

**Évaluation de la concordance entre  
les archivistes médicales et les  
médecins spécialistes experts pour  
la codification de données devant  
être entrées au système d'infor-  
mation du Programme québécois  
de dépistage du cancer du sein**

**Diane Major, Ph.D.  
Sonia Jean, M.Sc.  
Robert Jacob, M.Sc.**

**Institut national de santé publique du Québec**

**Juin 2001**

## **AUTEURS**

Diane Major, Ph.D.  
Sonia Jean, M.Sc.  
Robert Jacob, M.Sc.

Centre d'expertise en dépistage, Direction Systèmes de soins et services

## **REMERCIEMENTS**

Pour leur participation professionnelle à ce projet, nous sommes très reconnaissants aux Drs Nathalie Duchesne, Michel-Pierre Dufresne, Gilles Tremblay, Simon Jacob, Louise Provencher et Jean Robert, médecins spécialistes experts et membres du Comité de soutien à la qualité et/ou du Comité des utilisateurs cliniciens du PQDCS, aux archivistes médicales impliquées dans le PQDCS et provenant des régions 05, 07, 13, 14 et du SI-PQDCS, à Mmes Claudia Larochelle, t.r.s. et Luce Beaulieu, a.m.a du Centre d'expertise en dépistage de l'INSPQ.

Nous avons aussi bénéficié des suggestions et commentaires judicieux des membres du Comité d'évaluation du PQDCS qui nous ont permis de présenter les résultats de ce projet à leur réunion du 19 avril 2001; nous remercions pour cette opportunité les membres qui étaient présents, soit : Mme Chantal Beudet, Dr Jacques Brisson, Dr Patricia Goggin, M. Robert Jacob (co-auteur), Mme Diane Larocque et Mme Pauline Thiboutot.

Ce projet était subventionné par Santé Canada, Laboratoire de contrôle et de surveillance des maladies et du cancer.

*Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'INSPQ : <http://www.inspq.qc.ca>*

*Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.*

## **CONCEPTION GRAPHIQUE**

*Bellemare Communication Visuelle*

**DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTECOM (<http://www.santecom.qc.ca>)**

**Cote : N 15,469**

**DÉPÔT LÉGAL - 3<sup>E</sup> TRIMESTRE 2001**

**BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC**

**BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA**

**ISBN 2-550-37896-2**

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	iii
LISTE DES FIGURES.....	iii
LISTE DES ANNEXES .....	v
1. HISTORIQUE.....	1
2. OBJECTIF .....	1
3. MÉTHODES.....	1
4. RÉSULTATS .....	3
5. DISCUSSION.....	4

## **LISTE DES TABLEAUX**

- Tableau 1 : Plan expérimental
- Tableau 2 : Scores globaux de concordance entre les médecins experts spécialistes et les archivistes médicales pour chaque type de questionnaires
- Tableau 3 : Concordance entre les médecins experts spécialistes et les archivistes médicales pour le questionnaire de confirmation diagnostique
- Tableau 4 : Concordance entre les médecins experts spécialistes et les archivistes médicales pour le questionnaire de pathologie
- Tableau 5 : Concordance entre les médecins experts spécialistes et les archivistes médicales pour le questionnaire de caractérisation et traitement du cancer

## **LISTE DES FIGURES**

- Figure 1 : Distribution des résultats globaux pour chaque type de questionnaires
- Figure 2a : Distribution des résultats par archiviste médicale pour le questionnaire de confirmation diagnostique
- Figure 2b : Distribution des résultats par archiviste médicale pour le questionnaire de pathologie
- Figure 2c : Distribution des résultats par archiviste médicale pour le questionnaire de caractérisation et traitement du cancer
- Figure 3a : Distribution des résultats par médecin expert radiologiste pour le questionnaire de confirmation diagnostique
- Figure 3b : Distribution des résultats par médecin expert pathologiste pour le questionnaire de pathologie
- Figure 3c : Distribution des résultats par médecin expert chirurgien pour le questionnaire de caractérisation et traitement du cancer

## **LISTE DES ANNEXES**

- ANNEXE A : Rapport de confirmation diagnostique
- ANNEXE B : Rapport de pathologie
- ANNEXE C : Rapport détaillé du clinicien concernant le cancer du sein
- ANNEXE D : Description des questions étudiées pour l'analyse des questionnaires standardisés de confirmation diagnostique
- ANNEXE E : Description des questions étudiées pour l'analyse des questionnaires standardisés de pathologie
- ANNEXE F : Description des questions étudiées pour l'analyse des questionnaires standardisés de caractérisation et traitement des cas de cancer (rapport détaillé du clinicien)

## **1. HISTORIQUE**

L'information sur le suivi et l'investigation des femmes avec mammographie anormale dans le cadre du PQDCS provient actuellement souvent de différentes sources, particulièrement dû au fait que 40 à 50% des femmes ont leurs examens complémentaires en dehors des centres de référence pour investigation désignés (CRID).

## **2. OBJECTIF**

Le but de cette étude était d'évaluer la concordance entre une archiviste médicale et un médecin spécialiste expert en maladies du sein pour la saisie d'information standardisée au moyen des formulaires du PQDCS à partir des données présentes dans les dossiers médicaux.

## **3. MÉTHODES**

Trois types d'information concernant les femmes avec mammographie de dépistage anormale en 1998-1999 ont été retenus pour le projet soit : examens de confirmation diagnostique (clinique, radiologique et chirurgicale), pathologie et rapport détaillé sur la caractérisation et le traitement des cas de cancer du sein (rapport détaillé du clinicien). Trois questionnaires différents ont été développés précédemment dans le cadre du PQDCS pour la collecte standardisée de l'information (voir les annexes A, B, C).

Six médecins experts en maladies du sein formés dans 3 spécialités différentes (2 radiologistes, 2 pathologistes et 2 chirurgiens), membres du Comité de soutien à la qualité et/ou du Comité des utilisateurs cliniciens du PQDCS et 5 archivistes médicales dont 4 oeuvrant dans les CRID de 4 régions différentes du Québec et une travaillant à la base de données provinciale du PQDCS (SI-PQDCS) ont été recrutés pour participer à ce projet.

Des dossiers médicaux non nominatifs à partir desquels de l'information standardisée devait être entrée sur les formulaires du PQDCS ont été obtenus des archivistes recrutées dans les différentes régions, en collaboration avec leur coordonnatrice administrative régionale : n = 110 dossiers de confirmation diagnostique, 136 dossiers de pathologie, 91 dossiers de caractérisation et le traitement des cas de cancer, pour un total de 337 dossiers (et donc de formulaires) différents. Les archivistes avaient pour consigne de fournir des dossiers variés, c'est-à-dire reflétant des situations de complexité différente.

Chacun des dossiers médicaux a donc été revu à la fois par une archiviste médicale et un médecin expert spécialiste qui devaient tous deux compléter un questionnaire standardisé du PQDCS pour un même dossier particulier. La distribution aux médecins des dossiers d'une région donnée a été faite de façon aléatoire. Le Tableau 1 présente le plan expérimental.

Pour les deux types d'évaluateurs, les données de chacune des questions étudiées pour les trois types de formulaires ont été colligées sur fichier SPSS. Il est à noter que certaines questions comprenaient plusieurs sous-questions (voir annexes D, E, F).

Pour chaque type de questionnaire, une première analyse mesurait la concordance entre les archivistes médicales et les médecins spécialistes pour l'ensemble des questions étudiées. Pour ce faire, nous devons d'abord estimer la concordance entre les observateurs pour chacune des questions. Cela est fait de manière simple, soit en examinant les deux questionnaires sur chaque question et en allouant la cote 1 pour chaque question où les observateurs concordent. Pour l'ensemble des questions comparées sur un questionnaire, nous obtenons facilement le nombre de questions qui concordent ( $A_o$ ) et le score global de concordance est calculé en divisant la concordance observée ( $A_o$ ) par le nombre de questions ( $I$ ) comparées. Sur l'ensemble des scores globaux de concordance ainsi obtenus, le score moyen, médian (meilleur que la moyenne quand la distribution des scores est non symétrique) et l'écart-type sont ensuite calculés.

Afin d'évaluer la significativité statistique du score moyen et du score médian de concordance, nous devons les comparer avec les scores moyen et médian que nous espérons obtenir par la chance seulement. Nous avons donc simulé la concordance par la chance pour un questionnaire en recodant de façon aléatoire les questions étudiées selon la distribution des réponses aux questions des observateurs. Ce processus a été répété 1 000 fois et nous avons ainsi créé une distribution « bootstrap » des scores globaux (moyen et médian) de concordance par la chance seule; cette distribution reflète l'étendue possible des scores. La tendance centrale de cette distribution sera une estimation de la concordance espérée entre les observateurs, et le 95<sup>e</sup> percentile de cette distribution donne le point de coupure pour un test unilatéral de significativité statistique au niveau  $\alpha = 0.05$ . Si le score moyen ou médian excède ce point de coupure, on rejette l'hypothèse que les observateurs concordent au niveau de la chance seule.

Afin de comparer la consistance entre les archivistes médicales, un graphique de la distribution des scores pour chaque type de questionnaires et pour chaque archiviste a été fait. Cette même procédure a aussi permis de comparer les médecins d'une même spécialité entre eux.

Pour chaque type de questionnaires, la deuxième analyse consistait à mesurer la concordance entre les archivistes médicales et les médecins spécialistes pour chaque question étudiée. Cette analyse nous permet d'identifier les questions ou les sous-questions qui semblent problématiques (c'est-à-dire grande discordance entre les observateurs). Pour ce faire, nous calculons la proportion de concordance pour chaque question et la statistique Kappa (seulement sur les questions ou sous-questions qui sont dichotomiques ou catégorielles). La statistique Kappa mesure le degré de concordance au-dessus de ce qui est possible par la chance seule. Dans la littérature, une classification générale de la concordance entre des observateurs basée sur la valeur de la statistique Kappa est souvent donnée comme suit :

<u>Concordance</u>	<u>Statistique Kappa</u>
Très Bon	> 0,81
Bon	0,80-0,61
Modéré	0,60-0,41
Médiocre	0,40-0,21
Mauvais	0,20-0,00
Très mauvais	< 0,00

Pour ce projet, un item est considéré comme problématique lorsque la proportion d'agrément est inférieure à 80% ou lorsque la statistique du Kappa est inférieure à 0,61.

En plus de la complétion des questionnaires, les archivistes médicales et les médecins spécialistes nous ont fourni de nombreux commentaires sur des feuilles séparées.

#### **4. RÉSULTATS**

Le Tableau 2 présente pour chacun des questionnaires, le score moyen, le score médian, la moyenne et le 95<sup>e</sup> centile de concordance par la chance entre les réponses et la valeur  $p$  de significativité statistique. Pour les trois types de questionnaires : confirmation diagnostique, pathologie et caractérisation du cancer, les scores moyens sont de 87,4, 82,6 et 68,0% respectivement et les scores médians de 89,3, 85,7 et 77,3%. La distribution est asymétrique (Figure 1) et par conséquent les scores médians nous semblent plus représentatifs de la réalité. La valeur  $p$  est significative dans tous les cas, c'est-à-dire que la concordance n'est pas attribuable à la chance.

Les Tableaux 3, 4 et 5 présentent la proportion de concordance et le Kappa pour chacune des questions des trois questionnaires. De plus, lorsque pour une question donnée la concordance s'avérait faible, nous avons tenté d'identifier le problème, de proposer différentes solutions et de refaire les analyses statistiques en appliquant les solutions proposées afin de vérifier si les nouveaux Kappa et proportions de concordance étaient améliorés.

Les Figures 2a, 2b, 2c montrent la distribution des résultats pour chacune des archivistes pour les trois types de questionnaires. Pour des raisons techniques, aucun questionnaire d'examen diagnostiques n'était disponible pour analyse dans une région. Les Figures 3a, 3b, 3c présentent la distribution des résultats pour chacun des médecins experts d'une même spécialité pour les trois types de questionnaires.

## 5. DISCUSSION

Le fait que les dossiers à l'étude aient été fournis par les archivistes médicales et le fait que les dossiers analysés n'étaient pas les mêmes pour chacune des archivistes et des évaluateurs sont des limites méthodologiques inhérentes à ce projet. Toutefois, le niveau de concordance et des Kappa statistiques atteints fait en sorte que ces limites affectent peu les conclusions de l'étude.

Les résultats de cette étude pilote démontrent qu'une concordance globale de plus de  $85 \pm 10\%$  (score médian  $\pm$  SD) entre les archivistes médicales et les médecins spécialistes experts en cancer du sein a pu être atteinte pour l'entrée d'information standardisée dans la banque de données du PQDCS à partir des dossiers médicaux des patientes concernant les examens de confirmation diagnostique et de pathologie.

La concordance concernant la caractérisation du cancer a été un peu moindre et atteignait un score médian de 77,3% et aussi plus variable, avec un écart-type de plus de 25%. Toutefois, il est à noter que ces résultats sont avant l'application de solutions proposées suite à l'identification de problèmes spécifiques souvent répétés et pour lesquels un simple exercice de formation, tant pour les médecins qui dictent les rapports que pour les archivistes médicales qui codent l'information a posteriori à partir de ces rapports, pourrait corriger rapidement la situation.

De façon générale, on note que les archivistes médicales tentent le plus possible de remplir les cases (par exemple, à inscrire un examen comme non fait lorsque l'information n'apparaît pas au dossier médical) alors que les médecins ont plutôt tendance à ne rien inscrire si le fait qu'une information ne se retrouve pas au dossier leur semble suspect (par exemple, s'il n'y a pas de rapport de radiographie pulmonaire alors qu'il existe un rapport de scintigraphie osseuse dans l'évaluation du bilan métastatique). Le fait de reprendre les analyses statistiques en éliminant les cas de non-réponses augmente donc souvent les taux de concordance et un Kappa d'au moins 0,61 est atteint. Il est intéressant de noter que lorsque que les deux types d'évaluateurs ont codé un item donné, ils s'entendent sur l'information qui en découle.

Les Tableaux 2, 3 et 4 donnent la proportion de concordance et la statistique du Kappa pour chacun des items (questions) et sous-items pour les trois types de questionnaires, avant et après les corrections proposées.

En se basant sur le fait qu'un Kappa est considéré comme bon et très bon à 0,61 et 0,81 respectivement, on note que l'information sur la pathologie obtient la meilleure performance pour les items pris un à un. Pour ce questionnaire, on remarque cependant que dans la description des tumeurs bénignes et /ou à risque associées à une tumeur maligne, les médecins omettent souvent de cocher la case « aucune observée » alors que les archivistes l'utilisent.

Dans le questionnaire de confirmation diagnostique on retrouve plusieurs items où le Kappa est non valide dû au fort taux de non-réponses à la fois par les archivistes et les médecins ; il s'agit en fait des cas où l'examen physique n'a pas été réalisé et ne le sera jamais. Cette situation fait aussi en sorte que dans plusieurs cas le médecin spécialiste a quand même considéré les examens radiologiques comme non concluants alors que l'archiviste médicale l'inscrivait concluant en absence d'examen physique.

Une situation similaire de non-réponse est aussi rencontrée fréquemment avec le questionnaire de caractérisation du cancer.

Une première correction consistant à ne considérer que les cas où une réponse était présente à la fois dans le rapport standardisé complété par l'archiviste et le médecin spécialiste augmente sensiblement la concordance entre les deux types d'évaluateurs. Si par exemple, on exclut les cas où les médecins spécialistes n'ont rien inscrit à l'envahissement ganglionnaire alors que les archivistes ont répondu à la question, la concordance sur les cas avec réponse passe de 53,8% à 60,0%. L'application d'une seconde correction sur ce même item, i.e. ne pas tenir compte des sous-catégories dans la description de l'envahissement ganglionnaire, ce qui ne change rien à l'évaluation du stade, permet d'atteindre un taux de concordance de l'ordre de 82,0% pour les 66 cas avec réponse. De la même manière, l'application de la première correction pour l'évaluation du stade, à savoir éliminer les cas de non-réponse, permet d'atteindre un taux de concordance de l'ordre de 95,0%.

Les Figures 2a, 2b, 2c montrent que la constance dans les résultats varie d'une archiviste médicale à l'autre. Les Figure 3a, 3b, 3c nous indiquent que le rapport détaillé du clinicien est un rapport pour lequel les résultats varient entre les médecins experts eux-mêmes, et que des règles claires doivent être établies dans ce domaine ; par exemple, il faudra statuer quant à la période qui doit être considérée pour les examens de l'évaluation du bilan métastatique et, par conséquent, pour la définition du stade du cancer (c'est-à-dire au jour de la chirurgie, jusqu'à 2 mois postchirurgie ou même plus tard).

Dans tous les cas, il n'est pas question de porter ici un jugement à savoir si le médecin était justifié ou non de s'abstenir de répondre ou si l'archiviste avait raison ou non de le faire, au contraire, mais plutôt de faire le constat que d'un côté les médecins auraient sans doute besoin de formation quant à leur façon de dicter leurs rapports médicaux pour faciliter la standardisation de l'information, et que de l'autre les archivistes médicales bénéficieraient d'un complément de formation quant aux pratiques de la prise en charge et du traitement du cancer du sein et quant à la façon de colliger certaines données en particulier. Ceci confirme qu'une solide formation sur la standardisation de l'information demeure la pierre angulaire d'une banque de données valide.

Il nous faut aussi tenir compte du fait que les questionnaires servant à la collecte de l'information standardisée doivent être révisés afin de faciliter et de clarifier leur interprétation aussi bien que pour améliorer la validité de l'entrée des données. Les commentaires et suggestions fournis par les participants à cette étude seront pris en considération pour la révision des formulaires.

L'information colligée par les archivistes médicales à partir des dossiers médicaux et entrée à la banque de données du PQDCS peut être considérée comme valide pour les examens de confirmation diagnostique et la pathologie ; l'information sur la caractérisation et le stade du cancer devra être révisée avant évaluation et l'envoi des données 1999 - 2000 à la banque canadienne de données sur le dépistage du cancer du sein en septembre 2001.

Nous pouvons donc conclure qu'avec une formation appropriée sur la façon de rapporter l'information standardisée au PQDCS à partir des dossiers médicaux, et avec l'utilisation de versions révisées des questionnaires, en tenant particulièrement compte des items individuels pour lesquels le Kappa était inférieur à 0,61, le score global de concordance entre les archivistes médicales et les médecins spécialistes experts devrait rapidement augmenter à 90% pour tous types d'information, incluant la caractérisation et le stade du cancer. Les archivistes médicales spécialement formées sont des professionnelles de la santé à privilégier pour l'entrée des données à la banque du PQDCS (SI-PQDCS).

## **TABLEAUX ET FIGURES**

**Tableau 1 : Plan expérimental**

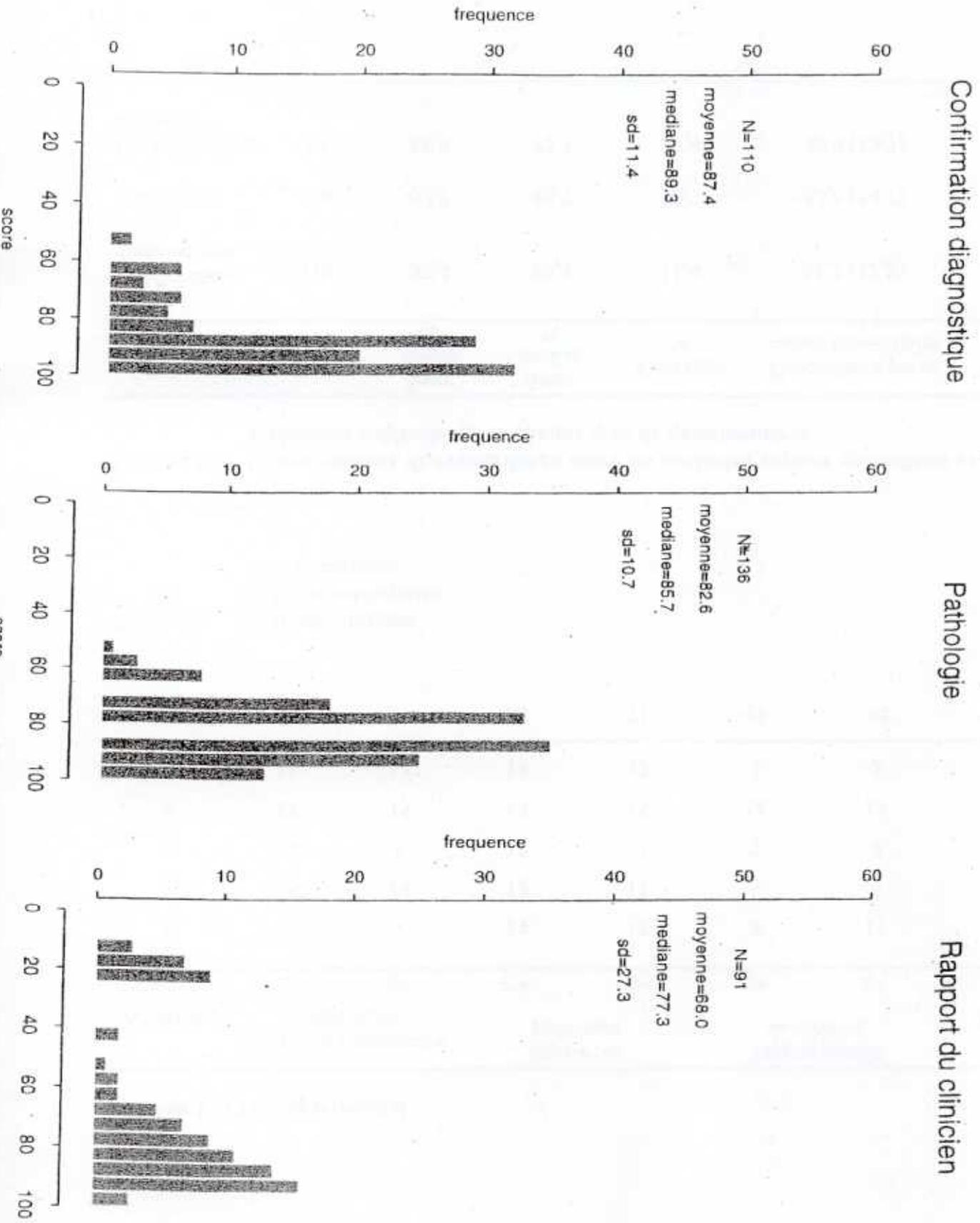
Archiviste	Rapport de confirmation diagnostique		Rapport de pathologie		Rapport détaillé du clinicien		Total
	A*	B*	C*	D*	E*	F*	
1	-	-	14	15	9	11	49
2	15	14	12	13	8	9	71
3	14	8	12	13	7	9	63
4	15	15	13	15	14	14	86
5	15	14	14	15	5	5	68
Total	59	51	65	71	43	48	337

\*Médecin: A, B: radiologistes  
C, D: pathologistes  
E, F: chirurgiens

**Tableau 2 : Scores globaux de concordance entre les médecins experts spécialistes et les archivistes médicales pour chaque type de questionnaires**

Type de questionnaire	Nombre	Score moyen %	Score médian %	Écart-type %	Concordance par la chance (95e centile)	Valeur p
Confirmation diagnostique	110	87,4	<b>89,3</b>	11,4	51,3 (52,8)	<0,05
Pathologie	136	82,6	<b>85,7</b>	10,7	52,8 (54,7)	<0,05
Caractérisation du cancer	91	68,3	<b>77,3</b>	27,4	50,9 (52,7)	<0,05

Figure 1 : Distribution des résultats globaux pour chaque type de questionnaires



**Tableau 3 : Concordance entre les médecins experts spécialistes et les archivistes médicales pour le questionnaire de confirmation diagnostique**

Items du questionnaire	Proportion de concordance	Sous-items du questionnaire	Kappa	Item problématique	Identification du problème
1- Examen des seins	<b>70,9</b>	-	*	NA**	-
2- Lésion suspecte décelée à la mammographie (sein droit)	<b>84,5</b>	-	*	NA	-
3- Lésion suspecte décelée à la mammographie (sein gauche)	<b>79,1</b>	-	*	NA	-
4- Ganglions sus-claviculaires (sein droit)	<b>94,5</b>	-	*	NA	-
5- Ganglions sus-claviculaires (sein gauche)	<b>92,7</b>	-	*	NA	-
6- Ganglions axillaires (sein droit)	<b>92,7</b>	-	*	NA	-
7- Ganglions axillaires (sein gauche)	<b>90,9</b>	-	*	NA	-
8- Résultat examen physique	<b>66,4</b>	-	*	NA	-
9- Examens confirmation diagnostique (aucun)	<b>98,2</b>	-	*	NA	-
10- Examen confirmation diagnostique (incidences supplémentaires)	<b>84,5</b>	10a-	<b>0,25</b>	NA	aucune solution
		10b-	<b>0,21</b>		
11- Examen confirmation diagnostique (agrandissements)	<b>76,4</b>	11a-	<b>0,58</b>	oui	aucune solution
		11b-	<b>0,59</b>		
12- Examen confirmation diagnostique (compression)	<b>64,5</b>	12a-	<b>0,32</b>	oui	aucune solution
		12b-	<b>0,37</b>		
13- Examen confirmation diagnostique (échographie)	<b>96,4</b>	13a-	<b>0,94</b>	non	-
		13b-	<b>0,95</b>		
14- Examen confirmation diagnostique (comparaison avec clichés antérieurs)	<b>82,7</b>	-	*	NA	
15- Résultat examen confirmation diagnostique radiologique	<b>56,4</b>	-	<b>0,30</b>	oui	Problème de type A
16- Examens invasifs (aspiration à l'aiguille fine)	<b>95,5</b>	16a-	<b>0,69</b>	non	
		16b-	*		
		16c-	<b>0,90</b>		
17- Examens invasifs (kyste)	<b>95,5</b>	-	*	NA	
18- Examens invasifs (cytologie demand)	<b>97,3</b>	-	<b>0,79</b>	non	
19- Biopsie au tract	<b>90,9</b>	19a-	*	non	
		19b-	*		
		19c-	<b>0,69</b>		
20- Biopsie au tract (résultat)	<b>92,7</b>	-	*	NA	
21- Biopsie incisionnelle	<b>100,0</b>	-	*	NA	
22- Biopsie incisionnelle (résultat)	<b>100,0</b>	-	*	NA	
23- Biopsie excisionnelle	<b>98,2</b>	-	*	NA	
24- Biopsie excisionnelle (résultat)	<b>98,2</b>	-	*	NA	
25- Mastectomie partielle	<b>85,5</b>	25a-	*	NA	
		25b-	*		
26- Mastectomie partielle (résultat)	<b>85,5</b>	-	*	NA	
27- Conclusion de la confirmation diagnostique	<b>82,7</b>	-	<b>0,65</b>	non	
28- Contrôle requis	<b>93,6</b>	28a-	<b>0,36</b>	oui	aucune solution
		28b-	-		

\* kappa non valide dû à la forte concordance sur la non-réponse ou faible prévalence.

\*\* NA = cet examen n'a pas été réalisé dans la plupart des cas

Problème de type A: En l'absence d'examen physique des seins, les examens radiologiques peuvent tout de même avoir un résultat concluant: pratique non faite par le spécialiste.

**Tableau 4 : Concordance entre les médecins experts spécialistes et les archivistes médicales pour le questionnaire de pathologie**

Items du questionnaire	Proportion de concordance	Sous-items du questionnaire	Kappa	Item problématique	Identification du problème	Proportion de concordance après correction	Kappa après correction
1- Latéralité	<b>7,1</b>	-	<b>0,94</b>	non	-	-	-
2-Examen radiologique du prélèvement	<b>49,3</b>	2a- Examen radiologique	<b>0,39</b>	oui	Problème de type A	<b>72,8</b>	<b>0,73</b>
		2b- Microcalcifications	<b>0,54</b>				<b>0,54</b>
3- Date des types de prélèvements	<b>81,6</b>	-	-	non	-	-	-
4-Nombre de fragments et taille	<b>55,1</b>	-	-	oui	Aucune solution	-	-
5- Poids de la pièce chirurgicale	<b>92,6</b>	-	-	non	-	-	-
6-Diagnostic histopathologique	<b>100,0</b>	-	<b>1,00</b>	non	-	-	-
7-Type de lésion bénigne	<b>50,7</b>	7a- 7b- 7c- 7d- 7e- 7f- 7g- 7h- 7i- 7j-	<b>0,34</b> <b>0,62</b> <b>0,59</b> <b>0,43</b> <b>0,61</b> <b>0,68</b> <b>0,88</b> * * <b>0,56</b>	oui	Problème de type B	<b>62,5</b>	- <b>0,62</b> <b>0,59</b> <b>0,43</b> <b>0,61</b> <b>0,68</b> <b>0,88</b> * * <b>0,56</b>
8- Type de lésion à risque élevé	<b>69,9</b>	8a- 8b- 8c- 8d-	<b>0,36</b> <b>0,67</b> * <b>0,48</b>	oui	Problème de type B	<b>89,7</b>	- <b>0,67</b> * <b>0,48</b>
9- Type général de lésions malignes	<b>99,3</b>	-	<b>0,99</b>	non	-	-	-
10- Grade de la lésion	<b>86,0</b>	10a- 10b-	<b>0,78</b> <b>0,86</b>	non	-	-	-
11-Envahissement vasculaire	<b>88,2</b>	-	<b>0,81</b>	non	-	-	-
12-Évidement ganglionnaire	<b>90,4</b>	-	<b>0,85</b>	non	-	-	-
13- Nombre de ganglions métastatiques	<b>98,5</b>	-	<b>0,97</b>	non	-	-	-
14- Nombre total de ganglions examinés	<b>97,8</b>	-	<b>0,96</b>	non	-	-	-

\* kappa non valide dû à la forte concordance sur la non-réponse

Problème de type A: Confusion entre examen mammographique et radiographie de la pièce biopsique.

Problème de type B: La case "aucune observée" n'est souvent pas cochée.

**Tableau 5 : Concordance entre les médecins experts spécialistes et les archivistes médicales pour le questionnaire de caractérisation et traitement du cancer**

Items du questionnaire	Proportion de concordance	Kappa	Item problématique	Identification du problème	Proportion de concordance après correction	Kappa après correction
1- Atteinte ganglionnaire axillaire	<b>57,1</b>	<b>0,23</b>	oui	problème de type A	<b>81,3</b>	<b>0,70</b>
2- Radiographie pulmonaire	<b>53,8</b>	<b>0,32</b>	oui	problème de type A	<b>68,1</b>	<b>0,52</b>
3- Scintigraphie osseuse	<b>50,5</b>	<b>0,35</b>	oui	problème de type A	<b>68,1</b>	<b>0,58</b>
4- Bilan hépatique (enzymes)	<b>47,3</b>	<b>0,23</b>	oui	problème de type A	<b>75,8</b>	<b>0,64</b>
5- Bilan hépatique (échographie du foie)	<b>48,4</b>	<b>0,30</b>	oui	problème de type A	<b>75,8</b>	<b>0,66</b>
6- Autre atteinte métastatique	<b>60,4</b>	<b>-0,1</b>	oui	problème de type A	<b>100,0</b>	<b>1,0</b>
7- État des récepteurs hormonaux (RO)	<b>70,3</b>	<b>0,51</b>	oui	problème de type A	<b>76,9</b>	<b>0,62</b>
8- État des récepteurs hormonaux (RP)	<b>68,1</b>	<b>0,54</b>	oui	problème de type A	<b>75,0</b>	<b>0,63</b>
9- Date de la mastectomie	<b>52,7</b>	-	oui	aucune solution	-	-
10- Type de mastectomie	<b>64,8</b>	<b>0,14</b>	oui	problème de type B	-	-
11- Dissection axillaire	<b>71,4</b>	<b>0,51</b>	oui	problème de type A	<b>75,8</b>	<b>0,59</b>
12- Échantillonnage ganglionnaire axillaire	<b>63,7</b>	<b>0,14</b>	oui	problème de type A	<b>84,6</b>	<b>0,69</b>
13- Radiothérapie complémentaire au sein	<b>76,9</b>	<b>0,45</b>	oui	aucune solution	-	-
14- Chimiothérapie adjuvante	<b>92,3</b>	<b>0,76</b>	non	-	-	-
15- Hormonothérapie adjuvante	<b>74,7</b>	<b>0,44</b>	oui	aucune solution	-	-
16- Traitement expérimental	<b>100,0</b>	<b>1,0</b>	non	-	-	-
17- Autre traitement	<b>100,0</b>	<b>1,0</b>	non	-	-	-
18- Aucun traitement	<b>92,3</b>	*	non	-	-	-
19- Taille de la tumeur primaire	<b>70,3</b>	<b>0,64</b>	oui	Problème de type C et D	<b>75,8</b> (correction sur C) <b>97,1</b> (n=70, correction sur C et D)	<b>0,56</b>  <b>0,93</b>
20- Envahissement ganglionnaire	<b>53,8</b>	<b>0,25</b>	oui	Problème de type D et E	<b>60,0</b> (correction sur E) <b>82,0</b> (n=66, correction sur E et D)	<b>0,34</b>  <b>0,72</b>
21- Métastases à distance	<b>64,8</b>	<b>0,00</b>	oui	Problème de type D	<b>94,0</b> (n=62)	*
22-Résultat du stade pathologique	<b>63,7</b>	<b>0,50</b>	oui	Problème de type D	<b>95,0</b> (n=69)	<b>0,65</b>

\* kappa non valide à cause du taux de prévalence de la condition.

Problème de type A : L'archiviste a codé non fait alors que le spécialiste a non répondu ou vice-versa. On corrige en mettant les deux à non répondu.

Problème de type B : Pour les tumorectomies, l'archiviste a choisi de coder mastectomie partielle alors que le spécialiste a non répondu. Aucune correction n'est effectuée

Problème de type C : L'archiviste et le spécialiste code de façon différente les sous-classes T1a, T1b, T1c. On corrige en ne faisant aucune distinction entre ces sous-classes (toutes T1).

Problème de type D : L'archiviste a répondu alors que le spécialiste a non répondu ou vice versa. On élimine complètement les non-réponses.

Problème de type E : L'archiviste et le spécialiste codent de façon différente les sous-classes pN1a, pN1b, pN1bi, pN1bii, pN1biii et pN1biv. On corrige en faisant aucune distinction entre ces sous-classes (tous pN1).

Figure 2a : Distribution des résultats par archiviste médicale pour le questionnaire de confirmation diagnostique

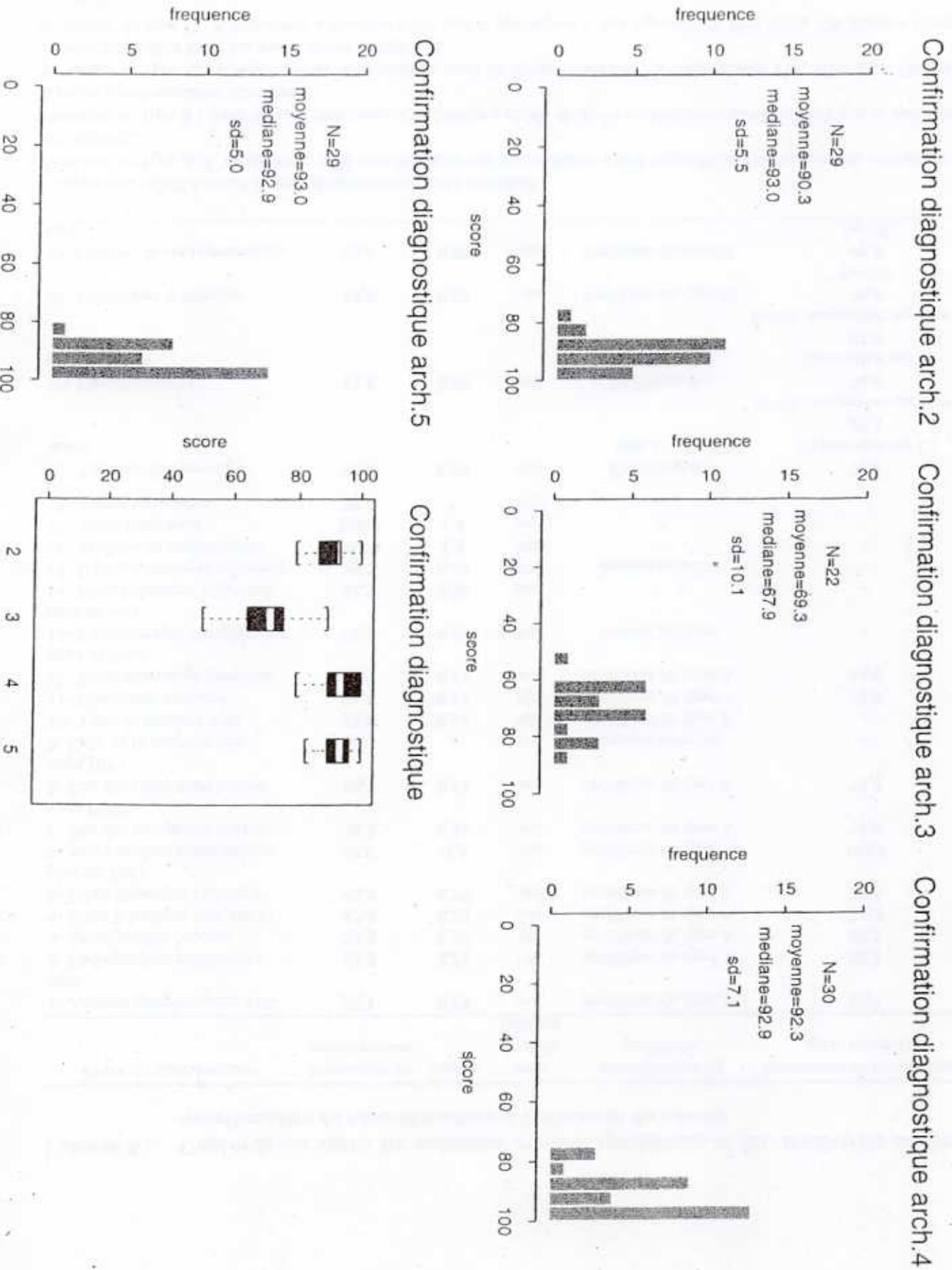
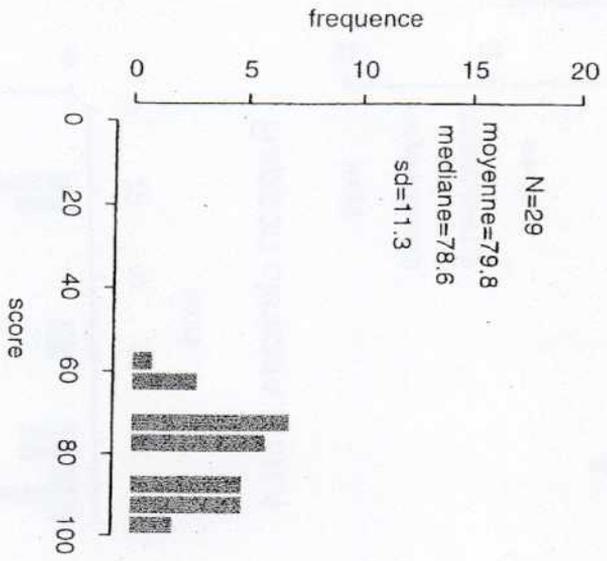
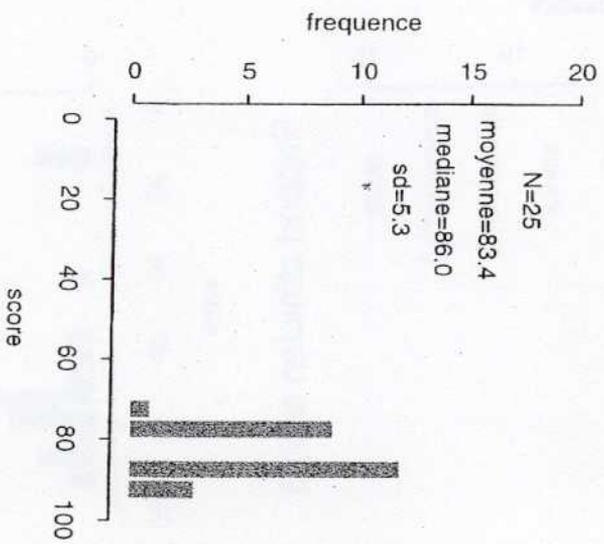


Figure 2b : Distribution des résultats par archiviste médicale pour le questionnaire de pathologie

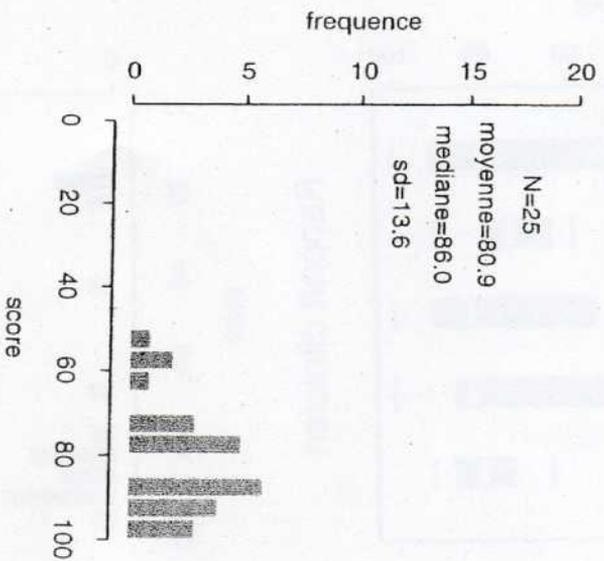
Pathologie arch.1



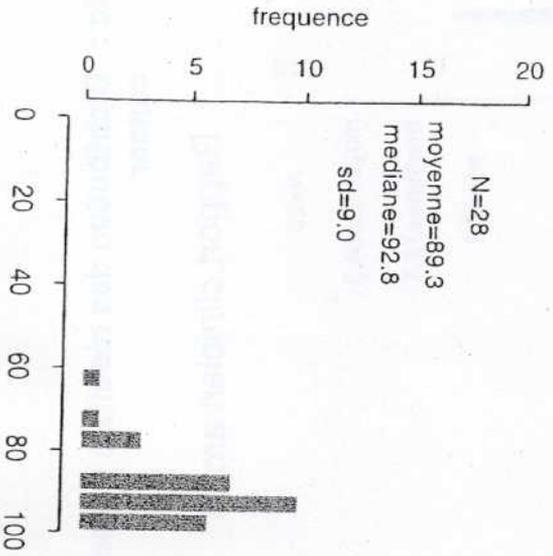
Pathologie arch.2



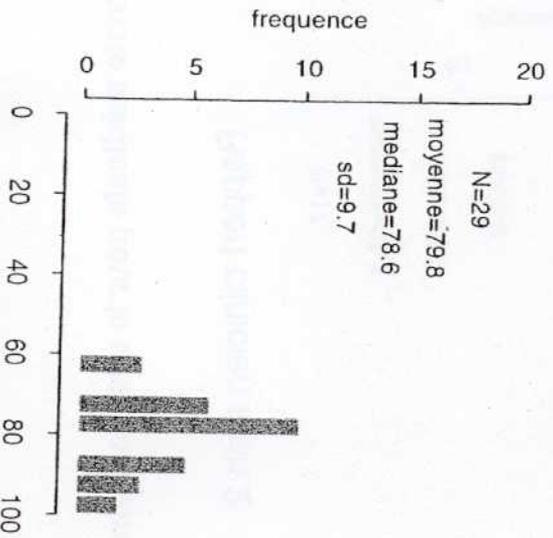
Pathologie arch.3



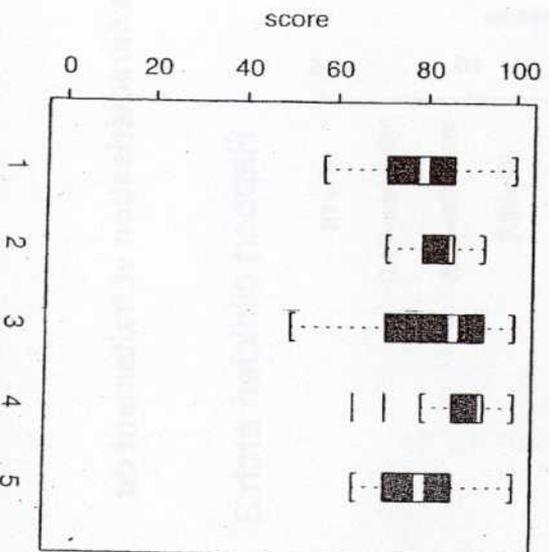
Pathologie arch.4



Pathologie arch.5

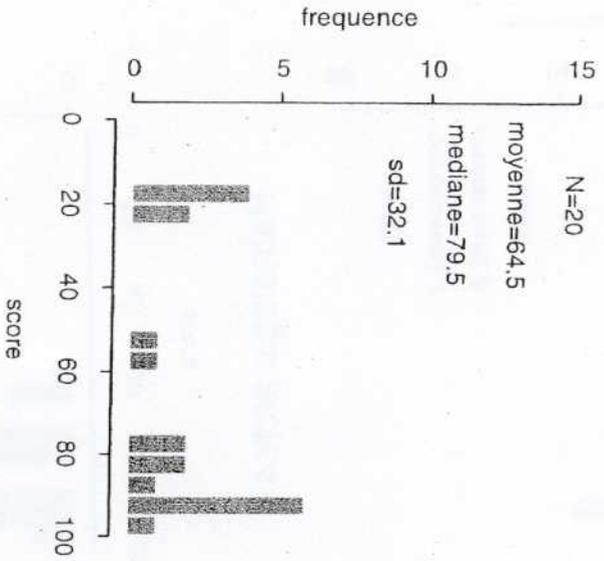


Pathologie

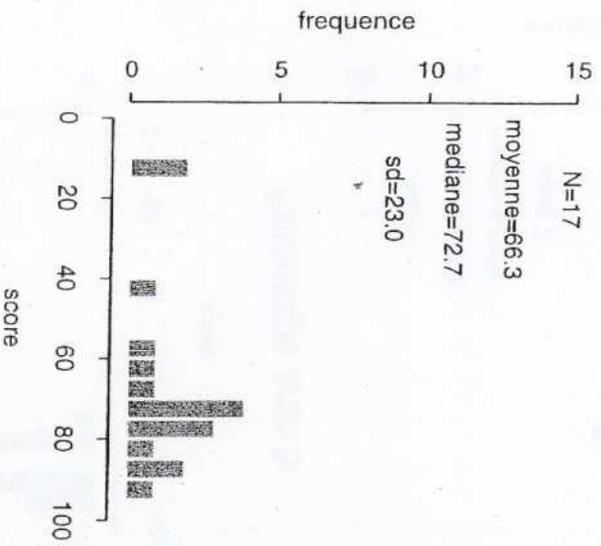


**Figure 2c : Distribution des résultats par archiviste médicale pour le questionnaire de caractérisation et traitement du cancer**

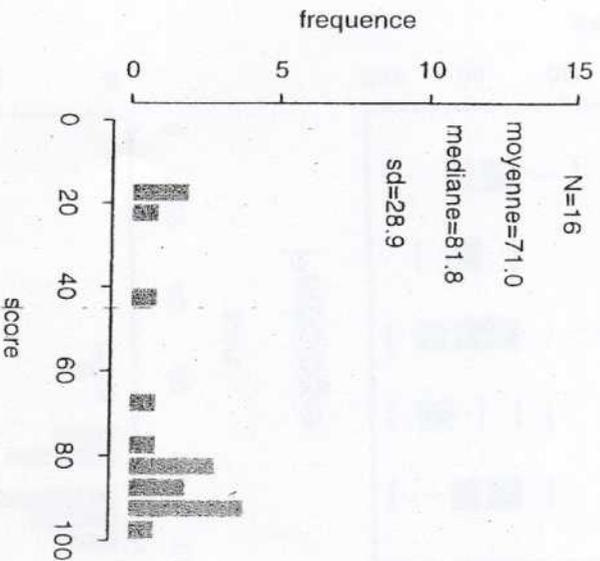
**Rapport clinicien arch.1**



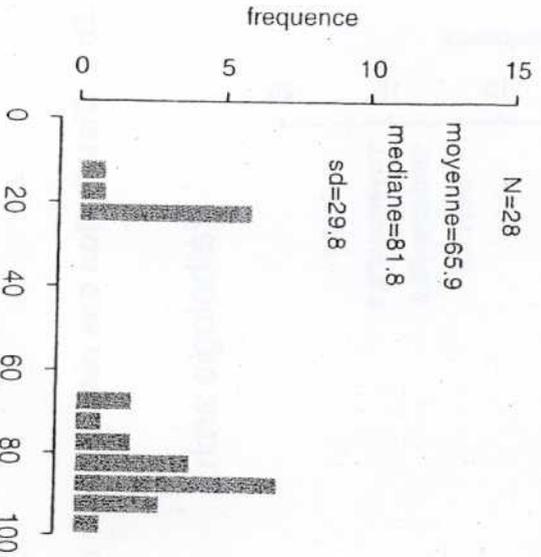
**Rapport clinicien arch.2**



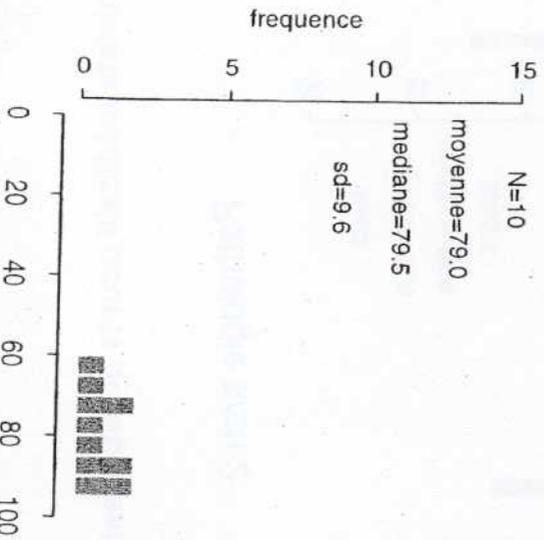
**Rapport clinicien arch.3**



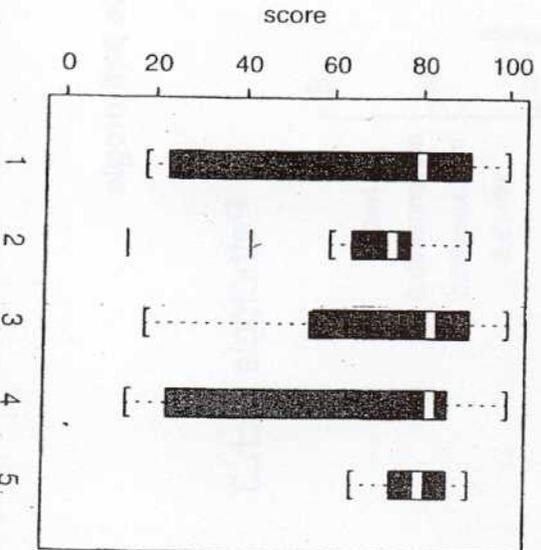
**Rapport clinicien arch.4**



**Rapport clinicien arch.5**



**Rapport clinicien**



**Figure 3a : Distribution des résultats par médecin expert radiologiste pour le questionnaire de confirmation diagnostique**

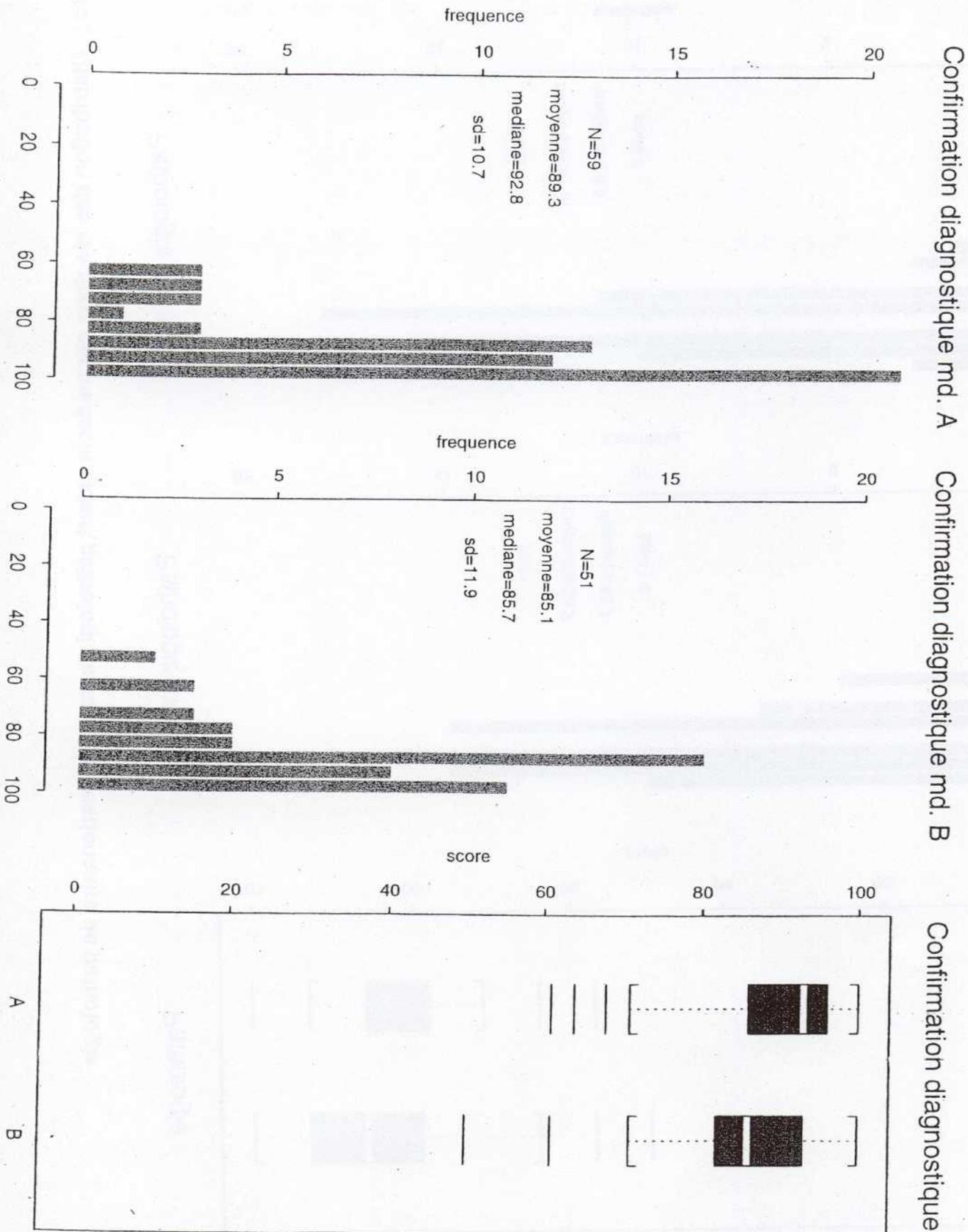


Figure 3b : Distribution des résultats par médecin expert pathologiste pour le questionnaire de pathologie

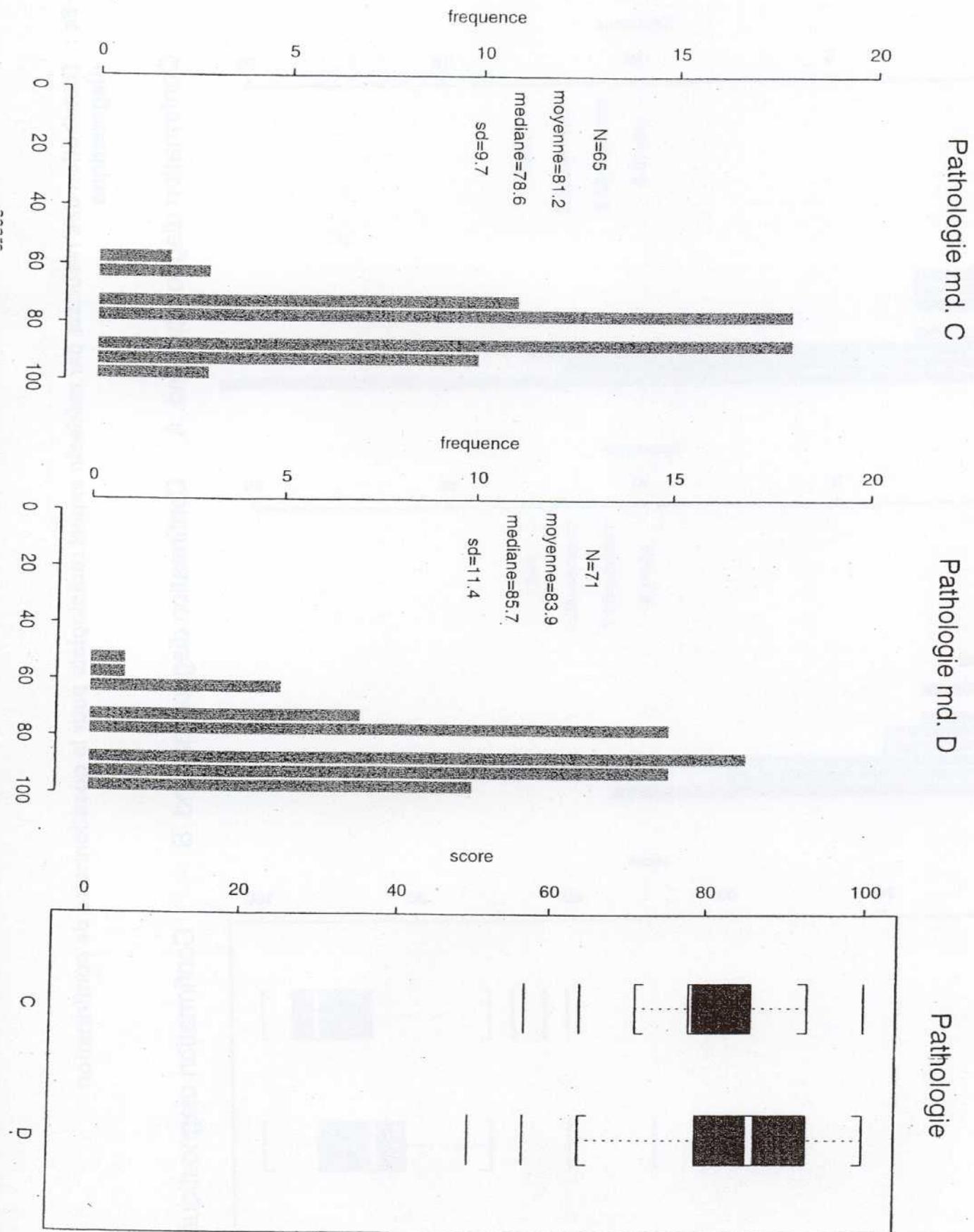
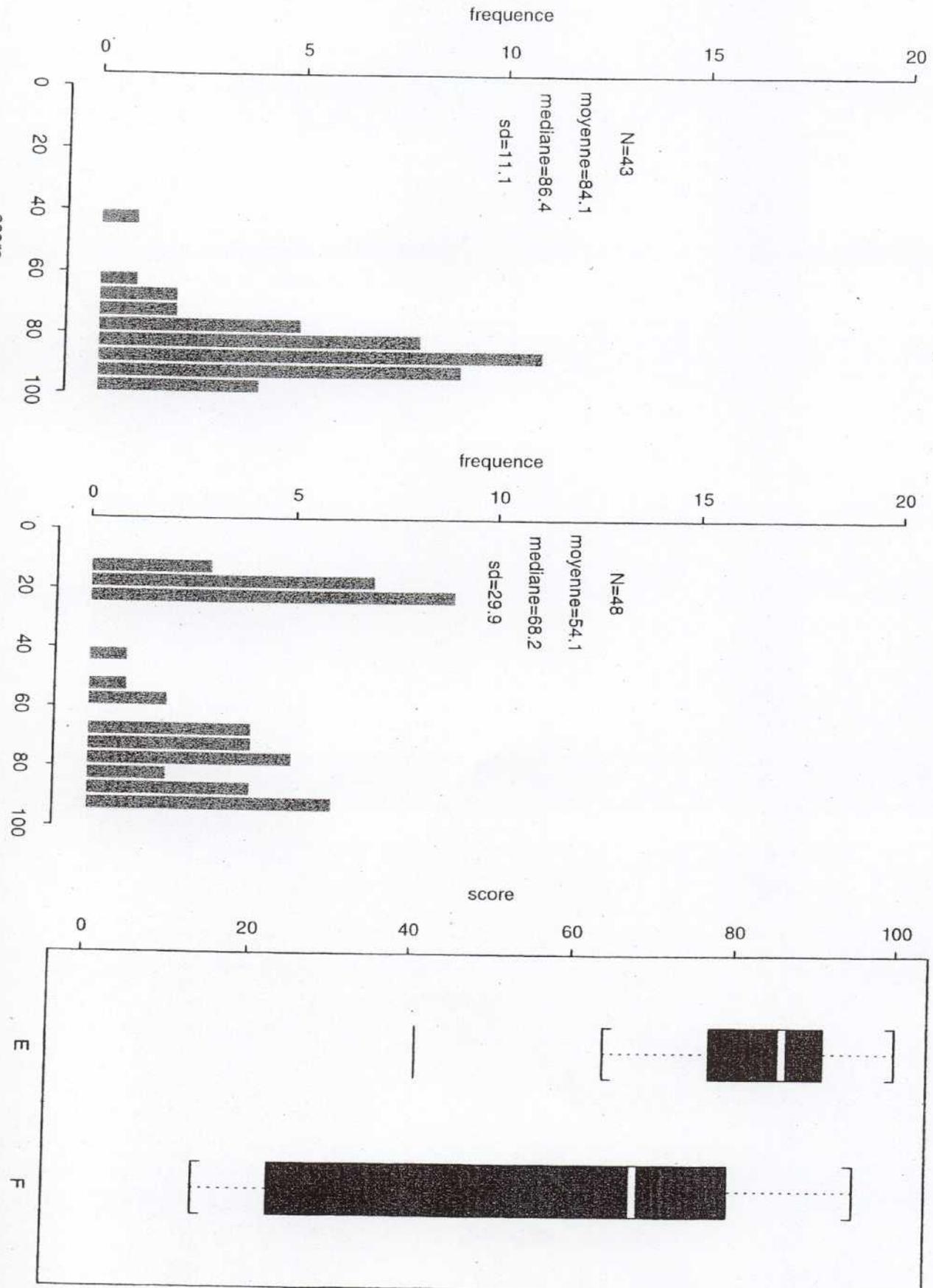


Figure 3c : Distribution des résultats par médecin expert chirurgien pour le questionnaire de caractérisation et traitement du cancer

Rapport clinicien md. E

Rapport clinicien md. F

Rapport clinicien



## **ANNEXE A**

### **Rapport de confirmation diagnostique**



# RAPPORT DE CONFIRMATION DIAGNOSTIQUE Partie II

## IDENTIFICATION DE LA PARTICIPANTE

### 1. IDENTIFICATION DU CENTRE

Nom de l'établissement	
Adresse de l'établissement (N° civique, rue)	N° bureau
Ville	Code postal
Code (RAMQ) de l'établissement	

Nom		N° de permis	
Médicin		Date	
a	m	j	

### 3. EXAMENS RÉALISÉS (suite)

#### B) Examens radiologiques de confirmation diagnostique

<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> P Incidences supplémentaires	<input type="checkbox"/> M Agrandissements	<input type="checkbox"/> S Compression	<input type="checkbox"/> U Échographie	<input type="checkbox"/> F Comparaison avec clichés antérieurs	<input type="checkbox"/> Sein droit	<input type="checkbox"/> Sein gauche	<input type="checkbox"/> Sein droit	<input type="checkbox"/> Sein gauche	<input type="checkbox"/> Sein droit	<input type="checkbox"/> Sein gauche	<input type="checkbox"/> Sein droit	<input type="checkbox"/> Sein gauche
Date													
a m j													
_____													
_____													
_____													
_____													

Nom	N° de permis
Médicin	_____

Résultat :  Concluant (complétez la section 4)  Examens supplémentaires nécessaires

#### Détails du résultat des examens radiologiques de confirmation diagnostique :

<input type="checkbox"/> 1N Confirmation diagnostique radiologique négative, revoir dans 2 ans	<input type="checkbox"/> 4T Biopsie au trocart échoguidée suggérée
<input type="checkbox"/> 2N Confirmation diagnostique radiologique bénigne, revoir dans 2 ans <input type="checkbox"/> masse <input type="checkbox"/> microcalcifications <input type="checkbox"/> autres : _____	<input type="checkbox"/> 4Y Biopsie chirurgicale suggérée
<input type="checkbox"/> 3 Confirmation diagnostique radiologique probablement bénigne, revoir dans _____ mois <input type="checkbox"/> masse <input type="checkbox"/> microcalcifications <input type="checkbox"/> autres : _____	<input type="checkbox"/> 5 Confirmation diagnostique radiologique hautement suggestive de malignité
<input type="checkbox"/> 4 Confirmation diagnostique radiologique modérément suspecte <input type="checkbox"/> masse <input type="checkbox"/> densité asymétrique <input type="checkbox"/> microcalcifications <input type="checkbox"/> distorsion <input type="checkbox"/> autres : _____	<input type="checkbox"/> 5B Aspiration à l'aiguille fine stéréoguidée suggérée
<input type="checkbox"/> 4B Aspiration à l'aiguille fine stéréoguidée suggérée	<input type="checkbox"/> 5L Aspiration à l'aiguille fine échoguidée suggérée
<input type="checkbox"/> 4L Aspiration à l'aiguille fine échoguidée suggérée	<input type="checkbox"/> 5H Biopsie au trocart stéréoguidée suggérée
<input type="checkbox"/> 4H Biopsie au trocart stéréoguidée suggérée	<input type="checkbox"/> 5T Biopsie au trocart échoguidée suggérée
	<input type="checkbox"/> 5Y Biopsie chirurgicale suggérée
	<input type="checkbox"/> 6 Autres (ABBI, etc.), spécifier : _____

#### C) Examens invasifs de confirmation diagnostique

<input type="checkbox"/> A <b>Aspiration à l'aiguille fine</b>			
Sein droit :	<input type="checkbox"/> Échoguidée	<input type="checkbox"/> Stéréoguidée	<input type="checkbox"/> Guidée cliniquement
Sein gauche :	<input type="checkbox"/> Échoguidée	<input type="checkbox"/> Stéréoguidée	<input type="checkbox"/> Guidée cliniquement
Kyste :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Cytologie demandée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Nom	N° de permis	Date
Médicin	_____	_____

Résultat :  Concluant (complétez la section 4)  Examens supplémentaires nécessaires

<input type="checkbox"/> T <b>Biopsie au trocart</b>			
Sein droit :	<input type="checkbox"/> Échoguidée	<input type="checkbox"/> Stéréoguidée	<input type="checkbox"/> Guidée cliniquement
Sein gauche :	<input type="checkbox"/> Échoguidée	<input type="checkbox"/> Stéréoguidée	<input type="checkbox"/> Guidée cliniquement

Nom	N° de permis	Date
Médicin	_____	_____

Résultat :  Concluant (complétez la section 4)  Examens supplémentaires nécessaires

# RAPPORT DE CONFIRMATION DIAGNOSTIQUE

## Partie III

ANNEXE - A

### IDENTIFICATION DE LA PARTICIPANTE

#### 1. IDENTIFICATION DU CENTRE

Nom de l'établissement	
Adresse de l'établissement (N° civique, rue)	N° bureau
Ville	Code postal
Code (RAMQ) de l'établissement	

#### 3. EXAMENS RÉALISÉS (suite)

##### C) Examens invasifs de confirmation diagnostique (suite)

###### I Biopsie incisionnelle

Sein droit :  Stéréoguidée  Ouverte      Sein gauche :  Stéréoguidée  Ouverte

Médecin  Nom  N° de permis  Date  a  m  j

Résultat :  Concluant (complétez la section 4)  Examens supplémentaires nécessaires

###### E Biopsie excisionnelle

Sein droit :  Stéréoguidée  Ouverte      Sein gauche :  Stéréoguidée  Ouverte

Médecin  Nom  N° de permis  Date  a  m  j

Résultat :  Concluant (complétez la section 4)  Examens supplémentaires nécessaires

###### M Mastectomie partielle

Sein droit  Sein gauche

Médecin  Nom  N° de permis  Date  a  m  j

Résultat :  Concluant (complétez la section 4)  Examens supplémentaires nécessaires

###### G Autres manoeuvres diagnostiques invasives (incluant système ABBI), décrire :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sein droit  Sein gauche

Médecin  Nom  N° de permis  Date  a  m  j

Résultat :  Concluant (complétez la section 4)  Examens supplémentaires nécessaires

#### 4. CONCLUSION DE LA CONFIRMATION DIAGNOSTIQUE

Résultat :  Normal  Bénin  Malin  À risque

Contrôle requis :  Oui, dans \_\_\_\_\_ mois      Référé à un intervenant psychosocial :  Oui  Non

Médecin  Nom  N° de permis  a  m  j

Signature du médecin  Date  a  m  j

Date de l'envoi du rapport au  
MÉDECIN TRAITANT

a m j

Date de l'envoi du rapport au  
CENTRE DE DÉPISTAGE

a m j

Date de l'envoi du rapport au  
PILOTE PROVINCIAL

a m j

**ANNEXE B**

**Rapport de pathologie**



# RAPPORT DE PATHOLOGIE

## Partie II

## IDENTIFICATION DE LA PARTICIPANTE

## 1. IDENTIFICATION DU CENTRE

Nom de l'établissement (Département de pathologie)	
Adresse de l'établissement (N° civique, rue)	N° bureau
Ville	Code postal
Code (RAMQ) de l'établissement	

## 4. DIAGNOSTIC HISTOPATHOLOGIQUE (suite)

## C1) Carcinome canalaire in situ (intra-canalair, non-envahissant)

Aspect architectural (indiquer tous les types) :

 Micropapillaire     Cribriforme     Papillaire     Comédocarcinome     Solide

 Grade nucléaire :     (I)     (II)     (III)     Non évaluable    Nécrose :     Absente     Présente

Aspect général :

 Localisé    Diamètre maximal mesurable : \_\_\_\_\_ cm  
 Non-localisé    Nombre de lames contenant la lésion : \_\_\_\_\_ lames    Nombre total de lames examinées : \_\_\_\_\_ lames
Microinvasion :     Aucune observée     Douteuse

## C2) Carcinome infiltrant (envahissant)

Diamètre maximal (composante envahissante) : \_\_\_\_\_ cm

Type histologique :

 Carcinome canalaire, sans autre indication (SAI)     Carcinome tubuleux (tubulaire)  
 Carcinome cribriforme     Carcinome médullaire  
 Carcinome mucineux     Carcinome papillaire  
 Carcinome lobulaire     Autre, spécifier : \_\_\_\_\_

 Grade histologique :     (I)     (II)     (III)     Non évaluable    Envahissement vasculaire (sanguin ou lymphatique) :     Présent     Aucun observé

Composante intra-canalair :

 Absente  
 Présente    Quelle proportion de la masse tumorale est constituée de carcinome in situ?  
 Faible (< 25%)     Modérée (≥ 25%, < 75%)     Importante (≥ 75%, < 90%)     Massive (≥ 90%)

Le carcinome in situ se retrouve à distance de la masse tumorale dominante

(> 2 mm ou > 1 grand champ à 10.0X)     Non     Oui

## C3) Autres renseignements

Maladie de Paget :     Absente     Présente     Ne s'applique pasTumeur infiltrante :     Atteint le plan d'exérèse     N'atteint pas le plan d'exérèse     Ne s'applique pasCarcinome in situ :     Atteint le plan d'exérèse     N'atteint pas le plan d'exérèse     Ne s'applique pasÉvidement ganglionnaire axillaire :     Non     Oui    Nombre de ganglions métastatiques : \_\_\_\_\_    Nombre total de ganglions examinés : \_\_\_\_\_

Commentaires / informations supplémentaires

Pathologiste

Nom

N° de permis

Signature

Date

a    m    j

## **ANNEXE C**

**Rapport détaillé du clinicien concernant le cancer du sein**

# RAPPORT DÉTAILLÉ DU CLINICIEN CONCERNANT LE CANCER DU SEIN

## Partie I

### 1. IDENTIFICATION DU CENTRE

Nom de l'établissement	
Adresse de l'établissement (N° civique, rue)	N° bureau
Ville	Code postal
Code (RAMQ) de l'établissement	

### IDENTIFICATION DE LA PARTICIPANTE

Nom (et prénoms)		Prénoms	
N° d'identification		N° de dossier	
Adresse (N° civique, rue) CP app.			
Ville		Code postal	Centre postal
Ind. rég.		Ind. rég.	Langue d'origine
Téléphone (résidence)		Téléphone (autre)	
		<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Arabe	

### 2. BILAN MÉTASTATIQUE

Atteinte ganglionnaire axillaire :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Inconnu
Radiographie pulmonaire :	<input type="checkbox"/> Non fait	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bénin <input type="checkbox"/> Suspect <input type="checkbox"/> Malin
Scintigraphie osseuse :	<input type="checkbox"/> Non fait	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bénin <input type="checkbox"/> Suspect <input type="checkbox"/> Malin
Bilan hépatique :			
1) Enzymes :	<input type="checkbox"/> Non fait	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
2) Échographie du foie :	<input type="checkbox"/> Non fait	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bénin <input type="checkbox"/> Suspect <input type="checkbox"/> Malin
Autre atteinte métastatique :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, site :	

### 3. ÉTAT DES RÉCEPTEURS HORMONAUX

RO :	<input type="checkbox"/> Non fait	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif :	(biochimie) : _____ fmol/mg protéine	(immunohistochimie) : _____ %
RP :	<input type="checkbox"/> Non fait	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif :	(biochimie) : _____ fmol/mg protéine	(immunohistochimie) : _____ %

### 4. TRAITEMENTS (autres que la technique chirurgicale)

<input type="checkbox"/> Radiothérapie complémentaire au sein :	Date de début du traitement	a	m	j
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie adjuvante :	Date de début du traitement	a	m	j
Plan de traitement :	Type de chimiothérapie :	Nombre de cycles :		
<input type="checkbox"/> Hormonothérapie adjuvante :	Date de début du traitement	a	m	j
Agent employé :	<input type="checkbox"/> Tamoxifen	<input type="checkbox"/> Autres, spécifier :		
<input type="checkbox"/> Traitement expérimental :	Date de début du traitement	a	m	j
Titre du protocole :	Investigateur principal :			
<input type="checkbox"/> Autre traitement (incluant le traitement de maladie d'emblée métastatique) :	_____			
<input type="checkbox"/> Aucun				

# RAPPORT DÉTAILLÉ DU CLINICIEN CONCERNANT LE CANCER DU SEIN

## Partie II

### 1. IDENTIFICATION DU CENTRE

Nom de l'établissement	
Adresse de l'établissement (N° civique, rue)	N° bureau
Ville	Code postal
Code (RAMQ) de l'établissement	

### IDENTIFICATION DE LA PARTICIPANTE

Nom et prénom		Prénoms	
N° de l'assurance maladie		N° de l'assurance	
Adresse (n° civique, rue)		N° sup.	
Ville	Code postal	Code postal	Suppl. code
Ind. rég.	Téléphone (résidence)	Ind. rég.	Téléphone (autre)
		Langue choisie	
		<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	

### 5. RAPPORT DE LA TECHNIQUE CHIRURGICALE

#### A) Première biopsie positive

- Date de la première biopsie positive: a | m | j
- Type de prélèvement pour cette biopsie:  Trocart  Aiguille fine (aspiration)  Incisionnel  Excisionnel

#### B) Mastectomie

- Date de la mastectomie: a | m | j
- Type de mastectomie:  Partielle (segmentectomie)  Totale  Autre

#### Dans les cas de mastectomie « Partielle » ou « Autre » :

- Vérification de la marge de résection par le pathologiste:
  - Congélation:  Non  Oui
  - Examen macroscopique:  Non  Oui
- Exérèse du mamelon:  Non  Oui, pourquoi: \_\_\_\_\_
- Parenchyme mammaire refermé:  Non  Oui
- Drain utilisé:  Non  Oui

#### C) Dissection axillaire

- Non  Oui

#### Si « Oui » :

- Date de la dissection axillaire: a | m | j
- Limites anatomiques:
  - médianes: dissection des ganglions sous le petit pectoral  Non  Oui
  - latérales: visualisation du grand dorsal  Non  Oui
  - supérieures: visualisation de la veine axillaire  Non  Oui
- Nerfs identifiés:
  - grand dentelé:  Non  Oui
  - grand dorsal:  Non  Oui
  - grand pectoral:  Non  Oui
- Utilisation de cathéters d'aspiration:  Non  Oui

#### D) Échantillonnage ganglionnaire axillaire seulement

- Non  Oui

#### E) Tissus mous

- La tumeur est-elle fixée à la peau:  Non  Oui
- La tumeur est-elle fixée au fascia:  Non  Oui
- L'aponévrose du pectoral a été réséquée:  Non  Oui
- Le petit pectoral a été sectionné:  Non  Oui
- Le petit pectoral a été réséqué:  Non  Oui, pourquoi: \_\_\_\_\_
- Le grand pectoral a été sectionné:  Non  Oui
- Le grand pectoral a été réséqué:  Non  Oui, pourquoi: \_\_\_\_\_

# RAPPORT DÉTAILLÉ DU CLINICIEN CONCERNANT LE CANCER DU SEIN

## Partie III

### 1. IDENTIFICATION DU CENTRE

Nom de l'établissement	
Adresse de l'établissement (N° civique, rue)	N° bureau
Ville	Code postal
Code (RAMQ) de l'établissement	

### IDENTIFICATION DE LA PARTICIPANTE

Nom (Prénom, nom de famille)		Titulaire	
N° de la carte d'assurance		N° de la feuille	
Adresse (N° civique, rue)		N° étage	
Ville	Code postal	Code régional	Succursale
Ind. rég.	Téléphone (résidence)	Ind. rég.	Téléphone (travail)
Langue choisie		<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	

### 6. ÉVALUATION DU STADE PATHOLOGIQUE DU CANCER DU SEIN (TNM) (Référence : American Joint Committee on Cancer, 1992)

<input type="checkbox"/> TX impossibilité de confirmer une tumeur primaire <input type="checkbox"/> T0 pas d'évidence de tumeur primaire <input type="checkbox"/> Tis carcinome <i>in situ</i> : carcinome canalaire ou lobulaire, ou maladie de Paget mamelonnaire sans tumeur <input type="checkbox"/> T1 tumeur ≤ 2 cm <input type="checkbox"/> T1a tumeur ≤ 0,5 cm <input type="checkbox"/> T1b 0,5 cm < tumeur ≤ 1 cm <input type="checkbox"/> T1c 1 cm < tumeur ≤ 2 cm <input type="checkbox"/> T2 2 cm < tumeur ≤ 5 cm <input type="checkbox"/> T3 tumeur > 5 cm <input type="checkbox"/> T4 tumeur de toutes dimensions fixée à la paroi thoracique ou avec invasion de la peau <input type="checkbox"/> T4a fixée à la paroi thoracique <input type="checkbox"/> T4b oedème (incluant peau d'orange) ou ulcération de la peau du sein ou nodules satellites de la peau confinés au même sein <input type="checkbox"/> T4c à la fois T4a et T4b <input type="checkbox"/> T4d carcinome inflammatoire	<input type="checkbox"/> pNX impossible de confirmer l'état des ganglions (ex : enlevés antérieurement, non disséqués) <input type="checkbox"/> pN0 pas de métastase régionale des ganglions lymphatiques <input type="checkbox"/> pN1 métastases des ganglions lymphatiques axillaires ipsilatéraux non fixés <input type="checkbox"/> pN1a micrométastases seulement (tous ≤ 0,2 cm) <input type="checkbox"/> pN1b métastases des ganglions lymphatiques (au moins 1 ganglion > que 0,2 cm) <input type="checkbox"/> pN1bi métastases de 1 à 3 ganglions lymphatiques (au moins 1 ganglion > que 0,2 cm et tous < 2 cm) <input type="checkbox"/> pN1bii métastases à plus de 4 ganglions lymphatiques (au moins 1 ganglion > que 0,2 cm et tous < 2 cm) <input type="checkbox"/> pN1biii extension de la tumeur au-delà de la capsule d'un ganglion métastatique > 2 cm <input type="checkbox"/> pN1biv métastase d'un ganglion de plus de 2 cm <input type="checkbox"/> pN2 métastases aux ganglions lymphatiques axillaires ipsilatéraux fixés entre eux ou à plusieurs autres structures <input type="checkbox"/> pN3 métastases aux ganglions mammaires internes ipsilatéraux	<input type="checkbox"/> MX impossibilité de confirmer la présence de métastases à distance <input type="checkbox"/> M0 pas de métastases à distance <input type="checkbox"/> M1 métastases à distance (incluant les métastases aux ganglions sus-claviculaires ipsilatéraux)
---	---	---

### RÉSULTAT DU STADE PATHOLOGIQUE DU CANCER DU SEIN

STADE	T	N	M
<input type="checkbox"/> 0	Tis	N0	M0
<input type="checkbox"/> I	T1	N0	M0
<input type="checkbox"/> IIA	T0	N1	M0
<input type="checkbox"/>	T1	N1	M0
<input type="checkbox"/>	T2	N0	M0
<input type="checkbox"/> IIB	T2	N1	M0
<input type="checkbox"/>	T3	N0	M0
<input type="checkbox"/> IIIA	T0	N2	M0
<input type="checkbox"/>	T1	N2	M0
<input type="checkbox"/>	T2	N2	M0
<input type="checkbox"/>	T3	N1	M0
<input type="checkbox"/> IIIB	T4	N0 à N2	M0
<input type="checkbox"/>	Tis à T4	N3	M0
<input type="checkbox"/> IV	Tis à T4 (incluant TX)	N0 à N3 (incluant NX)	M1
<input type="checkbox"/> Indéterminé	TX	N0 à N3	MX
<input type="checkbox"/>	Tis à T4	NX	MX
<input type="checkbox"/>	TX	NX	MX

Date de l'envoi du rapport au médecin traitant

a m j

Date de l'envoi du rapport à la coordonnatrice locale

a m j

Médecin

Nom

Signature

N° de permis

## **ANNEXE D**

**Description des questions étudiées pour l'analyse des questionnaires  
standardisés de confirmation diagnostique**

## ANNEXE D

### Description des questions étudiées pour l'analyse des questionnaires standardisés de confirmation diagnostique

#### **Question 1 : Examen des seins**

Choix de réponse : non répondu, sein droit, sein gauche, les deux seins

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

#### **Question 2 : Lésion suspecte décelée à la mammographie (sein droit)**

Choix de réponse : non répondu, palpable, non palpable, douteux

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

#### **Question 3 : Lésion suspecte décelée à la mammographie (sein gauche)**

Choix de réponse : non répondu, palpable, non palpable, douteux

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

#### **Question 4 : Ganglions sus-claviculaires (sein droit)**

Choix de réponse : non répondu, absents, non suspects, suspects

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

#### **Question 5 : Ganglions sus-claviculaires (sein gauche)**

Choix de réponse : non répondu, absents, non suspects, suspects

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 6 : Ganglions axillaires (sein droit)**

Choix de réponse : non répondu, absents, non suspects, suspects

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 7 : Ganglions axillaires (sein gauche)**

Choix de réponse : non répondu, absents, non suspects, suspects

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 8 : Résultat examen physique**

Choix de réponse : non répondu, concluant, examens supplémentaires nécessaires

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 9 : Examens radiologiques de confirmation diagnostique (aucun)**

Choix de réponse : coché, pas coché

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 10 : Examens radiologiques de confirmation diagnostique (incidences supplémentaires)**

**Sous-question 10a : Incidences supplémentaires**

Choix de réponse : coché, pas coché

**Sous-question 10b: Incidences supplémentaires (latéralité)**

Choix de réponse : non répondu, sein droit, sein gauche, les deux seins

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse à ces deux sous-questions.

**Question 11 : Examens radiologiques de confirmation diagnostique (agrandissements)**

**Sous-question 11a : Agrandissements**

Choix de réponse : coché, pas coché

**Sous-question 11b : Agrandissements (latéralité)**

Choix de réponse : non répondu, sein droit, sein gauche, les deux seins

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse à ces deux sous-questions.

**Question 12 : Examens radiologiques de confirmation diagnostique (compression)**

**Sous-question 12a : Compression**

Choix de réponse : coché, pas coché

**Sous-question 12b : Compression (latéralité)**

Choix de réponse : non répondu, sein droit, sein gauche, les deux seins

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse à ces deux sous-questions.

**Question 13 : Examens radiologiques de confirmation diagnostique (échographie)**

**Sous-question 13a : Échographie**

Choix de réponse : coché, pas coché

**Sous-question 13b : Échographie (latéralité)**

Choix de réponse : non répondu, sein droit, sein gauche, les deux seins

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse à ces deux sous-questions.

**Question 14 : Examens radiologiques de confirmation diagnostique (comparaison avec clichés antérieurs)**

Choix de réponse : coché, pas coché

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 15 : Résultat examens radiologiques de confirmation diagnostique**

Choix de réponse : non répondu, concluant, examens supplémentaires nécessaires

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 16 : Examens invasifs de confirmation diagnostique (aspiration à l'aiguille fine)**

**Sous-question 16a : Aspiration à l'aiguille fine**

Choix de réponse : coché, pas coché

**Sous-question 16b : Aspiration à l'aiguille fine (sein droit)**

Choix de réponse : non répondu, échoguidée, stéréoguidée, guidée cliniquement

**Sous-question 16c : Aspiration à l'aiguille fine (sein gauche)**

Choix de réponse : non répondu, échoguidée, stéréoguidée, guidée cliniquement

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse à ces trois sous-questions.

**Question 17: Résultat examens invasifs de confirmation diagnostique (kyste)**

Choix de réponse : non répondu, oui, non

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 18: Résultat examens invasifs de confirmation diagnostique (cytologie demandée)**

Choix de réponse : non répondu, oui, non

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 19 : Examens invasifs de confirmation diagnostique (biopsie au trocart)**

**Sous-question 19a : Biopsie au trocart**

Choix de réponse : coché, pas coché

**Sous-question 19b : Biopsie au trocart (sein droit)**

Choix de réponse : non répondu, échoguidée, stéréoguidée, guidée cliniquement

**Sous-question 19c : Biopsie au trocart (sein gauche)**

Choix de réponse : non répondu, échoguidée, stéréoguidée, guidée cliniquement

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse à ces trois sous-questions.

**Question 20 : Résultat biopsie au trocart**

Choix de réponse : non répondu, concluant, examens supplémentaires nécessaires

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 21 : Examens invasifs de confirmation diagnostique (biopsie incisionnelle)**

**Sous-question 21a : Biopsie incisionnelle**

Choix de réponse : coché, pas coché

**Sous-question 21b : Biopsie incisionnelle (sein droit)**

Choix de réponse : non répondu, stéréoguidée, ouverte

**Sous-question 21c : Biopsie incisionnelle (sein gauche)**

Choix de réponse : non répondu, stéréoguidée, ouverte

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse à ces trois sous-questions.

**Question 22 : Résultat biopsie incisionnelle**

Choix de réponse : non répondu, concluant, examens supplémentaires nécessaires

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 23 : Examens invasifs de confirmation diagnostique (biopsie excisionnelle)**

**Sous-question 23a : Biopsie excisionnelle**

Choix de réponse : coché, pas coché

**Sous-question 23b : Biopsie excisionnelle (sein droit)**

Choix de réponse : non répondu, stéréoguidée, ouverte

**Sous-question 23c : Biopsie excisionnelle (sein gauche)**

Choix de réponse : non répondu, stéréoguidée, ouverte

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse à ces trois sous-questions.

**Question 24 : Résultat biopsie excisionnelle**

Choix de réponse : non répondu, concluant, examens supplémentaires nécessaires

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 25 : Examens invasifs de confirmation diagnostique (mastectomie partielle)**

**Sous-question 25a : Mastectomie partielle**

Choix de réponse : coché, pas coché

**Sous-question 25b : Mastectomie partielle**

Choix de réponse : non répondu, sein droit, sein gauche, les deux seins

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse à ces deux sous-questions.

**Question 26 : Résultat mastectomie partielle**

Choix de réponse : non répondu, concluant, examens supplémentaires nécessaires

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 27 : Conclusion de la confirmation diagnostique (résultat)**

Choix de réponse : non répondu, normal, bénin, malin, à risque

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 28 : Contrôle requis**

**Sous-question 28a : Contrôle requis**

Choix de réponse : non répondu, oui, non

**Sous-question 28b : Dans combien de mois?**

Choix de réponse : mois

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse à ces deux sous-questions.

## **ANNEXE E**

**Description des questions étudiées pour l'analyse des questionnaires standardisés de pathologie**

## **ANNEXE E**

### **Description des questions étudiées pour l'analyse des questionnaires standardisés de pathologie**

#### **Question 1 : La latéralité du prélèvement**

Choix de réponse : non répondu, sein droit, sein gauche, les deux seins

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

#### **Question 2 : Examen du prélèvement**

##### **Sous-question 2a : Examen radiologique du prélèvement.**

Choix de réponse : non répondu, oui, non

##### **Sous-question 2b : Microcalcifications**

Choix de réponse : non répondu, absentes, présentes

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse à ces deux sous-questions.

#### **Question 3 : Date des types de prélèvements**

Les types de prélèvements sélectionnés sont la biopsie à l'aiguille de gros calibre, la biopsie incisionnelle, la biopsie excisionnelle, la mastectomie partielle, la mastectomie totale, l'évidement ganglionnaire et la réexcision du plan d'exérèse.

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé la même date pour au moins un type de prélèvement.

#### **Question 4 : Nombre de fragments et taille**

La taille de la pièce chirurgicale, la taille de l'agrégat ainsi que le nombre de fragments sont les sous-items formant l'item 4.

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé la même réponse à au moins une des sous-questions formant la question 4.

### **Question 5 : Poids total de la pièce chirurgicale**

Poids total en grammes de la pièce chirurgicale ou des fragments.

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé le même poids.

### **Question 6 : Diagnostic histopathologique**

Choix de réponse : non répondu, bénigne, lésion à risque élevé, maligne

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

### **Question 7 : Types de lésions bénignes**

Les différents types de lésions bénignes pouvant former cette question sont les suivants:

- Sous-question 7a : Aucune observée**
- Sous-question 7b : Adénose sclérosante**
- Sous-question 7c : Cicatrice radiaire / lésion sclérosante complexe**
- Sous-question 7d : Hyperplasie épithéliale intercanalaire, légère (sans atypie)**
- Sous-question 7e : Hyperplasie épithéliale intracanaire, modérée ou floride (sans atypie)**
- Sous-question 7f : Modifications fibrokystiques**
- Sous-question 7g : Fibroadénome**
- Sous-question 7h : Papillomes multiples**
- Sous-question 7i : Papillome unique**
- Sous-question 7j : Mastite péricanaire / ectasie canalaire**

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé les mêmes types de lésions bénignes ( i.e. la même réponse à tous les sous-questions).

### **Question 8 : Types de lésions à risque élevé**

Les différents types de lésions bénignes pouvant former cette question sont les suivants:

- Sous-question 8a : Aucune observée**
- Sous-question 8b : Hyperplasie intracanaire atypique**
- Sous-question 8c : Hyperplasie lobulaire atypique**
- Sous-question 8d : Carcinome lobulaire in situ (« néoplasie lobulaire »)**

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé les mêmes types de lésions à risque élevé ( i.e. la même réponse à tous les sous-questions).

**Question 9 : Type général de lésions malignes**

Choix de réponse : non répondu, carcinome canalaire in situ, carcinome infiltrant

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 10 : Grade de la lésion**

Choix de réponse : non répondu, (I), (II), (III), non évaluable

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement le même grade correspondant au type de lésions malignes (10a- grade nucléaire, 10b- grade histologique).

**Question 11 : Envahissement vasculaire**

Choix de réponse : non répondu, présent, aucun observé

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 12 : Évidement ganglionnaire axillaire**

Choix de réponse : non répondu, oui, non

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 13 : Nombre de ganglions métastatiques**

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement le même nombre de ganglions métastatiques.

**Question 14 : Nombre total de ganglions examinés**

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement le même nombre total de ganglions examinés.

## **ANNEXE F**

**Description des questions étudiées pour l'analyse des questionnaires standardisés de caractérisation et traitement des cas de cancer (rapport détaillé du clinicien)**

## **ANNEXE F**

### **Description des questions étudiées pour l'analyse des questionnaires standardisés de caractérisation et traitement des cas de cancer (rapport détaillé du clinicien)**

#### **Question 1 : Atteinte ganglionnaire axillaire**

Choix de réponse : non répondu, oui, non, inconnu

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

#### **Question 2 : Radiographie pulmonaire**

Choix de réponse : non répondu, non fait, normal, bénin, suspect, malin

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

#### **Question 3 : Scintigraphie osseuse**

Choix de réponse : non répondu, non fait, normal, bénin, suspect, malin

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

#### **Question 4 : Bilan hépatique (enzymes)**

Choix de réponse : non répondu, non fait, normal, anormal

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

#### **Question 5 : Bilan hépatique (échographie du foie)**

Choix de réponse : non répondu, non fait, normal, bénin, suspect, malin

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 6 : Autre atteinte métastatique**

Choix de réponse : non répondu, oui, non

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 7 : État des récepteurs hormonaux (RO)**

Choix de réponse : non répondu, non fait, négatif, positif

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 8 : État des récepteurs hormonaux (RP)**

Choix de réponse : non répondu, non fait, négatif, positif

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 9 : Date de la mastectomie**

Choix de réponse : date

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même date de la mastectomie.

**Question 10 : Type de mastectomie**

Choix de réponse : non répondu, partielle, totale, autre

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 11 : Dissection axillaire**

Choix de réponse : non répondu, oui, non

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 12 : Échantillonnage ganglionnaire axillaire**

Choix de réponse : non répondu, oui, non

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 13 : Radiothérapie complémentaire au sein**

Choix de réponse : coché, pas coché

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 14 : Chimiothérapie adjuvante**

Choix de réponse : coché, pas coché

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 15 : Hormonothérapie adjuvante**

Choix de réponse : coché, pas coché

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 16 : Traitement expérimental**

Choix de réponse : coché, pas coché

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 17 : Autre traitement**

Choix de réponse : coché, pas coché

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 18 : Aucun traitement**

Choix de réponse : coché, pas coché

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 19 : Évaluation du stade pathologique du cancer du sein (taille de la tumeur primaire)**

Choix de réponse : TX, T0, TIS, T1a, T1b, T1c, T2, T3, T4a, T4b, T4c, T4d

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 20: Évaluation du stade pathologique du cancer du sein (classification pathologique)**

Choix de réponse : pNX, pN0, pN1a, pN1bi, pN1bii, pN1biii, pN1biv, pN2, pN3

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 21: Évaluation du stade pathologique du cancer du sein (métastases à distance)**

Choix de réponse : non répondu, MX, M0, M1

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.

**Question 22: Résultat du stade pathologique du cancer du sein**

Choix de réponse : non répondu, stade 0, stade 1, stade IIA, stade IIB, stade IIIA, stade IIIB, stade IV, stade indéterminé

Pour la construction du score l'archiviste et le spécialiste doivent avoir codé exactement la même réponse.