soutien à la qualité que vous présidez.

Pour appuyer notre réflexion, nous avons consulté des infirmières expertes, chercheuses et soignantes qui oeuvrent auprès des clientes lors du dépistage du cancer du sein ou le cas échéant, lorsqu'elles vivent une situation de crise suite au diagnostic de cancer du sein. Lors de leurs interventions, ces infirmières s'assurent de bien cerner la condition particulière des clientes et identifient précocement les symptômes de détresse psychologique qu'elles présentent. Elles accompagnent les clientes au cours de cette période difficile et développent, chacune dans leur secteur, des avenues permettant aux clientes de s'adapter à la maladie et de conserver, malgré les difficultés, la meilleure qualité de vie possible.

Nous appuyons les recommandations du Comité à l'effet d'offrir les services dans les Centres de références pour investigation désignés (CRID) selon une approche interdisciplinaire, d'adopter et de favoriser l'utilisation de guides de pratique, d'introduire dans le fonctionnement de l'équipe des approches prospectives et rétrospectives de discussion et de révision de cas, d'établir des indicateurs relatifs à la révision des pratiques, de développer un système d'assurance de la qualité incluant les activités des

Centres de dépistage désignés (CDD) et des CRID et de mettre en place des comités régionaux d'assurance de la qualité (CRAQ).

Quant à la composition de l'équipe interdisciplinaire et aux rôles des différents intervenants du CRID, nous sommes d'avis que l'infirmière doit assumer le rôle de l'intervenant pivot en intervention psychosociale auprès des clientes qui se présentent au CRID pour subir une investigation plus poussée et/ou auprès de celles qui ont reçu un diagnostic positif de cancer du sein.

Dans le cadre de l'exercice professionnel, l'infirmière met en oeuvre un large éventail d'activités incluses dans le champ d'exercice et son expertise, tant dans le secteur des soins de santé primaire que dans les domaines de spécialités, s'appuie sur des connaissances poussées et des habiletés solides. Comme intervenante de l'équipe interdisciplinaire du CRID, elle évalue l'état de santé physique et mentale des clientes, évalue leur condition psychosociale, les informe adéquatement selon leur besoin, les soutient ainsi que leur famille lors de l'investigation, de l'annonce du diagnostic et par la suite, demeure accessible et les réfère au besoin à d'autres ressources institutionnelles ou communautaires.

Lors de nos consultations auprès des infirmières, nous avons pu constater diverses pratiques qui démontrent l'initiative des infirmières des milieux. Par exemple, dans un CRID, l'infirmière clinicienne spécialisée accompagne les clientes avec des problématiques plus complexes. Dans d'autres milieux, dès qu'un diagnostic de cancer du sein est posé au CRID, les clientes sont référées à une équipe interdisciplinaire d'intervenants en oncologie où elles bénéficient du soutien d'une infirmière qui effectue un suivi adapté à leur condition, au cours de la trajectoire de la maladie.

Nous recommandons la reconnaissance explicite du rôle de *infirmière-pivot* dans l'équipe minimale du CRID telle que présentée dans le document aux pages Vi et 67 et nous proposons, en annexe, une définition des principales fonctions spécifiques au contexte de la pratique infirmière dans les CRID. Les activités décrites pourront être ajustées en tenant compte du fonctionnement particulier des milieux.

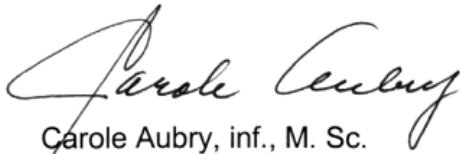
Nous croyons qu'en plus des impacts positifs sur la qualité et la fiabilité des services, la mise en œuvre de ces nouvelles pratiques contribuera à accroître l'accessibilité au processus diagnostic et à favoriser le développement d'interventions selon une approche globale. Ces services intégrés diminueront les effets stressants dus à la condition de santé des clientes, aux différentes étapes du diagnostic et au traitement. Enfin, nous sommes d'avis que ces pratiques faciliteront l'atteinte de l'objectif de rejoindre 70 % des clientes au Québec tel qu'énoncé dans le cadre de référence du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Enfin, relativement aux meilleures façons de s'assurer l'appropriation du contenu des recommandations du Comité par les équipes interdisciplinaires des CRID, nous nous en remettons au Comité qui saura évaluer systématiquement les résultats des nouvelles pratiques qu'il propose.

L'Ordre participe activement aux développements dans le secteur de la santé du sein et maintient une étroite collaboration avec différents intervenants en oncologie dont les infirmières cliniciennes en oncologie, les chercheurs dans le domaine, l'Association québécoise des infirmières en oncologie (AQIO) et l'Association canadienne des infirmières en oncologie (ACIO).

Nous vous remercions de nous avoir invité à réagir aux recommandations qui seront acheminées au sous-ministre à la Direction générale de la santé publique, et nous demeurons disponibles pour toute information supplémentaire que vous jugerez nécessaire.

Veuillez accepter, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carole Aubry', written in a cursive style.

Carole Aubry, inf., M. Sc.
Infirmière-conseil
Direction du développement
et soutien professionnel

CA/lr

ANNEXE

Énoncé des principales fonctions de l'infirmière-pivot auprès des clientes se présentant aux Centres de références pour investigation désignés (CRID)

- Dès la première rencontre, dépiste et évalue les problèmes de santé physique et mentale ainsi que les problèmes psychosociaux de la cliente se présentant pour une investigation au CRID :
 - complète l'histoire de santé physique et mentale de la cliente;
 - effectue l'examen clinique des seins;
 - effectue l'histoire familiale (réseau social et de soutien);
 - évalue les répercussions de la maladie chez la cliente et sa famille;
 - évalue les symptômes de détresse psychologique de la cliente à l'aide de questionnaires auto-administrés;
 - évalue les risques de violence, de suicide ou autres conditions préjudiciables à la condition de santé de la cliente.
- Lors des rencontres subséquentes, surveille l'état de santé physique et mentale de la cliente afin de détecter précocement les symptômes ou les complications.
- Fournit à la cliente et à sa famille l'information pertinente, précise et suffisante concernant le processus diagnostic, le diagnostic, le traitement (éventuellement) et la participation à des essais thérapeutiques.
- S'assure que les résultats des examens sont bien compris par la cliente après la discussion avec le médecin.
- Enseigne l'auto-examen des seins.
- Offre un soutien psychosocial à la cliente et à sa famille :
 - assiste à l'annonce du diagnostic et offre son soutien;
 - s'assure de l'implication de la cliente dans la prise de décision face aux opinions de traitements et l'assiste ainsi que sa famille dans la recherche d'information;
 - établit une relation de confiance et une relation d'aide avec la cliente et sa famille;
 - soutient les capacités d'adaptation de la cliente et de sa famille;
 - offre à la cliente et à sa famille la possibilité de recourir à ses services en tout temps durant l'investigation et après, soit par téléphone ou sur rendez-vous.

- Effectue des examens et des tests diagnostics sous ordonnance médicale (exemple : taux sanguin de prolactine).
- Détermine, prodigue les soins infirmiers, les traitements médicaux et pose les actes médicaux selon une ordonnance médicale individuelle, une ordonnance permanente et/ou un protocole suite à l'évaluation de problème de santé.
- Prépare, administre et ajuste les médicaments, les substances ou les solutions sous ordonnance médicale (ex : anxiolytique).
- Évalue la capacité de la cliente et de la famille à effectuer des autosoins et à prendre en charge la situation de santé.
- Assure la coordination clinique de la situation de santé :
 - assure la transmission de l'information aux autres membres de l'équipe quant aux constatations faites lors de ses interventions infirmières;
 - établit les contacts avec les différents intervenants pour faciliter l'accès pour la cliente aux examens diagnostics et assure la diminution des délais lors de l'investigation;
 - établit le contact avec les intervenants de l'équipe de pré-admission en chirurgie et avec les intervenants de l'équipe de l'oncologie afin de leur faire part des résultats de l'évaluation, transmet les différents rapports, résultats de tests et rédige des notes au dossier;
- Réfère la cliente lorsque des besoins doivent être comblés par d'autres intervenants ou d'autres ressources :
 - Médecin omnipraticien ou spécialiste, infirmière clinicienne spécialisée, travailleur social, psychiatre, psychologue, nutritionniste etc.;
 - CLSC, organismes communautaires etc.

Participe activement aux différentes rencontres de l'équipe interdisciplinaire et aux comités de suivi et de révision des cas et d'évaluation de la qualité des services offerts par l'équipe.



**COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC**

*Une médecine de qualité
au service du public*

BUREAU DU PRÉSIDENT

Le 22 mai 2001

Docteur Marie-Claude Messely
Présidente du Comité de soutien à la qualité
Programme de dépistage du cancer du sein
1075 chemin Sainte-Foy, 3^e étage
Québec QC G1S 2M1

**Objet: Consultation sur le document : Le fonctionnement interdisciplinaire
dans le cadre de l'investigation - *Programme québécois* DE
DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN**

Docteur,

J'ai lu avec intérêt le rapport que vous m'avez fait parvenir sur le fonctionnement interdisciplinaire au cours des activités d'investigation du cancer du sein.

Dans un premier temps, je suis tout à fait d'accord avec l'importance que vous accordez à cette approche dont « *l'objectif est de diminuer l'anxiété associée au suivi d'un examen de dépistage positif et d'arriver à un diagnostic fiable en un minimum de temps et avec un minimum d'interventions surtout en ce qui concerne les interventions invasives* ».

De plus, j'appuie votre proposition (1) qui veut offrir dans chaque CRID « *des services par l'entremise d'une équipe multidisciplinaire et selon une approche interdisciplinaire* ». En effet, comme vous pouvez le constater dans notre ligne directrice de pratique clinique intitulée: « Dépistage du cancer du sein » publiée en septembre 1997, à la page 5 de ce document, nous favorisons pour ces centres, une approche diagnostique multidisciplinaire dans laquelle nous suggérons à l'époque qu'elle soit composée d'un radiologiste, d'un chirurgien, d'un pathologiste et d'un professionnel en soutien psychosocial.

../2

Je comprends que vous puissiez vouloir y ajouter une autre personne : un intervenant pivot, quoique ce dernier pourrait très bien être un des membres de l'équipe déjà existante puisque, comme vous le mentionnez, dans certaines régions, les effectifs étant insuffisants, il serait peut-être difficile d'y inclure une autre personne.

Quant aux recommandations sur les guides de pratique, je crois également que certains guides pourraient être utiles pour aider à la prise de décision par les différents membres de l'équipe. Cependant, comme vous le savez sûrement, il est impérieux de travailler à l'implantation de ces guides de pratique plutôt qu'à leur simple diffusion. Ainsi, afin de permettre à tous d'être imprégnés de ces guides et de les mettre en application, des activités d'implantation pourraient être organisées régionalement ou localement dans le but d'uniformiser la pratique médicale.

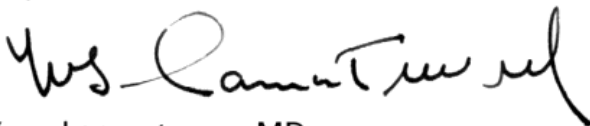
D'ailleurs, dans ce projet, vous pourrez compter sur l'appui de la Direction de l'amélioration de l'exercice qui a développé une grande expérience dans l'implantation des guides de pratique.

Pour ce qui est des recommandations visant l'évaluation, nous abondons dans ce sens puisque, depuis plusieurs années, nous en faisons la promotion par diverses activités en gestion de la qualité au niveau des différents établissements du réseau de la santé. Je puis vous assurer de notre appui entier sur l'utilisation des indicateurs portant sur les activités des professionnels puisque c'est le rôle des ordres professionnels de voir à l'évaluation de la qualité de l'exercice de ses membres. D'ailleurs, le Collège des médecins du Québec a développé une certaine expertise dans l'utilisation des indicateurs et favorise la rétroaction pour améliorer l'auto-réflexion et l'amélioration de l'exercice.

Finalement, j'appuie entièrement vos travaux pour encourager la prise en charge des femmes ayant fait l'objet d'une intervention par le *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN.

Veuillez agréer, Docteur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président,



Yves Lamontagne, MD
YL/AJ/lv



**Ordre des
Technologues en
Radiologie du
Québec**

Le 23 mai 2001

Bureau
du
président

Docteure Marie-Claude Messely, MD
Présidente du Comité de soutien à la qualité
PQDCS
Centre de santé publique du Québec
2 400, rue d'Estimauville
Québec Qc G1E 7G9

Madame,

J'ai pris connaissance avec grand intérêt du document de consultation portant sur « LE FONCTIONNEMENT INTERDISCIPLINAIRE DANS LE CADRE DE L'INVESTIGATION ». À cet effet, je tiens à vous féliciter, de même que les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce document pour la qualité de son contenu et la pertinence de ses recommandations.

Comme vous le souhaitiez dans la vôtre du 1^{er} mai dernier, j'ai porté une attention particulière à l'ensemble des propositions et celles qui concernent les membres de notre ordre professionnel.

Ainsi, je vous propose de revoir et commenter les recommandations du Comité de soutien à la qualité :

Recommandation 1 : Position sur l'interdisciplinarité

Tout à fait en accord.

La tendance médicale mondiale est au regroupement et plusieurs projets dans le domaine médical démontrent que l'interdisciplinarité peut apporter des bénéfices nets au médecin. Toutefois, l'interdisciplinarité doit être appliquée dans un modèle horizontal où toute l'équipe est responsabilisée afin de respecter la réalité du patient. Le modèle vertical où le médecin décide après les interventions des membres de l'équipe ne serait pas satisfaisant dans le cadre des objectifs prévus au document de consultation.

Recommandation 2 : Composition de l'équipe et rôles

Partiellement en accord.

Il faut bien comprendre que cette proposition concerne la formation d'une équipe minimale. Il y aurait peut-être lieu d'ajouter un oncologue ou un radio-oncologue compte tenu que le fonctionnement en interdisciplinarité concerne les femmes ayant un examen de dépistage positif.

L'ajout d'un intervenant pivot nous semble indiqué afin de bien coordonner les actions visant les femmes atteintes. Quant à la contribution du technologue en radiologie, on constate qu'il ne fait pas partie de l'équipe minimale mais on propose des objectifs de haute qualité de sa part. Étant donné l'évolution professionnelle que nous envisageons pour les technologues en radiologie, celui-ci pourrait être considéré comme membre de l'équipe multidisciplinaire et il pourrait même être l'intervenant pivot.

La prise en charge et l'éducation des patientes, de même que l'examen clinique des seins pourraient faire partie des rôles de la technologue en radiologie. De plus, la technologue en radiologie devrait participer à l'élaboration et à la mise à jour des protocoles d'examens en imagerie mammaire.

Recommandation 3 : Guides de pratique

Tout à fait en accord.

Ces guides de pratiques sont essentiels au maintien de la qualité souhaitée dans le cadre du PQDCS. Il y aurait lieu également de prévoir un mécanisme de révision et d'adaptation de ces guides de pratique.

Dans le même ordre d'idées, il serait souhaitable que le Guide de contrôle de la qualité en mammographie pour le radiologiste puisse être disponible prochainement.

Recommandation 4 : Rencontres de discussion des cas

En accord.

Pas de commentaires.

Recommandation 5 : Révision de cas

En accord.

Pas de commentaires.

Recommandation 6 : Révision des pratiques (audit)

En accord.

Pas de commentaires.

Recommandation 7 : Activités mixtes de révision des cas pour les CDD et les CRID

En accord.

Pas de commentaires.

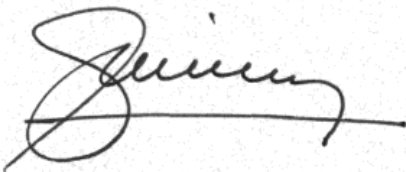
Recommandation 8 : Divulgence et révision des résultats régionaux

En accord.

Pas de commentaires.

Demeurant à votre disposition, je vous prie de recevoir, docteur Messely, l'expression de mes plus cordiales salutations.

Le Président,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gagnon', with a long horizontal stroke extending to the right.

Gilbert Gagnon, t.r.

GG/jt

cc : Laure Carrier, Membre du Comité de soutien à la qualité
Alain Crompt, Directeur général et secrétaire

Québec, le 24 septembre 2001

Docteure Marie-Claude Messeley
Présidente
Comité de soutien à la qualité du PQDCS
525, boulevard Wilfrid-Hamel Est
Québec (Québec) G1M 2S8

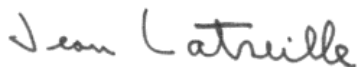
Chère collègue,

Les membres du Conseil québécois de lutte contre le cancer ont pris connaissance et discuté du document « Le fonctionnement interdisciplinaire dans le cadre de l'investigation – *Programme québécois DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN* ».

Le CQLC tient tout d'abord à souligner la qualité du travail que vous et votre comité avez effectué et du document que vous avez préparé. Son contenu est fidèle à la réalité et rejoint globalement les préoccupations du CQLC. Toutefois, en ce qui concerne la constitution des équipes interdisciplinaires, les membres du CQLC sont d'accord à ce qu'une infirmière soit l'intervenante pivot, mais insistent sur la nécessité qu'un intervenant psychosocial, psychologue ou travailleur social, fasse partie de l'équipe. Cependant, puisqu'il n'y a pas suffisamment de ces intervenants pour que chaque équipe en comprenne un à temps plein, nous croyons qu'il serait acceptable qu'un intervenant psychosocial couvre plusieurs équipes à temps partiel.

Veuillez agréer, chère collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le président,



Jean Latreille, MDCM, FRCPC

Commentaires portant sur le document intitulé « Le fonctionnement interdisciplinaire dans le cadre de l'investigation - PQDCS » par monsieur Leblond, président de l'Ordre des travailleurs sociaux

Il s'agit d'un sujet très important et d'un document très pertinent, intéressant et complet au regard notamment de la revue de la littérature effectuée. De façon générale, le document est très bien reçu, quelques commentaires plus précis suivent :

Page v du résumé:

Correction de la citation du Dr Hébert, enlever le terme « à laisser » à la 2^{ème} ligne.

Page 6-Définitions des notions de multidisciplinarité et d'interdisciplinarité

Il serait intéressant d'ajouter des définitions qui proviennent d'autres champs de connaissance que le secteur médical. Par exemple, la définition retenue par le groupe qui se penche sur l'interdisciplinarité de l'Université de Sherbrooke et des écrits provenant notamment de monsieur Claude Larivière de l'Université de Montréal (dans la revue « Intervention » ou encore dans « Nouvelles pratiques sociales »).

Tout au long du document, il est question de l'intervenant psychosocial sans préciser ni la formation ni l'appartenance à un ordre professionnel laissant ainsi place à un certain questionnement sur le type de professionnel qui serait chargé d'assumer les fonctions en question. Pourtant les fonctions attribuées à l'intervenant psychosocial, dans la section recommandations, font clairement référence au champ de pratique du travailleur social (évaluation et traitement psychosocial). Ces fonctions ne correspondent pas nécessairement aux fonctions d'un psychologue qui, de par sa formation, est plutôt habileté à l'évaluation et au traitement psychologique. Le manque de précision à ce niveau pourrait faire en sorte que d'autres types de professionnels n'appartenant pas à un ordre professionnel puissent assumer ces tâches. Il serait approprié de mieux définir cet aspect et de modifier le texte en conséquence.

Page 38 décrivant les discussions de cas effectuées dans les centres spécialisés dans les maladies du sein :

Il est intéressant de constater que les milieux décrits donnent accès à la femme et à ses proches aux sessions de discussions de cas et que ceux-ci peuvent prendre une part active au processus qui les concernent au premier chef. Devrait-on s'en inspirer pour les discussions de cas de nos équipes lorsqu'elles seront bien rodées ?

Page 57 faisant état de l'opinion des personnes atteintes d'un cancer, de leurs proches et des professionnels

Le besoin de formation supplémentaire concernant l'aspect psychosocial en lien avec le cancer est relevé par les intervenants et devrait être pris en compte.

Page 59 où il est question de l'état de situation sur les équipes multidisciplinaires au Québec

La présence d'un intervenant psychosocial n'étant pas assurée dans tous les milieux, il convient donc de reconnaître que ces milieux ne rencontrent donc pas les exigences correspondant à la désignation.

Page 67 concernant l'équipe minimale

On doit reconnaître que l'intervenant pivot n'est pas un type de professionnel au même titre que tous les autres membres de l'équipe tel que recommandé. Cela soulève tout le questionnement sur le type de professionnel qui doit assumer ce rôle, sur la possibilité que ce rôle soit assumé par l'un ou l'autre des autres professionnels comme certains modèles le prônent selon la situation, les préférences de la bénéficiaire, etc.

Page 76 portant sur les activités principales proposées eu égard au professionnel en intervention psychosocial, second item de la liste:

Il y aurait lieu d'ajouter en bas de page des exemples de la contribution du professionnel à la mise en application et au respect des législations sociales (exemple : l'accès à l'aide sociale et la défense des droits des individus, etc.)

Page 81 faisant référence aux guides de pratique

Un questionnement est soulevé quant à savoir si les guides de pratique proposés comprennent l'ensemble des volets couvrant l'ensemble des besoins (incluant le psychosocial). Or, dans sa forme actuelle, la recommandation porte sur les guides de pratique médicaux seulement mais la portée de ces guides pourrait éventuellement être élargie. La collaboration des ordres professionnels est souhaitée à ce niveau.

Page 91 portant sur le CRAQ

Le CRAQ devrait permettre de considérer tous les volets du programme.

Eu égard à la diffusion et à l'implantation des mesures contenues dans ce rapport, l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux se dit prêt à collaborer et considère qu'il pourrait être intéressant de s'associer à la réalisation d'une activité de formation (type colloque) pour permettre aux intervenants des régions de s'approprier le contenu et de passer à l'acte pour assurer l'implantation des mesures proposées.

Résumé de la conversation téléphonique du 5 juillet 2001 avec monsieur Leblond, président de l'Ordre professionnel du Québec

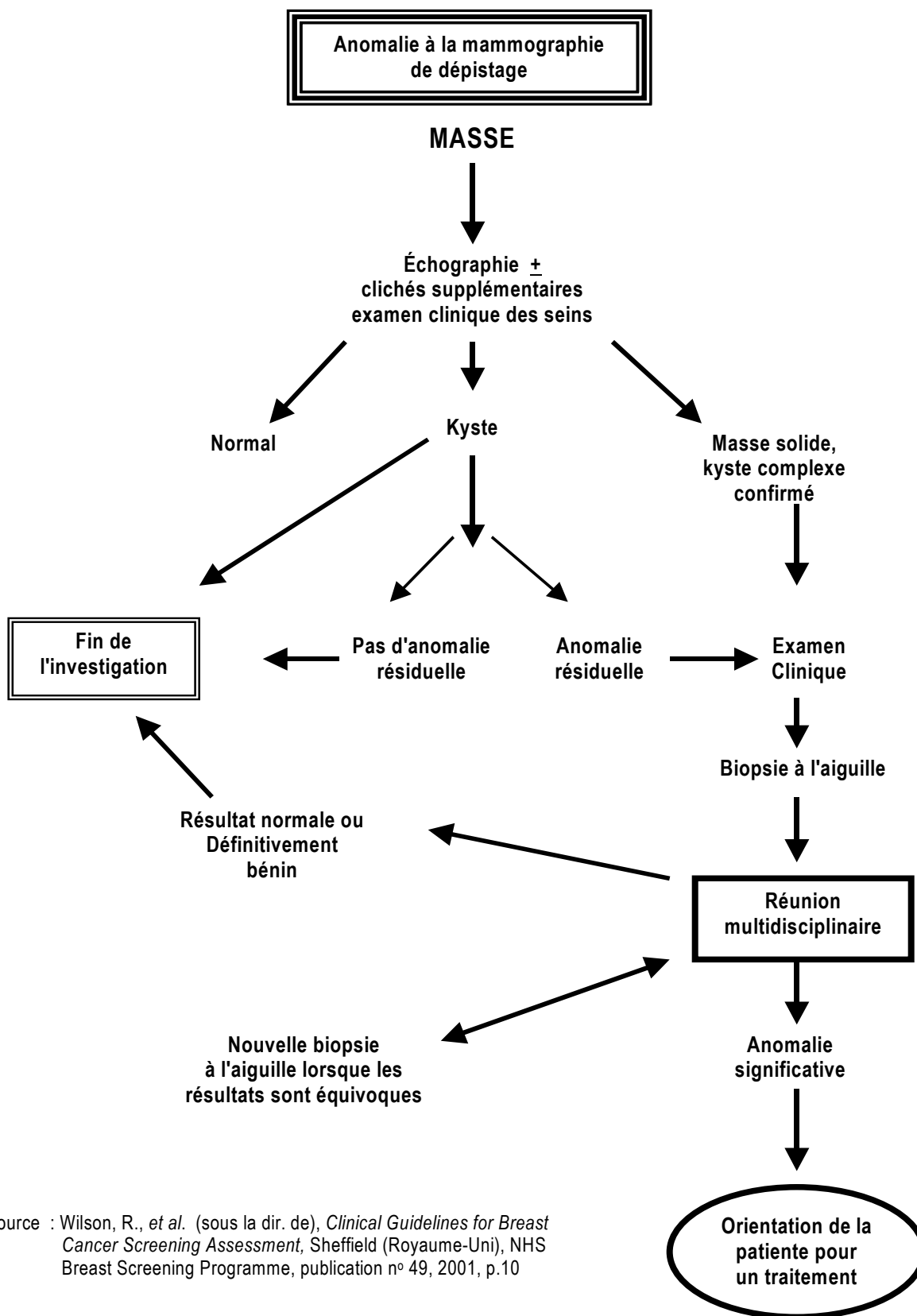
Marie-Claude Messely

Présidente du Comité de soutien à la qualité

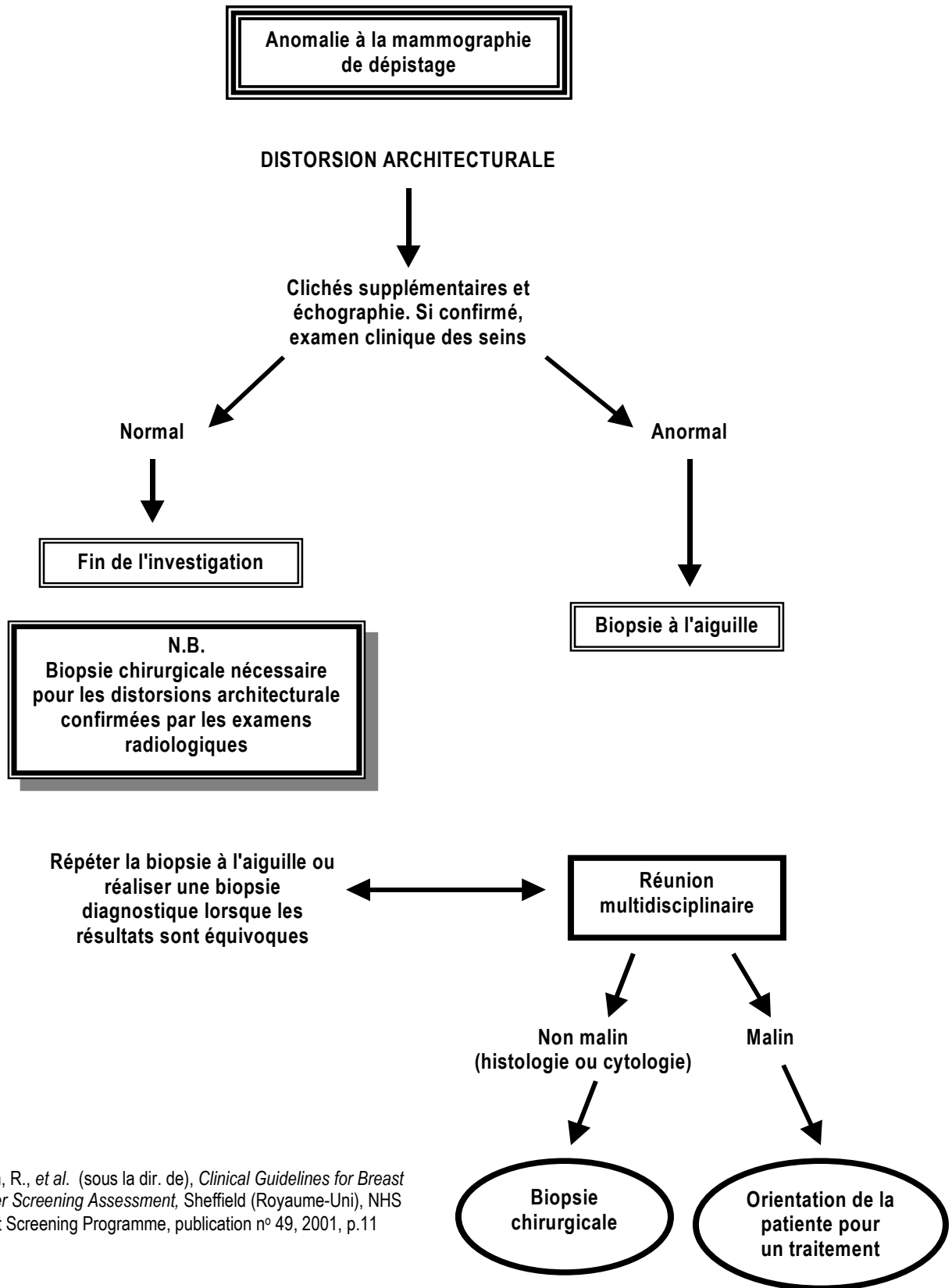
9 juillet 01

Annexe 2

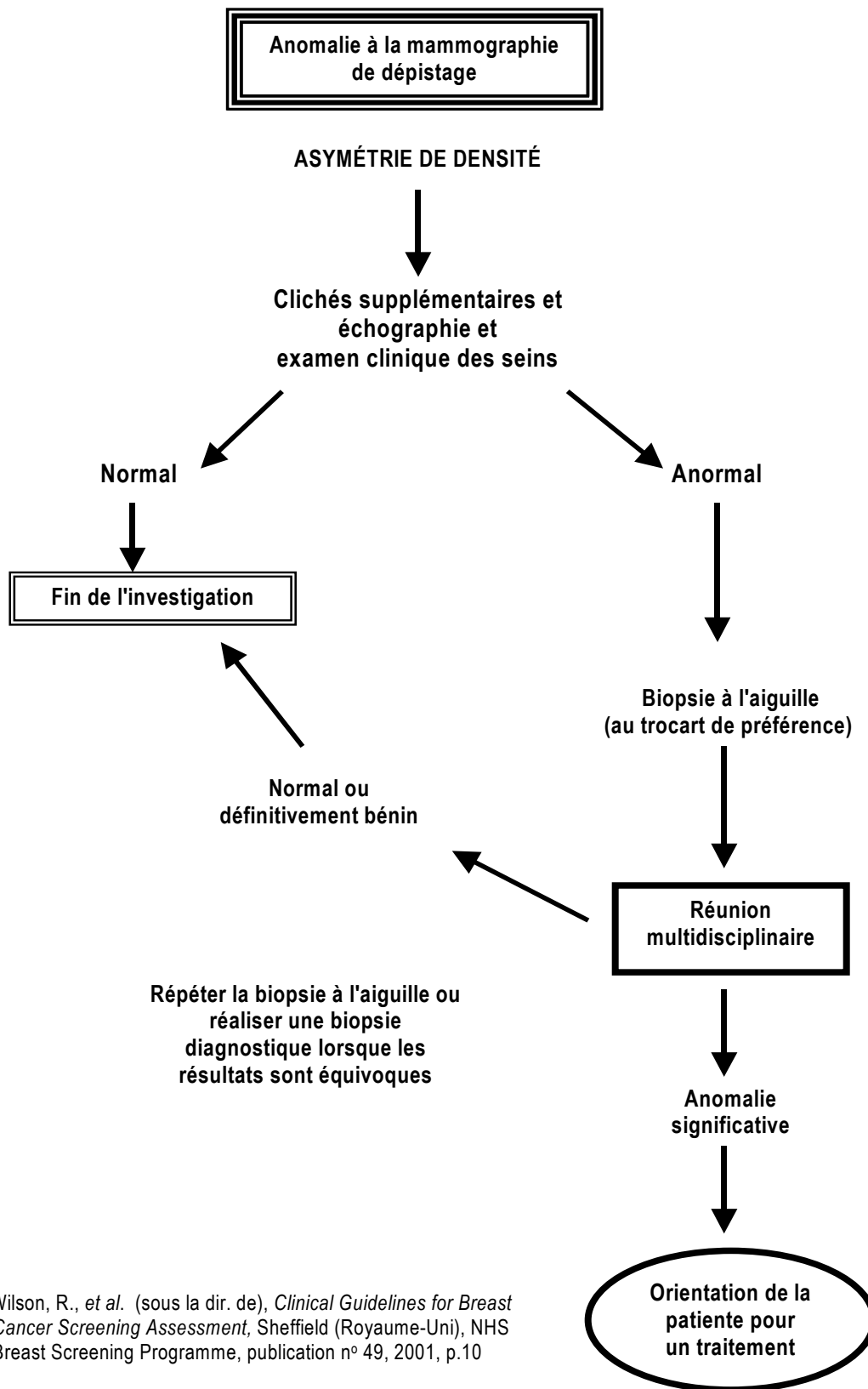
**Figures illustrant le processus d'investigation
selon le type d'anomalie**



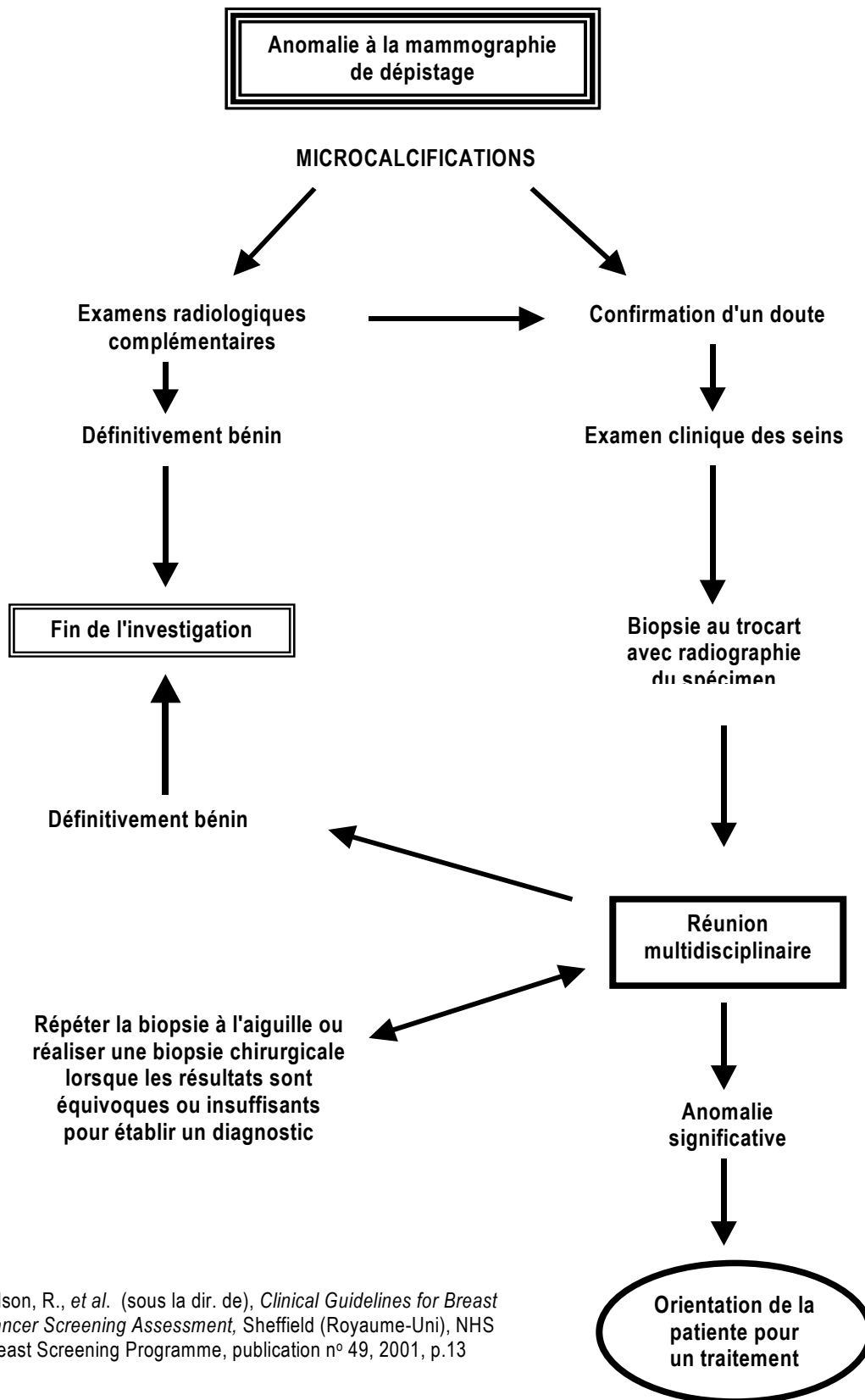
Source : Wilson, R., et al. (sous la dir. de), *Clinical Guidelines for Breast Cancer Screening Assessment*, Sheffield (Royaume-Uni), NHS Breast Screening Programme, publication n° 49, 2001, p.10



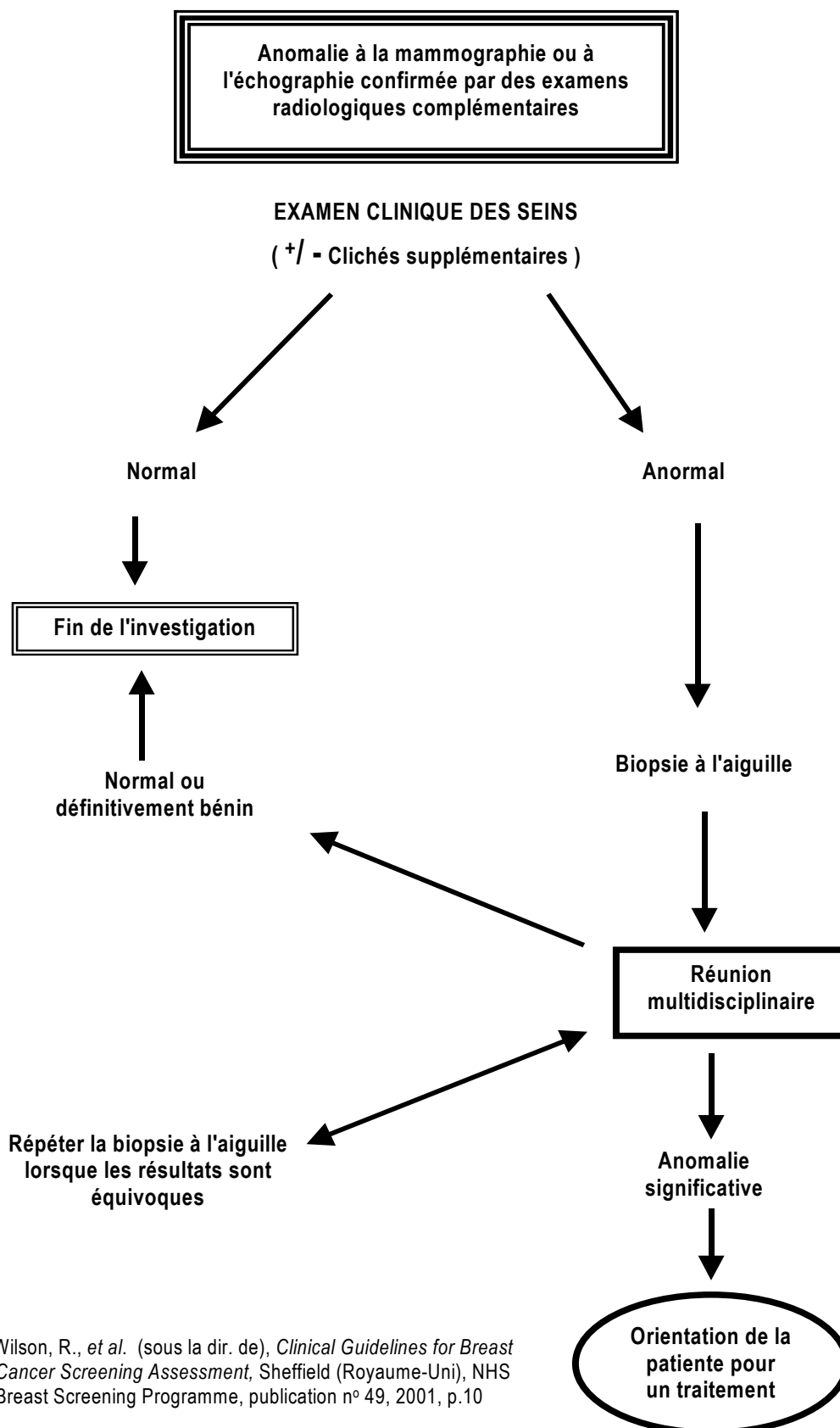
Source : Wilson, R., et al. (sous la dir. de), *Clinical Guidelines for Breast Cancer Screening Assessment*, Sheffield (Royaume-Uni), NHS Breast Screening Programme, publication n° 49, 2001, p.11



Source : Wilson, R., et al. (sous la dir. de), *Clinical Guidelines for Breast Cancer Screening Assessment*, Sheffield (Royaume-Uni), NHS Breast Screening Programme, publication n° 49, 2001, p.10



Source : Wilson, R., et al. (sous la dir. de), *Clinical Guidelines for Breast Cancer Screening Assessment*, Sheffield (Royaume-Uni), NHS Breast Screening Programme, publication n° 49, 2001, p.13



Source : Wilson, R., et al. (sous la dir. de), *Clinical Guidelines for Breast Cancer Screening Assessment*, Sheffield (Royaume-Uni), NHS Breast Screening Programme, publication n° 49, 2001, p.10

Annexe 3

**Écrits sur la révision des pratiques
dans le domaine du cancer du sein**

Les publications sur la révision des pratiques (audit)

Les articles recensés dans la documentation portant sur la révision dans le contexte du cancer du sein sont variés, tant dans leur contenu qu'au regard des objectifs qu'ils visent. On peut les regrouper en trois grandes catégories en fonction de la nature de l'objet évalué :

- a) la révision des pratiques à l'échelle d'un service ou d'un département ;
- b) la révision des pratiques à l'échelle des individus (médecins, professionnels de la santé ou autres professionnels) ;
- c) l'évaluation de nouvelles procédures ou pratiques médicales.

Ces articles fournissent des exemples concrets du potentiel de ce processus à améliorer la pratique, à suivre l'évolution des résultats et à proposer de nouvelles procédures ou pratiques susceptibles de faire progresser les connaissances.

a) La révision des pratiques à l'échelle d'un service ou d'un département

Plusieurs auteurs ont publié leurs travaux sur la révision des pratiques à l'échelle d'un service ou d'un département. Kirby *et al.* ont notamment publié en 1991 l'évaluation de la première année de fonctionnement du Hanley Breast Screening Unit à Stoke-on-Trent, en Grande-Bretagne, permettant de vérifier que les objectifs qui avaient été fixés par le rapport Forrest étaient atteignables (taux de participation, type histologique, nombre de cas de cancers détectés, rapport entre les cas bénins et les cas malins à la biopsie chirurgicale).

Winstanley *et al.* (1995) ont comparé deux unités offrant des services chirurgicaux dans le contexte du dépistage du cancer du sein ; le fait de définir au préalable des guides de pratique et de procéder à une révision des pratiques a permis d'apporter des améliorations dans les secteurs où elles s'avéraient nécessaires. Dans ce cas-ci, cela a permis à un petit centre (peu de patients) d'obtenir les mêmes résultats qu'un plus grand centre en fonction d'un certain nombre d'indicateurs (nombre de patients et rapport entre les cas bénins et les cas malins, précision de la localisation, temps d'attente pour l'intervention chirurgicale, taux préopératoire de diagnostic confirmé malin, taux de ré-intervention chirurgicale, type de chirurgie effectuée).

Ma *et al.* (1997) ont également effectué une révision rétrospective dans la région de la Tamise, comparant les soins d'un centre spécialisé dans l'investigation et le traitement du cancer du sein à ceux d'un centre non spécialisé. Les deux centres ont été comparés sur plusieurs points, incluant les facteurs liés à la survie et les facteurs liés à la qualité de vie (morbidité et bien-être). Des standards avaient été définis à l'avance et les professionnels s'étaient entendus au préalable sur les standards souhaitables. L'ensemble des cliniciens ont participé activement à la démarche. La rétroaction auprès des cliniciens a été effectuée confidentiellement et cela a permis d'amorcer des changements. Cette démarche a clairement établi la nécessité de faire des révisions prospectives d'une façon systématique.

Pour ce qui est de l'aspiration à l'aiguille fine réalisée dans le contexte d'une triple stratégie diagnostique par une équipe multidisciplinaire, Dundas *et al.* (1997) ont analysé, sur une période de six ans, les résultats d'un service de cytologie utilisant une méthode de centrifugation comme méthode de préparation. Chaque cycle d'enquête a été suivi de réunions multidisciplinaires pour réviser les résultats. Après chaque phase d'analyse, une modification de la pratique était acceptée et une amélioration objective de la sensibilité globale de la technique a été constatée (de 79 % à 96 %). Les taux de biopsie ouverte ont été réduits de façon substantielle. La méthode de préparation en cytologie, qui est considérée comme valable, offre une solution de rechange à la pratique habituelle. Le processus de révision des pratiques a démontré son efficacité à agir en tant que catalyseur de la performance de ce petit centre non spécialisé.

Wells *et al.* (1995) présentent les méthodes de calcul nécessaires pour réaliser la révision des pratiques portant sur la cytologie à la suite d'une aspiration à l'aiguille fine dans le cadre d'un programme de dépistage du cancer du sein. Pour ce faire, ces auteurs ont procédé à une revue exhaustive de la littérature et ont proposé des méthodes standardisées de calcul qu'ils ont appliquées à un bon nombre d'études afin de comparer des données qui ne pouvaient pas l'être jusque là. L'utilisation de ces nouvelles procédures a été appliquée aux résultats portant sur sept unités d'une région (North Thames) de la Grande-Bretagne et a favorisé les ajustements nécessaires. Les mesures qui ont été définies sont les suivantes : sensibilité absolue et complète, spécificité (pour les femmes qui ont subi une biopsie), valeur prédictive positive (VPP) d'un diagnostic de malignité, VPP d'un diagnostic de suspicion de malignité, VPP d'un diagnostic d'atypie, taux de faux négatif et taux de faux positif, taux de prélèvements inadéquats, taux de suspicion de malignité. Les auteurs concluent que la révision des pratiques est une méthode très efficace pour juger de la qualité de la cytologie dans toutes les unités du programme de dépistage. Ainsi, les problèmes peuvent être décelés adéquatement et les mesures correctrices, apportées.

Harvey *et al.* (1993) ont évalué comment la méthode de révision des cancers d'intervalle pouvait influencer les résultats (révision rétrospective versus révision à l'aveugle).

b) La révision des pratiques à l'échelle des individus

Plusieurs articles portent sur la révision des pratiques des médecins des professionnels et des autres acteurs qui travaillent au niveau de l'investigation et du traitement du cancer du sein. Kricker *et al.* (1999) et Appleton *et al.* (1998) ont effectué des révisions sur l'exhaustivité des informations colligées dans les formulaires de pathologie mammaire pour répondre aux standards. Dans les deux cas, ces auteurs insistent sur l'importance de mettre en place des formulaires standards ou des *checklist* en tant que moyen de systématiser la collecte de l'information. Ainsi, ils reconnaissent que ce processus de révision est intéressant pour assurer une amélioration des pratiques, mais que l'effet peut être temporaire ; il est nécessaire d'utiliser d'autres moyens. Kricker *et al.* réitèrent l'importance des connaissances issues des recherches dans le domaine des changements de pratique suggérant des interventions diversifiées, flexibles, systématisées et orientées sur la pratique quotidienne sur le terrain ; ils rappellent le rôle des auto-évaluations, du *feed-back*, des rappels (*practice reminders*), des *meetings* interactifs éducationnels et l'importance du consensus établi localement.

La révision des pratiques peut également être utilisée pour améliorer les performances au regard des aptitudes techniques des professionnels effectuant des aspirations à l'aiguille fine. Snead *et al.* (1997) décrivent une révision de la performance de ces professionnels en fonction des taux de prélèvements inadéquats, des ponctions faussement négatives et de celles effectuées sur les patientes dont les lésions sont jugées malignes aux examens clinique et radiologique. Une revue annuelle continue des performances de tous les professionnels qui réalisent des ponctions a été entreprise, chacun recevant ses résultats individuels en retour. En cas de mauvaise performance, des conseils et une formation ultérieure sont proposés. Les résultats décrits soulignent le rôle important de ce processus pour améliorer tant les performances et que les soins aux patientes.

Selon Goddard *et al.* (1998), l'assurance de la qualité en radiologie ne doit pas prendre en considération uniquement l'équipement et la production des films mais également l'interprétation. Ce dernier aspect est couvert par la révision des pratiques médicales, qui est souvent mise en place par les cliniciens eux-mêmes pour déterminer les meilleurs moyens d'améliorer leur performance et celle de leur service. C'est dans ce contexte que s'est développée l'utilisation des analyses ROC, pour *Receiver Operating Characteristic*. Cette méthode permet de comparer plusieurs éléments de la pratique d'un radiologiste ou de comparer un élément précis pour l'ensemble des radiologistes. La confidentialité des données est indispensable, leur utilisation est destinée à des fins internes.

c) L'évaluation de nouvelles procédures ou pratiques médicales

Morrow *et al.* (1994) ont procédé à une révision prospective des résultats d'un programme utilisant des clichés supplémentaires, des suivis à intervalles réguliers et la biopsie guidée par la stéréotaxie pour l'évaluation des anomalies à la mammographie en fonction du pourcentage estimé du risque de malignité, et ce, pour éviter des chirurgies inutiles.

Howe *et al.* (1995) ont évalué la sécurité et l'efficacité de la localisation à l'aiguille pour la biopsie du sein, et ce, dans le cadre d'un modèle d'assurance de la qualité multidisciplinaire où l'évaluation périodique des résultats est recommandée de façon à apporter les ajustements utiles.

Acheson *et al.* (1997) ont démontré l'importance de la corrélation histologique entre la biopsie au trocart guidée par la stéréotaxie et la biopsie chirurgicale pour les lésions non palpables. Ces auteurs recommandent de procéder à la révision des résultats sur une période d'au moins trois ans pour assurer une stabilité de la pratique et prévenir les faux négatifs.

BIBLIOGRAPHIE relative aux écrits sur la révision des pratiques

ACHESON, B.M., *et al.* « Histologic correlation of image-guided core biopsy with excisional biopsy of nonpalpable breast lesions », *Archives of Surgery*, vol. 132, n° 8, 1997, p. 815-821.

APPLETON, M.A., *et al.* « Evidence of effectiveness of clinical audit in improving histopathology reporting standards of mastectomy specimens », *Journal of Clinical Pathology*, vol. 51, n° 1, 1998, p. 30-33.

DUNDAS, S.A.C., *et al.* « Audit of 6 years' experience of breast fine needle aspiration (FNA) cytology using the cytopspin method : Improvement through multidisciplinary clinical audit », *Cytopathology*, vol. 8, 1997, p. 230-235.

GODDARD, C.C., *et al.* « Routine receiver operating characteristic analysis in mammography as a measure of radiologists' performance », *British Journal of Radiology*, vol. 71, n° 850, 1998, p. 1012-1017.

HOWE, J.R., *et al.* « Needle localization breast biopsy: A model for multidisciplinary quality assurance », *Journal of Surgical Oncology*, vol. 58, n° 4, 1995, p. 233-239.

HUNT, C.M., *et al.* « UK national audit of breast fine needle aspiration cytology in 1990-91: Diagnostic criteria », *Cytopathology*, vol. 7, n° 5, 1996, p. 326-332.

KIRBY, R.M., *et al.* « A new breast screening programme – an audit of the first year », *Postgraduate Medicine Journal*, vol. 67, n° 783, 1991, p. 36-38.

KRICKER, A., *et al.* « An audit of breast cancer pathology reporting in Australia in 1995 », *British Journal of Cancer*, vol. 80, n° 3 et 4, 1999, p. 563-568.

MA, M., *et al.* « Breast cancer management: Is volume related to quality? Clinical advisory panel », *British Journal of Cancer*, vol. 75, n° 11, 1997, p. 1652-1659.

MORROW, M., *et al.* « Preoperative evaluation of abnormal mammographic findings to avoid unnecessary breast biopsies », *Archives of Surgery*, vol. 129, 1994, p. 1091-1096.

SNEAD, D.R.J., *et al.* « Routine audit of breast fine needle aspiration (FNA) cytology specimens and aspirator inadequate rates », *Cytopathology*, vol. 8, n° 4, 1997, p. 236-247.

WELL, C.A. « Quality assurance in breast cancer screening cytology: A review of the literature and a report on the U.K. National Cytology Scheme », *European Journal of Cancer*, vol. 31A, n° 2, 1995, p. 273-280.

WINSTANLEY, J.H.R., *et al.* « The value of guidelines in a breast screening service », *European Journal of Surgical Oncology*, vol. 21, n° 2, 1995, p. 140-142.

Annexe 4

**Indicateurs pour procéder à la révision des pratiques
relatives aux activités d'investigation**

INDICATEURS POUR PROCÉDER À L'AUDIT DES ACTIVITÉS D'INVESTIGATION DANS LE CADRE DES PROGRAMMES DE DÉPISTAGE

Programmes /référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Royaume-Uni [1, 2001] [2, 1996] Europe [3, 1998]	Réduire le délai entre la mammographie de dépistage et l'investigation	Proportion de femmes fréquentant un centre d'investigation dans la semaine suivant la constatation qu'une investigation est nécessaire et dans les trois semaines suivant la mammographie de dépistage	≥ 90 % [1] 90 % [2, 3]	100 % [1]
Royaume-Uni [4, 2001]		Délai entre la lecture de la mammographie de dépistage et le premier rendez-vous offert pour l'investigation	< 10 jours ouvrables	
Australie [5, 1994]	Réduire le temps d'attente et l'anxiété des femmes entre le dépistage et la première visite pour l'investigation	Proportion des femmes pour qui le délai entre le dépistage et la première visite pour l'investigation est ≤ 10 jours ouvrables	> 90 %	
Canada [6, 2001]		Délai entre le résultat anormal à la mammographie et la première investigation	≥ 90 % des femmes ont la première investigation dans les trois semaines	
Royaume-Uni [7, 1997]	Réduire le nombre de visites d'investigation nécessaires pour obtenir un résultat définitif	Proportion des femmes n'ayant pas besoin de plus de trois visites d'investigation par épisode de dépistage	95 %	
Royaume-Uni [4, 2001]		Nombre de visites nécessaires pour obtenir un diagnostic définitif	Pas plus de trois	
Royaume-Uni [1, 2001] [2, 1996] Europe [3, 1998]	Réduire le délai entre la 1 ^{re} visite d'investigation et l'examen par le chirurgien	Délai entre le premier rendez-vous pour l'investigation et l'évaluation chirurgicale	≤ 5 jours ouvrables	Même jour

Programmes /référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Australie [5, 1994]	S'assurer qu'une équipe offrant une approche multidisciplinaire intervienne pour le diagnostic et le <i>management</i> des femmes dont la mammographie de dépistage présente des anomalies	Fréquence des rencontres multidisciplinaires de révision Participation des membres de l'équipe d'investigation aux rencontres de révision	Au moins chaque mois Tous les membres doivent assister à 60 % des rencontres de révision	
Royaume-Uni [4, 2001]		Participation aux sessions de révision multidisciplinaire pour l'investigation		
Royal College [8, 1999]		Proportion des patientes ayant une masse qui ont fait l'objet d'une triple stratégie diagnostique	> 95 %	
Canada [6, 2000]		Proportion des femmes devant se soumettre aux procédures diagnostiques suivantes : a) mammographie diagnostique supplémentaire b) visite chez le médecin traitant c) consultation avec le chirurgien d) échographie e) aspiration à l'aiguille fine f) biopsie au trocart g) biopsie ouverte	Pas de normes pour a) à f) Moins de 5 % des biopsies devraient être chirurgicales	
Royaume-Uni [7, 1997]	S'assurer que les femmes ayant subi une aspiration à l'aiguille fine ou une biopsie à l'aiguille sont informées des résultats aussitôt que possible	Délai entre la procédure d'aspiration à l'aiguille fine ou la biopsie à l'aiguille et la réception des résultats	95 % des femmes reçoivent les résultats dans les sept jours ouvrables	

Programmes /référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Australie [5, 1994]	Maximiser la participation tout en réduisant le plus possible l'anxiété chez les femmes en leur transmettant rapidement leur résultat	Proportion des femmes avisées du résultat définitif ou de la recommandation pour biopsie ouverte dans les deux jours ouvrables de la première visite pour investigation	70 %	
Australie [5, 1994]	Réduire le délai entre la recommandation d'une biopsie ouverte et cette intervention	Proportion des femmes ayant une biopsie ouverte dans les 10 jours ouvrables suivant la recommandation	70 %	
Canada [6, 2000]		Délai entre le dépistage anormal et le diagnostic • proportion des femmes avisées dans les cinq semaines s'il n'y a pas de biopsie ouverte ; • proportion des femmes avisées dans les sept semaines s'il y a une biopsie ouverte	$\geq 90 \%$ $\geq 90 \%$	
Canada [6, 2000]		Délai entre le diagnostic et la transmission des résultats à la femme : • proportion des femmes avisées en moins d'une semaine	$\geq 90 \%$	
BASO [9, 1998]	S'assurer d'une communication adéquate entre le centre (<i>Breast unit</i>) et le médecin traitant	Proportion des médecins traitants qui reçoivent l'information appropriée dans la semaine suivant le rendez-vous de la patiente	$> 90 \%$	
Australie [5, 1994]	Réduire le nombre de visites nécessaires pour l'investigation	Proportion des femmes nécessitant un suivi à court terme (6 mois) (<i>early reassessment</i>)	$< 5 \%$	

Programmes /référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Royaume-Uni [1, 2001] [7, 1997] Europe [11, 2001]	Réduire le nombre de femmes orientées pour d'autres tests	Proportion des femmes rappelées dans un intervalle plus court après le dépistage (<i>early recall</i>)	< 1 % [1, 7]	≤ 0,25 % [1] 0 [11]
Royaume-Uni [1, 2001] [2, 1996] [4, 2001] [7, 1997] Europe [3, 1998] [11, 2001] BASO [9, 1998]	S'assurer que pour la majorité des cancers, palpables et non palpables, un diagnostic préopératoire de cancer est posé	Proportion des femmes atteintes d'un cancer (palpable ou non) ayant un diagnostic préopératoire par cytologie ou histologie (biopsie à l'aiguille)	≥ 70 % [1, 4] > 70 % [2, 3, 7]+11	≥ 90 % [1] > 90 % [9]+11
Royaume-Uni [2, 1996] [7, 1997]	Maximiser le nombre de femmes dont le cancer non palpable a été diagnostiqué au moment du prétraitement	Proportion des femmes ayant un cancer du sein non palpable diagnostiqué au moment des examens préopératoires (qui s'est révélé malin après l'aspiration à l'aiguille fine [7])	> 30 % [7]	> 60 % [2, 7]
Royaume-Uni [7, 1997] BASO [9, 1998] Europe [11, 2001]	Réduire le nombre de procédures guidées d'aspiration à l'aiguille fine ayant un résultat insuffisant ou inadéquat	Proportion des procédures guidées de ponction à l'aiguille fine ayant un résultat insuffisant ou inadéquat	< 25 % [7] < 20 % [9]	< 15 % [7]
Australie [5, 1994]	Réduire la proportion des femmes devant subir une biopsie ouverte	Proportion des femmes ayant fait l'objet d'un dépistage et devant subir une biopsie ouverte	< 2 %	
Royaume-Uni [1, 2001] [2, 1996] Europe [3, 1998] BASO [9, 1998]	Réduire le délai entre la décision d'opérer à des fins diagnostiques et la 1 ^{re} date d'admission offerte [1, 2] Réduire l'anxiété de la patiente entre la décision chirurgicale d'opérer à des fins diagnostiques et la 1 ^{re} date d'admission [3, 9]	Proportion des femmes admises dans les deux semaines suivant la dernière visite d'investigation	≥ 90 % [1, 2] > 90 % [3, 9]	100 % [1]

Programmes /référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Royaume-Uni [1, 2001] [2, 1996] [4, 2001] [7, 1997]	Réduire le nombre de procédures opératoires non nécessaires [1, 2] Réduire le nombre de femmes ayant une biopsie chirurgicale ouverte pour maladie bénigne [7]	Taux de biopsies bénignes pour 1 000 femmes ayant fait l'objet d'un dépistage	Dépistage initial : < 3,6 pour 1 000 [1,4] < 2,7 pour 1 000 [7] Dépistage subséq. < 2 pour 1 000 [1,,4 7]	Dépistage initial : < 1,8 pour 1 000 [1,7] < 1,5 pour 1 000 [2] Dépistage subséquent : < 1,0 pour 1 000 [1, 2, 7]
Australie [5, 1994] Europe [3, 1998] [11, 2001]	Réduire les procédures invasives non nécessaires (biopsies chirurgicales dont l'histologie est bénigne)	Rapport entre les cas bénins et les cas malins à la biopsie ouverte	Dépistage initial : ≤ 2 : 1 [3, 5] ≤ 1 : 1 (11) Dépistage subséquent : ≤ 1 : 1 [3, 5]	≤ 0,5 : 1 (11) ≤ 0,2 : 1 (11)
Royaume-Uni [10, 1997]	Réduire le nombre d'opérations chirurgicales non nécessaires	Pour la cytologie : a) Rapport entre les cas bénins et les cas malins à la chirurgie initiale b) prélèvements non satisfaisants c) taux de faux positifs d) taux de faux négatifs Pour la biopsie au trocart	a) 1 : 2 b) < 10 % c) < 1 % d) < 5 % Non disponible	a) 1 : 4 b) < 5 % c) < 0,5 % d) < 4 %
BASO [9, 1998]	Réduire le nombre de chirurgies ouvertes à des fins diagnostiques	Rapport de biopsies ouvertes chirurgicales bénignes par rapport au nombre total de cancers diagnostiqués dans l'unité	≤ 1 : 10	
Royaume-Uni [2, 1996] [7, 1997] Europe [3, 1998] [11, 2001] Australie [5, 1994]	S'assurer que les lésions non palpables localisées sont excisées avec succès Maximiser la localisation en salle d'opération des lésions produisant des anomalies à la mammographie [5]	Proportion des lésions non palpables localisées excisées avec succès à la première opération	> 95 % > 95 % (11)	> 95 % (11)
Royaume-Uni [2, 1996] Europe [3, 1998] Australie [5, 1994]	Réduire le délai entre l'excision et la réception du spécimen radiographié ou du rapport [2]	Délai entre l'excision et la réception du spécimen radiographié ou du rapport en salle d'opération	< 10 minutes [2, 3] < 15 minutes (verbal) [5] < 24 heures (écrit) [5]	

Programmes /référence	Objectif	Indicateur	Norme – minimum	Norme visée
Royaume-Uni [2, 1996] Europe [3, 1998] [11, 2001]	Améliorer le positionnement des harpons [2]	Proportion des cas dont le harpon est situé à < 10 mm de la lésion (cas pour lesquels la lésion n'est pas découverte à la chirurgie)	> 80 % > 90 % (11)	> 90 %
Royaume-Uni [2, 1996] Europe [3, 1998]	Réduire le désavantage esthétique des biopsies opératoires réalisées à des fins diagnostiques	Proportion des biopsies bénignes dont le poids est inférieur à : - 20 g (frais ou fixé) [2] - 30 g (frais ou fixé) [3]	80 %	
BASO [9, 1998] Europe [11, 2001]	Réduire la morbidité chirurgicale pour les lésions non palpables	Proportion des biopsies bénignes de lésions non palpables pesant moins de 20 g	> 90 % ≥ 90 % (11)	
Royaume-Uni [10, 1997]	Améliorer la détermination et la caractérisation pathologique des lésions produisant les anomalies à la mammographie	Proportion des spécimens contenant une anomalie à la mammographie non décelée par l'histologie ni par la pathologie	< 1 %	
Royaume-Uni [10, 1997]	Améliorer la concordance des diagnostics posés par les pathologistes	Concordance du diagnostic (assurance qualité externe) : a) carcinome invasif b) carcinome canalaire in situ (incluant carcinome micro-invasif c) lésions bénignes (incluant hyperplasie atypique canalaire et cicatrice radiaire)	a) k = 0,8 b) k = 0,7 c) k = 0,8	a) k = 0,9 b) k = 0,8 c) k = 0,9
Royaume-Uni [10, 1997]	Améliorer la qualité de l'information pronostique dans les rapports de pathologie	a) proportion des carcinomes invasifs ayant un grade et une taille b) concordance du grade (audit externe) c) concordance de la mesure de la tumeur	a) > 90 % b) k = 0,5 c) 88 % des mesures à ± 3 mm de la médiane	a) > 99 % b) k = 0,7 c) 90 % des mesures à ± 3 mm de la médiane

Programmes /référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Royal College [8, 1999]		Proportion des rapports de pathologie contenant les informations suivantes : • diamètre de la tumeur en mm • nature localisée ou multicentrique • état complet de l'excision avec les marges en mm • sous-type histologique de cancer invasif et <i>in situ</i> • grade histologique • nombre total de ganglions axillaires enlevés et nombre de ganglions atteints • état des récepteurs d'œstrogènes	> 90 %	
Canada [6, 2000]		Proportion des femmes perdues au suivi (pas d'investigation ou pas de données d'investigation)	< 3 % des femmes	

1. STANDARDS FOR THE NHS BREAST SCREENING PROGRAMME (updated May 2000), dans Wilson, R., *et al.* (sous la dir. de), *Clinical Guidelines for Breast Cancer Screening Assessment*, Sheffield (Royaume-Uni), NHS Breast Screening Programme, publication n° 49, : avril 2001, Appendice 1, p. 17-22.
2. NATIONAL COORDINATION GROUP FOR SURGEONS WORKING IN BREAST CANCER SCREENING. *Quality Assurance Guidelines for Surgeons in Breast Cancer Screening*, Sheffield (Royaume-Uni), NHS Breast Screening Programme, publication n° 20, révisée en avril 1996, p. 7-12.
3. O'HIGGINS, N., *et al.* « European guidelines for quality assurance in the surgical management of mammographically detected lesions », *European Journal of Surgical Oncology*, vol. 24, n° 2, 1998, p. 96-98.
4. WILSON, R., *et al.* (sous la dir. de), *Clinical Guidelines for Breast Cancer Screening Assessment*, Sheffield (Royaume-Uni), NHS Breast Screening Programme, publication n° 49, 2001, 32 p.
(<http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications>)
5. NATIONAL PROGRAM FOR THE EARLY DETECTION OF BREAST CANCER. *National Accreditation Requirements: March 1994*, Canberra (Australie), Commonwealth Department of Human Services and Health, 1994.
6. HORNE, T. et EVALUATION INDICATORS WORKING GROUP. *Proposed Indicators for Performance and Quality of Breast Screening Programs in Canada: Follow-up Report to the Evaluation Indicators Working Group's National Workshop*, document de travail, 2000, p. 5-16.
7. NHS BREAST SCREENING RADIOLOGISTS QUALITY ASSURANCE COMMITTEE. *Quality Assurance Guidelines for Radiologists*, Sheffield (Royaume-Uni), NHS Breast Screening Programme, publication n° 15, révisée en mai 1997, p. 4-14.

8. COIN BREAST CANCER WORKING GROUP. « The Royal College of Radiologists' Clinical Oncology Information Network. Guidelines on the non-surgical management of breast cancer », *Clinical Oncology*, vol. 11, n° 3, 1999, p. S89-S133.
9. BLAMEY, R.W. « The British Association of Surgical Oncology Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast disease in the UK (1998 revision). BASO Breast Specialty Group », *European Journal of Surgical Oncology*, vol. 24, n° 6, 1998, p. 464-476.
10. NATIONAL COORDINATION GROUP FOR BREAST SCREENING PATHOLOGY. *Guidelines for breast pathology services*, Sheffield (Royaume-Uni), NHS Breast Screening Programme, publication n° 2, révisée en juillet 1997, p. 6-7.
11. EUROPEAN COMMISSION, EUROPE AGAINST CANCER. *European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening*, N. Perry *et al.*, (sous la dir. de) 3e édition, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2001, 366 p.

Annexe 5

**Manuel du radiologiste de l'Association des
radiologistes du Québec**

**PROGRAMME DE DÉPISTAGE
DU CANCER DU SEIN
DE LA PROVINCE DE QUÉBEC**

ARQ. PQDCS. Manuel du radiologiste

Adopté le 30 mai 1997

Modifié le 2 février 1998

Modifié le 8 septembre 1999 – Comité de mammographie de l'ARQ

Modifié le 17 septembre 1999 – Conseil d'administration de l'ARQ

Modifié le 8 mars 2000 – Comité de mammographie de l'ARQ

Modifié le 17 mars 2000 – Comité exécutif de l'ARQ

Avril 2000 – Comité de mammographie

PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

MANUEL DU RADIOLOGISTE

S'inspirant de l'initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein, le comité d'imagerie du sein de l'Association des radiologistes du Québec s'engage à promouvoir l'assurance de la qualité comme composante essentielle du programme québécois de dépistage du cancer du sein en émettant ses normes et recommandations.

Ce document vient renforcer les efforts du comité national chargé de l'initiative pour le dépistage du cancer du sein qui stipule qu'il ne peut y avoir de programme de dépistage de qualité sans la participation de radiologistes possédant une expérience dans le domaine.

Établir des normes de formation et de compétence est donc une condition première pour mettre sur pied un programme de qualité et permettre à ce programme d'atteindre ses objectifs premiers qui sont :

1. La baisse de mortalité par cancer de sein. Le programme québécois envisage de réduire de 25% d'ici 2006 le taux de mortalité par cette maladie par rapport au taux de 1996.
2. Améliorer le pronostic du cancer du sein en détectant des lésions de faible diamètre, de bas grade, sans atteinte ganglionnaire.

Les normes et exigences diffèrent suivant le rôle du radiologiste dans ce programme.

- I. Radiologiste affecté à la lecture des clichés de dépistage
- II. Radiologiste affecté à un centre de référence pratiquant la micro-intervention à but diagnostique

PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

- CHAPITRE 1 -

I. RADIOLOGISTE AFFECTÉ À LA LECTURE DES CLICHÉS DE DÉPISTAGE :

L'ASSOCIATION DES RADIOLOGISTES DU QUÉBEC EST D'AVIS QUE LES QUALIFICATIONS PERSONNELLES SUIVANTES DOIVENT ÊTRE EXIGÉES DU MÉDECIN RADIOLOGISTE QUI EST AFFECTÉ À LA LECTURE DES CLICHÉS DE DÉPISTAGE :

- 1) Il doit détenir une certification en radiologie diagnostique.
- 2) Il doit travailler dans un centre accrédité par l'Association canadienne des radiologistes.

L'ASSOCIATION DES RADIOLOGISTES DU QUÉBEC APPUIE LES EXIGENCES DU PROGRAMME D'ACCREDITATION DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DES RADIOLOGISTES (CAR) EN MATIÈRE D'ÉDUCATION MÉDICALE CONTINUE, À SAVOIR :

- 1) Lors du premier agrément, le radiologiste doit documenter 40 heures de crédits catégorie 1 de l'AMA en mammographie, ou un profil MOCERT d'activités d'apprentissage en mammographie. La moitié des activités doit provenir de programmes reconnus par le MOCERT ou l'AMA et le reste peut être complété par des activités autodidactes soumis au MOCERT par le biais du profil annuel. Le temps alloué à l'éducation en mammographie durant la résidence sera également accepté, lorsque documenté par le radiologiste.
- 2) Pour les agréments subséquents (à intervalle de trois ans), l'équivalent de 15 heures de crédits de l'AMA ou un profil MOCERT d'activités d'apprentissage en mammographie est nécessaire. La moitié des activités doit provenir de programmes reconnus par le MOCERT ou l'AMA et le reste peut être complété par des activités autodidactes soumis au MOCERT par le biais du profil annuel.

OUTRE LES EXIGENCES DU PROGRAMME D'ACCREDITATION EN MAMMOGRAPHIE (PAM-CAR), L'ASSOCIATION DES RADIOLOGISTES DU QUÉBEC RECOMMANDE QUE LE RADIOLOGISTE AFFECTÉ À LA LECTURE DES CLICHÉS DE DÉPISTAGE :

- 1) Participe aux réunions du Centre de référence.
- 2) Interprète au moins 1000 mammographies par année.
- 3) Maintienne à date un fichier des cas de rappel et leur évolution.

PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

AU COURS DE LA PREMIÈRE ANNÉE DE PARTICIPATION À UN PROGRAMME ORGANISÉ DE DÉPISTAGE, LE TAUX DE RAPPEL DÛ À DES ANOMALIES NE DEVRAIT PAS DÉPASSER 15%. DANS LES ANNÉES ULTÉRIEURES, CE TAUX DEVRAIT PASSER À 10% LORS DU PREMIER CONTRÔLE DE DÉPISTAGE ET TENDRE VERS LES 5% DANS LES EXAMENS SUIVANTS.

Chaque radiologiste affecté à la lecture de clichés de dépistage est responsable de l'évaluation de sa performance.

UN PROGRAMME ORGANISÉ DE DÉPISTAGE DEVRAIT ÉVALUER PÉRIODIQUEMENT LE TAUX DE DÉTECTION DE CANCER ET LE TAUX DE CANCER PAR INTERVALLE ET EN INFORMER LE RADIOLOGISTE CONCERNÉ. CE DERNIER POURRA AINSI CONNAÎTRE LA SENSIBILITÉ ET LA SPÉCIFICITÉ DE SON INTERPRÉTATION MAMMOGRAPHIQUE.

Chaque radiologiste affecté à la lecture de clichés de dépistage doit se soumettre à un mécanisme d'assurance de qualité tel que défini par un comité d'experts.

LES NORMES PROPOSÉES PAR LE PQDCS :

Taux de référence :

- Σ 5 cancers par 1000 mammographies au dépistage initial
- Σ 3.5 cancers par 1000 mammographies au dépistage subséquent

Taux de cancers détectés :

- Σ Moins de 7% de faux positifs au dépistage initial
- Σ Moins de 5% de faux positifs au dépistage subséquent

Options pour dérogation aux normes :

Confier l'évaluation de la performance d'un radiologiste à un comité de pairs formé par l'ARQ.

PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

- CHAPITRE 2 -

II. RADIOLOGISTE AFFECTÉ À UN CENTRE DE RÉFÉRENCE

NORMES MINIMALES POUR ÊTRE UN CENTRE DE RÉFÉRENCE

Un centre de référence pour investigation qui n'est pas également un centre de dépistage accrédité devra obtenir l'accréditation de la CAR ainsi que les autres équivalences requises pour la certification par le LSPQ.

Le radiologiste qui est affecté à un centre de référence doit détenir une certification en radiologie diagnostique. En plus de ses qualifications personnelles dont les normes vont suivre, il doit travailler dans un centre répondant aux normes du programme d'accréditation en biopsie stéréoguidée de l'American College of Radiology à défaut de normes canadiennes établies.

Outre les exigences de l'Association canadienne des radiologistes concernant le radiodiagnostic, le radiologiste oeuvrant dans un centre désigné de référence, devra répondre aux normes suivantes :

L'ASSOCIATION DES RADIOLOGISTES DU QUÉBEC APPUIE LES EXIGENCES DU PROGRAMME D'ACCREDITATION DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DES RADIOLOGISTES (CAR) EN MATIÈRE D'ÉDUCATION MÉDICALE CONTINUE, À SAVOIR :

- 1) Lors du premier agrément, le radiologiste doit documenter 40 heures de crédits catégorie 1 de l'AMA en mammographie, ou un profil MOCERT d'activités d'apprentissage en mammographie. La moitié des activités doit provenir de programmes reconnus par le MOCERT ou l'AMA et le reste peut être complété par des activités autodidactes soumis au MOCERT par le biais du profil annuel. Le temps alloué à l'éducation en mammographie durant la résidence sera également accepté, lorsque documenté par le radiologiste.
- 2) Pour les agréments subséquents (à intervalle de trois ans), l'équivalent de 15 heures de crédits de l'AMA ou un profil MOCERT d'activités d'apprentissage en mammographie est nécessaire. La moitié des activités doit provenir de programmes reconnus par le MOCERT ou l'AMA et le reste peut être complété par des activités autodidactes soumis au MOCERT par le biais du profil annuel.

PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

OUTRE LES EXIGENCES DU PROGRAMME D'ACCREDITATION EN MAMMOGRAPHIE (PAM-CAR), L'ASSOCIATION DES RADIOLOGISTES DU QUÉBEC RECOMMANDE QUE LE RADIOLOGISTE AFFECTÉ À UN CENTRE DE RÉFÉRENCE ET D'INVESTIGATION DIAGNOSTIQUE (CRID) :

- 1) Interprète 1000 mammographies par année et maintienne sa compétence de lecture en mammographie de dépistage en restant en contact étroit avec les centres de dépistage ;
- 2) Détienne une formation spécifique en échographie mammaire :
 - Cours de formation médicale continue en échographie mammaire en complément d'une formation en échographie générale
 - ou
 - Entraînement minimum de 2 mois dans un centre spécialisé*** pour le radiologiste sans formation en échographie
- 3) Ait fait 25 biopsies mammaires ou un mois d'entraînement dans un centre spécialisé.

AFIN DE MAINTENIR LA QUALITÉ DU PROGRAMME DE DÉPISTAGE, L'ASSOCIATION DES RADIOLOGISTES DU QUÉBEC RECOMMANDE QUE LES RADIOLOGISTES SOIENT TENUS DE SATISFAIRE AUX CONDITIONS MINIMALES SUIVANTES :

1. Faire partie intégrante d'un groupe multidisciplinaire ;
2. Oeuvrer dans un centre où se pratiquent 100 biopsies au trocart ou harpon par année ;
3. Compléter 15 heures de formation médicale continue dans le domaine de l'imagerie du sein ou du cancer du sein dont 3 heures en techniques d'intervention aux 3 ans ;
4. Répondre aux normes d'évaluation des indicateurs de l'efficacité d'un programme de dépistage ;
5. Se soumettre à des visites de contrôle de qualité par un comité d'experts.

À partir d'un examen de dépistage, chez les femmes présentant une anomalie à la mammographie, la démarche diagnostique pourra s'effectuer suivant le schéma proposé (voir annexe).

PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

*** L'échographie mammaire devra être faite par un radiologiste ayant une expertise en échographie mammaire et une connaissance suffisante de la mammographie pour pouvoir faire la corrélation avec le cliché mammographique dans un centre de mammographie accrédité par la CAR (CRID ou CDD ou un centre d'échographie mammaire répondant aux normes recommandées par l'ARQ) :

NORMES MINIMALES POUR ÊTRE UN CENTRE DISPENSATEUR D'ÉCHOGRAPHIE MAMMAIRE

Le centre doit disposer d'un appareil d'échographie possédant une sonde de fréquence égale ou supérieure à 10 MHz et d'une échelle de gris minimale de 128 canaux.

CONCLUSION

Les recommandations et normes telles que proposées par le comité d'imagerie du sein de l'ARQ sont minimales. Leur application a été éprouvée dans quelques pays et dans plusieurs provinces canadiennes. Le comité considère également qu'il existe une courbe d'apprentissage dans la mise en marche de ce grand programme.

Il est fort recommandé que des regroupements en fonction de la population, de la qualité et du coût-bénéfice soient envisagés ; les regroupements sont essentiels pour les centres de diagnostic et doivent être fortement considérés dans les centres de dépistage pour répondre aux normes.

ARQ. PQDCS. Manuel du radiologiste

Adopté le 30 mai 1997

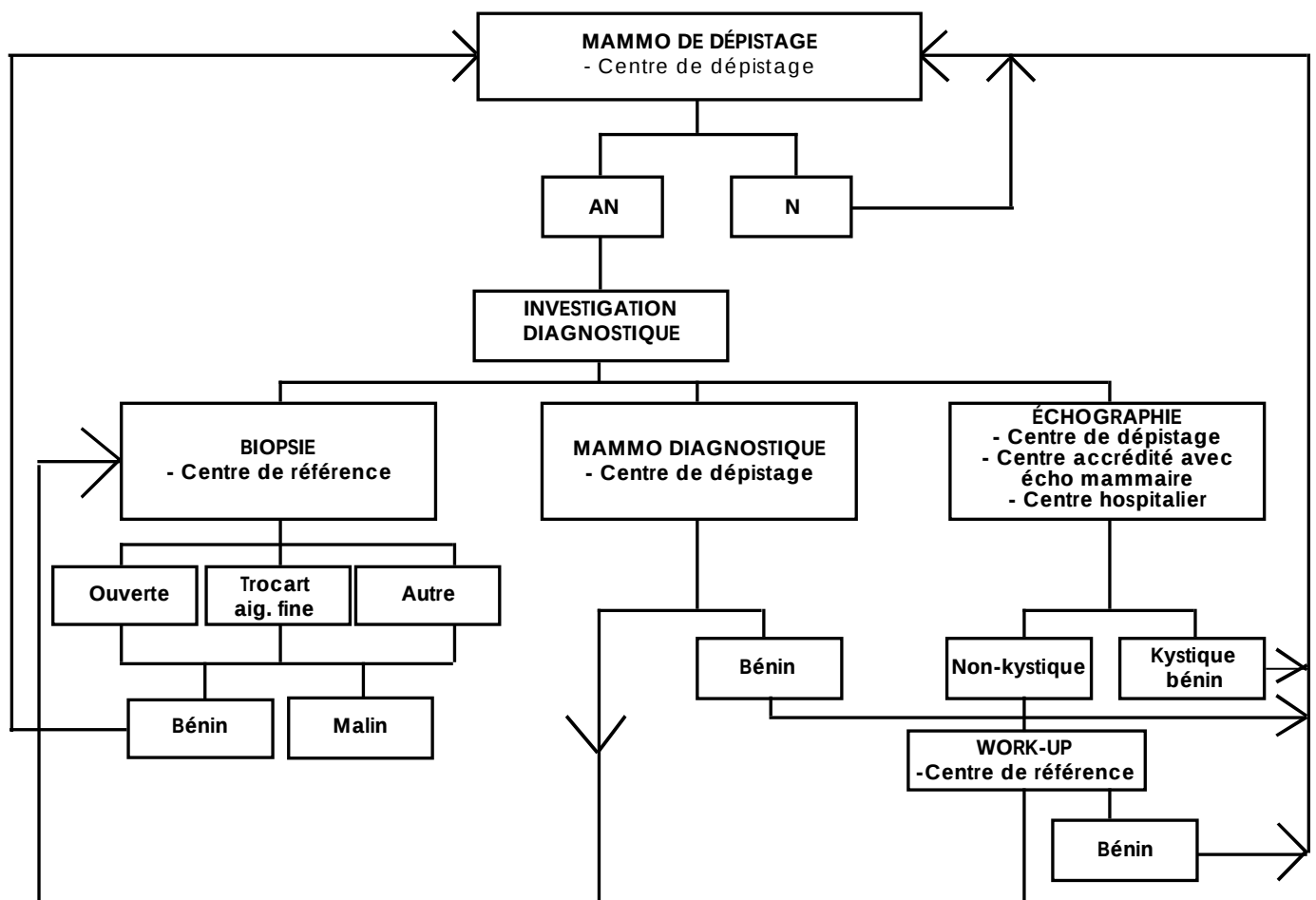
Modifié le 2 février 1998

Modifié le 8 septembre 1999 – Comité de mammographie de l'ARQ

Modifié le 17 septembre 1999 – Conseil d'administration de l'ARQ

Modifié le 8 mars 2000 - Comité de mammographie de l'ARQ

Modifié le 17 mars 2000 – Comité exécutif de l'ARQ



Annexe 6

**Critères d'orientation suggérés
pour une intervention psychosociale
dans le cadre des activités du PQDCS**

M^{me} Francine Leboeuf, Hôpital du Saint-Sacrement

LES CRITÈRES D'ORIENTATION POUR UNE INTERVENTION PSYCHOSOCIALE

Au moment de l'entrevue au centre de référence pour investigation désigné (CRID), au centre de dépistage désigné (CDD) ou à la clinique préopératoire, si la personne vit l'une des situations suivantes, une demande de consultation pour une intervention psychosociale est souhaitable :

- expression d'un besoin ou d'une demande d'aide par la patiente ou ses proches ;
- signe d'anxiété élevée ou de panique indiquant une détresse émotionnelle importante :
 - élocution rapide ou précipitée,
 - perte de sommeil, perte d'appétit,
 - somatisation : respiration difficile, rougeurs, etc.,
 - idéation morbide,
 - craintes irraisonnées,
 - perte d'espoir,
 - sur-réaction : peurs, pleurs fréquents, stoïque, etc.,
 - inattention importante (n'écoute pas, fait répéter, repose les mêmes questions, etc.),
- histoire de stress important dans la dernière année (deuil, maladie, séparation, perte d'emploi) ;
- histoire personnelle de faible résistance aux agressions externes ou au stress :
 - tendance dépressive,
 - fuite de la réalité,
 - recours systématique à des médicaments, des drogues ou à l'alcool,
 - diagnostic psychiatrique ;
- insuffisance ou absence de soutien du milieu :
 - soutien inadéquat du conjoint,
 - soutien inadéquat de la famille, (refus de la personne d'en parler à ses proches),
 - isolement social ou géographique ;
- présence de tensions familiales ou conjugales ;
- préoccupation majeure à l'égard de son image corporelle ;
- appréhension quant à la capacité à gérer la situation présente (maladie et ses conséquences) ;
- désorganisation provoquée par le diagnostic ou l'intervention imprévus ;
- besoin d'aide pour son retour à domicile (réorganisation).

Produit par M^{me} Francine Leboeuf, travailleuse sociale à l'Hôpital du Saint-Sacrement, automne 1999

Annexe 7

**Comité régional d'assurance de la qualité
(CRAQ)
de l'Estrie**

**COMITÉ RÉGIONAL
D'ASSURANCE DE LA QUALITÉ**

PQDCS, Estrie

Robert Pronovost, MD, FRCP, MBA

Responsable régional PQDCS

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

Direction de la santé publique et de l'évaluation

Janvier 2001

PQDCS, Estrie

Le Comité régional d'assurance de la qualité du *Programme québécois* DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN de l'Estrie a été officiellement constitué et mis en place lors d'une première réunion tenue le 27 novembre 2000.

Par ses activités et recommandations, ce comité sert de pierre angulaire non seulement à l'instauration et au maintien d'un programme d'assurance de la qualité, mais également à une consolidation organisationnelle des services liés au dépistage, à une harmonisation des pratiques, à une systématisation du cheminement clinique des femmes dépistées et diagnostiquées ainsi qu'à une systématisation de l'information. De surcroît, l'arrimage du PQDCS au Programme québécois de lutte contre le cancer devrait être facilité par l'existence d'un tel comité.

CONTEXTE ORGANISATIONNEL

En Estrie, le *Programme québécois* **DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN** a débuté ses activités le 25 mai 1998. La responsabilité du programme relève de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie et plus spécifiquement de la Direction de la santé publique et de l'évaluation (DSPE).

L'infrastructure du programme repose sur une équipe programme de la Régie, sur une Coordination des services régionaux et aux niveaux des services cliniques, sur trois CDD et un CRID.

Équipe programme de la Régie

L'implantation et le maintien du programme se font sous la responsabilité d'une équipe programme de la Régie régionale. Celle-ci est constituée :

- d'une personne du Service prévention-promotion, Direction de la santé publique et de l'évaluation. Cette personne est le responsable régional PQDCS;
- d'une personne du Service de soutien méthodologique et de l'évaluation, Direction de la santé publique et de l'évaluation;
- d'une personne de la Direction des programmes;
- de la coordonnatrice administrative et du médecin responsable clinique de la Coordination des services régionaux.

Une Coordination des services régionaux (CSR) :

La CSR relève de la Direction des services professionnels du CHUS par une entente passée avec la Direction de la santé publique et de l'évaluation. On y retrouve :

- un médecin responsable clinique qui relève de la Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie;
- une coordonnatrice administrative et une secrétaire, toutes deux employées du CHUS.

Ces personnes voient à l'implantation du programme et aux différents aspects de son fonctionnement.

Trois centres de dépistage désignés (CDD) :

- Deux cabinets de radiologie privés : le Centre Radiologique de Sherbrooke et le Centre Radiologique de l'Estrie;
- un centre public : le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke — Hôtel-Dieu.

Un centre de référence pour investigation désigné (CRID) :

- Un centre public : le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).

BESOINS IDENTIFIÉS

Afin de bien évaluer et contrôler l'implantation, le fonctionnement et la performance du programme de dépistage, l'équipe régionale et la CSR ont vu, dès le commencement, à réaliser un programme d'évaluation basé sur les recommandations retrouvées dans le cadre de référence du PQDCS en regard principalement de la révision des indicateurs documentés à l'aide du système d'information du PQDCS (SI-PQDCS).

Rapidement, d'autres besoins évaluatifs sont ressortis exigeant la mise en place de mécanismes et d'activités :

- Les évaluations interactives, qualitatives, en relation avec les intervenants du programme et des services (CDD et CRID);
- les évaluations de la satisfaction des clientèles : femmes de 50 à 69 ans et médecins traitants;
- la révision de cas.

De plus, après un an et demi de fonctionnement, un bilan de la situation permet de dresser les besoins guidant la Direction de la santé publique et de l'évaluation vers une approche plus globale d'assurance de la qualité et vers la formation d'un comité régional d'assurance de la qualité. Ces besoins sont :

- d'assurer le maintien et l'évolution de la qualité du programme;
- d'établir un leadership régional en regard de l'assurance de la qualité;
- de renforcer l'organisation des activités, des soins et des services, et plus particulièrement de :
 - favoriser l'intégration et la continuité des services d'investigation et de diagnostic liés au dépistage ainsi que des services relatifs aux interventions psychosociales appropriées,
 - assurer un arrimage efficace avec les services à offrir aux personnes dépistées et diagnostiquées pour un cancer du sein;
- de s'assurer de la systématisation du cheminement clinique des patientes à l'intérieur du programme et des différents services publics et privés;
- de s'assurer de la systématisation de la circulation de l'information;
- de favoriser l'implication et le développement d'un sentiment d'appartenance au programme des intervenants provenant des différentes disciplines et des différents milieux;
- de respecter et d'impliquer les structures, processus et mécanismes organisationnels existants qui touchent la gestion de la qualité des services et des pratiques tels ceux de la Direction des services professionnels, du CMDP, du Comité central d'évaluation des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques du centre hospitalier.

COMITÉ RÉGIONAL D'ASSURANCE DE LA QUALITÉ

Afin de répondre aux besoins identifiés et de consolider les activités d'évaluation et d'assurance de la qualité, il fût proposé puis finalement créé le 27 novembre 2000 un comité régional d'assurance de la qualité.

La mise en place de ce *Comité régional d'assurance de la qualité* vise à s'assurer que les éléments de qualité essentiels au succès du programme soient mis en place de façon optimale dans la région. Une *gestion dynamique et participative* doit être favorisée par ce comité et mener à une *harmonisation des pratiques* réalisées à l'intérieur du programme.

Les analyses, réflexions et recommandations du comité doivent fournir de l'aide aux prises de décisions et favoriser les actions en vue de corriger des situations problématiques que ce soit au niveau du *programme régional*, des *services* ou de la *performance professionnelle*. Elles doivent favoriser le respect des lignes directrices du programme. Elles doivent également favoriser la réalisation d'activités d'assurance de la qualité à l'intérieur de chaque CDD et du CRID.

Ce comité est consultatif à la Direction de la santé publique et de l'évaluation qui assume la responsabilité régionale du PQDCS. Toutefois, ce comité en est un du CHUS, relevant de la directrice adjointe de la Direction des services professionnels. Une entente passée entre cette direction et les cabinets privés établit la reconnaissance et favorise la participation active des centres privés de dépistage à l'intérieur du comité. Le but recherché par l'organisation et le fonctionnement choisis est de se rapprocher du niveau opérationnel et de la structure administrative des services. Dans cette optique, il est également souhaité que la légitimité du comité soit reconnue par le CMDP et éventuellement par son programme de gestion et d'appréciation de la qualité de l'exercice de la médecine.

MANDATS, RESPONSABILITÉS ET COMPOSITION DU COMITÉ

Mandats et responsabilités du CRAQ

C'est au *Comité régional d'assurance de la qualité* que revient de :

⇒ réviser la performance et la qualité du programme. Pour ce faire :

- réviser périodiquement les diverses informations (les données statistiques mais aussi les données subjectives recueillies) apportées par la Coordination des services régionaux (CSR) et par la Direction de la santé publique et de l'évaluation (DSPE),
- analyser les résultats obtenus en collaboration avec la CSR et la DSPE,
- proposer les actions et mesures correctives nécessaires pour répondre aux déterminants de qualité;

⇒ identifier les situations susceptibles de compromettre la qualité du programme ou des services offerts et plus particulièrement celles qui touchent le respect des lignes directrices du PQDCS;

⇒ s'assurer que les pratiques des trois Centres de dépistage désigné (CDD) et du Centre de référence pour investigation complémentaire (CRID) soient harmonisées;

⇒ identifier et mettre en place les activités d'assurance de la qualité à être réalisées régionalement (ex. : rencontres systématiques de discussion de cas, analyse des résultats du programme, utilisation de lignes de pratique clinique adoptées par les intervenants);

⇒ émettre des recommandations quant aux principales activités d'assurance de la qualité à être réalisées par chacun des centres, CDD et CRID, et quant à leurs résultats (ex : participation aux réunions de révision des cas et de la performance du programme, tenue d'un programme d'assurance de la qualité qui est propre au centre);

⇒ émettre, dans une visée constructive et de soutien, tout autre conseil et recommandation touchant l'assurance de la qualité et son application à la Direction de la santé publique et de l'évaluation, à la CSR, aux organisations et aux différents groupes de professionnels concernés. Ces conseils et recommandations sont relatifs à la gestion, à l'information, à la formation et au fonctionnement dans l'implantation et la réalisation du PQDCS dans ses composantes de programme, services et performance professionnelle.

En ce qui concerne la qualité des services de dépistage et de référence pour investigation, le comité porte un regard critique et émet des recommandations particulièrement mais non limitativement quant au :

- recrutement de la clientèle;
- cheminement des clientèles dans le programme, incluant :
 - ⇒ l'accessibilité aux services,
 - ⇒ l'accueil et l'information donnés aux femmes,
 - ⇒ l'adhésion au programme,
 - ⇒ la transmission des résultats aux femmes et aux médecins,
 - ⇒ les différents délais pour obtenir des services;
- résultats attendus des services de dépistage et d'investigation :
 - ⇒ la participation au dépistage,
 - ⇒ la référence pour investigation complémentaire,
 - ⇒ la détection des cancers,
 - ⇒ la nature des cancers détectés, ex. : taille, malignité,
 - ⇒ les effets négatifs du dépistage,
 - ⇒ la satisfaction des femmes et des intervenants;
- maintien de l'accréditation et de la certification par les centres disposant d'installations de mammographie utilisées dans le cadre du PQDCS;
- activités d'assurance de la qualité à réaliser par chacun des centres et quant à la réalisation effective de ces activités (ex. : participation aux réunions de révision des cas et de la performance du programme et du centre).

Composition du CRAQ :

Le comité se compose de :

- La directrice adjointe des services professionnels du CHUS comme présidente;
- deux radiologistes, un reconnu et choisi par ses pairs pour représenter les deux centres privés de dépistage désignés et un pour le CHUS en tant que CDD et CRID;
- un représentant médical reconnu et choisi par ses pairs pour chacune des spécialités suivantes : chirurgie, pathologie, radio-oncologie et hémato-oncologie;
- la personne responsable du programme au niveau de la Régie.

Ce comité inclut également, à titre de personnes ressources et conseils, la coordonnatrice administrative de la CSR et le médecin responsable clinique à la CSR.

Par ailleurs, pourraient être invités au besoin : des représentants du secteur social, du personnel (technologues et secrétaires des CDD et du CRID) et des bénéficiaires.

Le mandat et la composition du comité pourront être révisés et modifiés, s'il y a lieu, après un an de fonctionnement. L'à-propos d'inclure d'autres volets sera considéré. Une attention particulière doit être portée au volet psychosocial.

COMITÉ EXÉCUTIF DU CRAQ

Lors de la création du Comité régional d'assurance de la qualité, il y a eu également la mise en place d'un comité exécutif.

Les attributions du comité exécutif sont d'administrer les affaires du Comité régional d'assurance la qualité ainsi que de planifier et de suivre le travail de celui-ci. Il doit voir à la préparation des dossiers, problématiques et propositions à présenter au CRAQ. Il assure la représentation du CRAQ. Il détermine les dates et le lieu des réunions du CRAQ.

À cela, s'ajoute globalement la tâche importante de susciter et de nourrir les démarches d'assurance de la qualité entreprises par le CRAQ.

Il est proposé que le comité exécutif soit constitué de la présidente, directrice adjointe des services professionnels du **CHUS** (CDD et CRID), d'un radiologiste des **CDD privés**, et du responsable régional PQDCS de la **Régie régionale**. Cette composition permet de favoriser les liens avec chaque milieu organisationnel concerné.

