

La révision des pratiques de l'équipe interdisciplinaire d'un Centre de référence pour investigation désigné

Un projet de démonstration



La révision des pratiques de l'équipe interdisciplinaire d'un Centre de référence pour investigation désigné

Un projet de démonstration

Marie-Claude Messely

Avec la collaboration de

Jacques Brisson

Andrée Laberge

Éric Pelletier

Louise Provencher

Pierre Racine

Mai 2008

Québec 

- Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
- Institut national de santé publique

RESPONSABLE DE L'ÉQUIPE DE PROJET

Marie-Claude Messely, médecin-conseil
Direction de santé publique de la Capitale-Nationale
Institut national de santé publique du Québec

MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE PROJET

Jacques Brisson, épidémiologiste
Institut national de santé publique du Québec

Andrée Laberge, épidémiologiste
Direction de santé publique de la Capitale-Nationale

Éric Pelletier, épidémiologiste
Institut national de santé publique du Québec

Louise Provencher, chirurgien-oncologue
Centre des maladies du sein Deschênes-Fabia
et Centre de référence pour investigation désigné
Hôpital du Saint-Sacrement, CHA

Pierre Racine, agent de planification, de programmation et de recherche
Direction de santé publique de la Capitale-Nationale

RÉALISATION DU RAPPORT DEMANDÉE CONJOINTEMENT PAR :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
↳ Direction générale de la santé publique
↳ Conseil québécois de lutte contre le cancer

LECTURE DE LA VERSION PRÉLIMINAIRE DU RAPPORT FINAL

Pauline Thiboutot
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

CONCEPTION GRAPHIQUE

Serge Delisle

Vous pouvez vous procurer une copie du document auprès de :

Madame Sylvie Bélanger
Centre de documentation
Direction de santé publique de la Capitale-Nationale
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Téléphone : 418 666-7000, poste 217
Télécopieur : 418 666-2776
Courriel : s_belanger@ssss.gouv.qc.ca
Coût du rapport : 17,00 \$
plus TPS (0,85 \$) : 17,85 \$
payable à l'avance par chèque à l'ordre de l'ASSS de la Capitale-Nationale – DSP

Ce document est disponible en ligne aux adresses suivantes :

<http://www.dspq.qc.ca/asp/listPublication.asp>
<http://www.inspq.qc.ca>

DÉPÔT LÉGAL – Bibliothèque nationale du Québec, 2008
Bibliothèque nationale du Canada, 2008

ISBN : 978-2-89496-370-8 (Version imprimée)
ISBN : 978-2-89496-371-5 (PDF)

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

Remerciements

En tant que responsable du projet, je tiens à remercier tous les membres de l'équipe. Merci à la D^{re} Louise Provencher pour son leadership, son dynamisme, le partage de ses connaissances et de son expérience ainsi que son soutien constant ayant permis la réalisation du projet. Merci aux épidémiologistes de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), monsieur Éric Pelletier et le D^r Jacques Brisson, qui ont patiemment œuvré au développement des indicateurs et ont trouvé des voies pour répondre le mieux possible aux besoins des cliniciens du Centre de référence pour investigation désigné (CRID). Merci à madame Andrée Laberge pour la conceptualisation du modèle et les orientations en matière d'évaluation. Merci à monsieur Pierre Racine pour sa contribution aux observations et à la réalisation des entrevues, qui ont permis de mener à bien l'évaluation du projet, et pour sa collaboration à la rédaction.

J'exprime toute ma gratitude aux membres du comité ad hoc pour avoir généreusement donné de leur temps, pour leurs commentaires et pour leur implication réelle et concrète dans ce projet. Merci donc aux docteurs Jocelyne Chiquette, omnipraticienne, Anita Dorion, radiologiste, Anne Huot, omnipraticienne et Simon Jacob, pathologiste.

Merci à madame Pauline Thiboutot pour ses excellents commentaires.

Merci à mesdames Hélène Girard et Marie-Josée Paquet pour la mise en forme du texte, les corrections et l'édition. Leur contribution est grandement appréciée.

Des remerciements s'adressent également aux gestionnaires de la Direction générale de la santé publique au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et au Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC) qui ont financé le présent projet de démonstration. Cette dernière instance a été remplacée par la Direction de la lutte contre le cancer au MSSS. J'espère que ce document saura répondre à leurs attentes et qu'il posera les jalons susceptibles de favoriser la démarche de révision des pratiques sur une plus large échelle.

Marie-Claude Messely, M.D.
Responsable du projet

Résumé

À l'instar des autres programmes de dépistage à l'échelle internationale, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) repose sur une approche d'assurance qualité (AQ), elle-même intimement associée à la révision des pratiques ou audit. Pour faciliter la révision des pratiques, le PQDCS possède un système d'information où sont colligées les données relatives à la clientèle et aux services offerts. Depuis le démarrage du programme, l'équipe d'évaluation du PQDCS à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a produit de nombreux indicateurs sur les activités de dépistage et d'investigation menées à l'échelle de la province et des régions dans le cadre du programme. Les données produites concernant la performance des centres de dépistage désignés (CDD) ont été acheminées aux radiologistes (envois aux radiologistes en décembre 2005 et en mars 2007). Toutefois, il n'existait aucune donnée pour décrire les activités et fournir de la rétroaction aux intervenants des centres de référence pour investigation désignés (CRID).

Il est donc apparu nécessaire de développer des indicateurs permettant de décrire les activités de chaque CRID, de les comparer entre eux, de les confronter à des normes (le cas échéant) et de partager ces résultats avec les intervenants concernés, c'est-à-dire les membres de l'équipe interdisciplinaire du CRID. Encore fallait-il s'assurer du choix judicieux des données à présenter, des méthodes adoptées pour les produire, des modalités utilisées pour les diffuser et, finalement, des conditions pour rendre la démarche utile et acceptable par l'équipe interdisciplinaire.

Compte tenu de l'absence de balises claires quant à la mise en œuvre d'une démarche de révision des pratiques, il est apparu important de réfléchir sur la réalisation même de la démarche. Dans ce contexte, il a été reconnu essentiel d'expérimenter le projet dans un site pilote, l'Hôpital du Saint-Sacrement (HSS), et d'y joindre une évaluation susceptible de soutenir la réflexion et de favoriser les ajustements en cours de projet. Il était également souhaité que l'évaluation donne des pistes pour favoriser la généralisation de la démarche de révision des pratiques dans les autres CRID du Québec.

Le projet a été développé en deux volets. Le premier volet visait à développer les indicateurs et à les diffuser aux membres de l'équipe interdisciplinaire du CRID-HSS. Le second volet consistait à évaluer l'utilité et l'acceptabilité de cette démarche (évaluation qualitative). Ces deux volets se sont enrichis mutuellement au cours du déroulement du projet.

Le premier volet du projet a interpellé principalement les collaborateurs de l'équipe d'évaluation du PQDCS de l'INSPQ, tandis que le second volet a fait intervenir des professionnels de l'équipe Organisation des services et évaluation de la Direction de santé publique (DSP) de la Capitale-Nationale. Dès le départ, la D^{re} Louise Provencher, chirurgienne-oncologue au CRID de l'Hôpital du Saint-Sacrement (HSS), a accepté d'assumer un leadership auprès de ses pairs, ce qui a été précieux tout au long du déroulement du projet. L'ensemble des professionnels qui ont collaboré ont constitué l'équipe de projet.

Dans un premier temps, une revue de la documentation a permis de positionner la révision des pratiques. Ce processus implique la collecte de données, la production d'analyses et la transmission des résultats aux différents acteurs concernés. Selon une revue *Cochrane* (Jamtvedt *et al.*, 2006), cette approche est particulièrement prometteuse en cas d'écarts importants par rapport à des lignes de conduite bien établies. Il semble, par ailleurs, que l'on obtienne de meilleurs résultats en ayant recours à plusieurs types d'interventions simultanées. En somme, il n'y a pas de preuves irréfutables que la démarche de révision des pratiques

entraîne systématiquement des changements de pratique. Certaines conditions sont considérées « porteuses de succès » ou « gagnantes » :

- assurer la confidentialité;
- standardiser les données et étaler la démarche sur une assez longue période (deux ans);
- présenter simplement les données, avec des messages ciblés, en temps opportun et mettre en valeur les meilleures performances;
- offrir de la formation;
- intégrer des changements organisationnels appuyés par les cliniciens et les décideurs;
- coordonner la démarche de façon souple.

Parallèlement, une revue de la documentation a permis d'identifier les indicateurs développés et proposés par différents programmes de dépistage du cancer du sein ou des organismes internationaux (Annexe II). Force est de constater que la grande majorité des indicateurs portent sur la pratique médicale.

Une évaluation *a priori* a été réalisée auprès d'intervenants ciblés du milieu d'accueil. Une présentation de la conception initiale du projet a été suivie de la collecte de certaines informations sur les conditions de réalisation du projet. Ces entrevues ont permis de constater que la compréhension des concepts associés à la révision des pratiques était variable. On note toutefois que les médecins et les professionnels ont expérimenté plusieurs activités de révision des pratiques au cours des dernières années (ex. : contrôles de la qualité technique des appareils de radiologie, évaluation par critères objectifs promus par le Collège des médecins du Québec).

Les répondants s'entendaient sur la pertinence de s'engager dans la démarche de révision des pratiques; tous en anticipaient des bénéfices. Cependant, ils ajoutaient du même coup qu'il faut minimiser le temps et l'énergie associés à cet exercice en raison de l'essoufflement associé à une tâche déjà lourde. La nature même des analyses qui devraient être incluses dans cette démarche variait passablement en fonction des intérêts et des rôles que les intervenants assument au sein de l'équipe. Les catégories de personnels et de professionnels qui devraient être invitées à assister aux rencontres ne faisaient pas consensus. On insistait toutefois sur la nécessité de s'assurer que les personnes qui sont réellement concernées seront invitées en priorité à la diffusion des résultats. Les répondants rappelaient l'importance de :

- préserver la confidentialité des résultats;
- tenter d'éviter, jusqu'à une certaine limite, de créer des situations « difficiles politiquement » pour l'établissement;
- rester « branché » sur la réalité, c'est-à-dire concret et proche des préoccupations des cliniciens.

Compte tenu de la complexité des défis méthodologiques, de l'importance de rester très près des besoins des cliniciens, de la « sensibilité » associée aux résultats et de la nécessité d'assurer des modes de gestion efficaces de la confidentialité, il a été décidé de mettre en place un comité ad hoc pour soutenir le déroulement du projet. Ce comité incluait un radiologiste, un pathologiste, une omnipraticienne et la chirurgienne impliquée au sein de l'équipe de projet. Les autres membres de l'équipe de projet, soit les collaborateurs de l'INSPQ et de la DSP, se sont joints au comité.

Le mandat du comité ad hoc consistait à collaborer à la définition des indicateurs, à décider de la stratégie de diffusion la plus appropriée et à collaborer à l'évaluation qualitative.

Au terme d'importants travaux, les indicateurs développés ont été présentés à l'équipe interdisciplinaire du CRID-HSS le 27 mars 2007. Dans le cadre de ce projet, le CRID-HSS a été comparé à l'ensemble des autres CRID de la province sur la base des analyses suivantes (2004 étant l'année la plus récente) :

- description des établissements ayant procédé à l'investigation (vérification notamment des caractéristiques permettant de comparer les CRID entre eux);
- caractéristiques des femmes (provenance, lieu de réalisation de la mammographie, symptômes au dépistage, type de lésion);
- remplissage des différents rapports du PQDCS :
 - rapport de confirmation diagnostique;
 - rapport de pathologie;
 - rapport détaillé du clinicien;
- profil d'investigation des femmes :
 - imagerie;
 - actes effractifs;
- caractéristiques des cancers :
 - cancers *in situ*;
 - cancers infiltrants de petite taille;
 - cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire;
- indicateurs de performance : actes effractifs :
 - ratio bénin/malin à la biopsie par forage;
 - ratio bénin/malin à la biopsie ouverte;
 - % de diagnostics préopératoires pour cancer;
 - % d'actes effractifs préopératoires pour lésion bénigne;
- indicateurs de performance : délais :
 - délai entre le dépistage et le diagnostic si accès direct à un CRID versus accès non direct;
 - délai entre le premier acte en CRID et le diagnostic avec ou sans biopsie;
 - délai entre le premier acte en CRID et le diagnostic bénin ou cancer;
- indicateurs de performance : rappel précoce :
 - rappel précoce recommandé (3 à 11 mois);
 - rappel précoce recommandé (3 à 11 mois) suite à l'investigation initiale.

La description détaillée des indicateurs présentés à l'équipe est disponible à l'annexe VI. L'évaluation ayant démontré clairement la nécessité d'assurer la confidentialité des résultats, les analyses en tant que telles ne sont pas divulguées dans le présent rapport.

Lors de la rencontre de diffusion des résultats en mars 2007, les participants à la rencontre étaient invités à donner leurs premières impressions par écrit. Des entrevues ont suivi. On retient que la démarche est reconnue utile et qu'elle est jugée acceptable et recevable, en ce sens qu'elle ne constitue pas une menace et n'est pas reçue comme telle. Les interviewés suggèrent fortement qu'il y ait un suivi et que de nouvelles données soient produites de façon régulière. Dans le contexte où les indicateurs produits touchent surtout le volet médical, il semble que les principales personnes à viser par cette démarche soient les médecins et les administrateurs (pour actualiser des modifications touchant la gestion si nécessaire). Un suivi

doit donc être prévu pour assurer la mise en œuvre des décisions qui pourraient découler des constats tirés de l'analyse des données.

Il convient de noter la remise en question de la pratique du rappel précoce (pour l'ensemble des CRID du Québec). On s'interroge sur la pertinence des rappels précoces 6-12-24 mois suite au diagnostic « probablement bénin » ou suite à une biopsie par forage. Cette pratique (qui correspond aux normes actuellement reconnues) permet-elle effectivement de mettre en évidence des cancers et de modifier l'évolution de ces cas? D'autres recommandations seraient-elles plus appropriées? Ces interrogations sont très importantes, elles devraient tôt ou tard faire l'objet d'une attention particulière. Le PQDCS dispose de suffisamment de données depuis son démarrage pour justifier un examen sérieux de cette question dans une optique d'optimiser la dispensation des services mais aussi afin d'améliorer l'état des connaissances.

Certaines suggestions sont, par ailleurs, destinées aux CRID dans l'optique de leur future implication dans la révision des pratiques :

- s'assurer de transmettre les résultats de façon confidentielle;
- transmettre des résultats et en assurer la diffusion tous les ans;
- s'assurer de l'implication d'un leader dans le milieu et faciliter l'appropriation de la démarche par les cliniciens et les administrateurs (l'implication du « couple clinico-administratif » du programme de lutte contre le cancer pourrait être envisagé);
- idéalement, être soutenu dans cette démarche par le responsable régional en AQ du PQDCS;
- présenter oralement les résultats de façon efficace et concise et distribuer une version papier pour consultation ultérieure;
- déterminer une structure ou un processus pour faire le suivi à l'intérieur du centre hospitalier et identifier le lien formel avec l'administration.

En conclusion, même les meilleures données ne pourront rien changer si elles ne sont pas adaptées aux besoins, si elles ne sont pas intégrées par les principaux intéressés et si elles ne font pas l'objet d'un suivi, lorsque cela s'avère nécessaire. Il est possible que le flot des activités cliniques rende difficile pour des cliniciens, par ailleurs surchargés, l'appropriation de la démarche. C'est la raison pour laquelle l'implication du responsable en AQ de la région peut faire toute la différence. Encore là, il faudra s'assurer que celui-ci reçoive la formation adéquate et se sente à l'aise pour soutenir les CRID de sa région.

Table des matières

Remerciements	3
Résumé	5
Liste des tableaux et des figures	11
Liste des sigles et des acronymes	13
Introduction.....	15
1. Revue de la documentation	19
1.1 Révision des pratiques.....	19
1.1.1 Définition	19
1.1.2 Étapes	20
1.1.3 Efficacité à modifier les pratiques	20
1.1.4 Royaume-Uni : un exemple précieux	24
1.2 Indicateurs portant sur l'investigation.....	27
2. Approche évaluative	31
3. Résultats	33
3.1 Caractéristiques des participants.....	33
3.2 Caractéristiques des environnements interne et externe.....	34
3.3 Déroulement du projet : expérimentation et évaluation	35
3.3.1 Étape 1 : conceptualisation initiale de la démarche de révision des pratiques	35
3.3.2 Évaluation <i>a priori</i> (phase I)	36
3.3.3 Étape 2 : démarche de révision des pratiques modifiée	37
3.3.4 Évaluation de l'expérimentation (phase II)	40
3.3.5 Étape 3 : démarche de révision des pratiques proposée	46
Conclusion.....	49
Bibliographie.....	53
Annexe I Lettre de financement	55
Annexe II Objectifs, indicateurs et normes portant sur l'investigation (revue de la documentation).....	59
Références bibliographiques de l'annexe II	75
Annexe III Canevas des entrevues - Évaluation <i>a priori</i>	77
Annexe IV Analyse détaillée des entrevues - Évaluation <i>a priori</i>	81
Annexe V Composition du comité ad hoc	87
Annexe VI Liste des indicateurs développés dans le cadre du projet.....	91
Annexe VII Grille d'observation de la rencontre de diffusion des indicateurs	95
Annexe VIII Fiche de participation à la rencontre de diffusion des indicateurs.....	101
Annexe IX Canevas des entrevues : évaluation de l'expérimentation	105

Liste des tableaux et des figures

Tableau I	Description de l'équipe interdisciplinaire du CRID-HSSS	33
Tableau II	Description des personnes invitées et des participants selon leur occupation	41
Figure 1	Étapes de la révision des pratiques	20
Figure 2	Organisation de la fonction d'assurance qualité au Royaume-Uni.....	25
Figure 3	Principales normes portant sur les délais d'attente pour l'investigation	28
Figure 4	Modèle d'évaluation aux fins du projet.....	31
Figure 5	Schématisation du projet de révision des pratiques.....	32

ANNEXE II

Tableau A-I	Délais entre la mammographie de dépistage et l'investigation	61
Tableau A-II	Délais d'accès à l'évaluation chirurgicale	62
Tableau A-III	Délais entre la 1 ^{re} visite pour investigation et l'obtention des résultats/diagnostic (incluant la recommandation de procéder à une biopsie ouverte)	62
Tableau A-IV	Délais entre le prélèvement (aiguille fine, trocart, mammotome) et la transmission de l'information aux femmes	63
Tableau A-V	Délais entre la recommandation de procéder à une biopsie ouverte et la réalisation de l'intervention	63
Tableau A-VI	Délais entre le dépistage et le diagnostic	64
Tableau A-VII	Délais de transmission du diagnostic au médecin traitant.....	64
Tableau A-VIII	Délais entre le diagnostic et la transmission des résultats à la femme	64
Tableau A-IX	Interventions non chirurgicales.....	65
Tableau A-X	Aspiration à l'aiguille fine	66
Tableau A-XI	Biopsie au trocart (<i>core biopsy</i>).....	66
Tableau A-XII	Proportion des femmes ayant un diagnostic préopératoire	66
Tableau A-XIII	Pourcentage de biopsies ouvertes	67
Tableau A-XIV	Taux de biopsies ouvertes bénignes	67
Tableau A-XV	Biopsies ouvertes	68
Tableau A-XVI	Biopsies ouvertes - Poids des prélèvements.....	68
Tableau A-XVII	Ratio bénin/malin à la biopsie ouverte.....	69
Tableau A-XVIII	Nombre de visites pour l'investigation	69
Tableau A-XIX	Rencontres multidisciplinaires de révision de cas	70
Tableau A-XX	Contribution de l'infirmière (<i>clinical nurse specialist in breast care screening</i>).....	71
Tableau A-XXI	Nombre de visites de contrôle à court terme.....	72
Tableau A-XXII	Conservation des données cliniques.....	72
Tableau A-XIII	Évaluation des lésions en pathologie	73
Tableau A-XXIV	Concordance des diagnostics pathologiques	74

ANNEXE V

Tableau A-XXV	Composition du comité ad hoc	89
---------------	------------------------------------	----

Liste des sigles et des acronymes

AQ :	Assurance qualité
CAI :	Commission d'accès à l'information
CDD :	Centre de dépistage désigné
CHA :	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec
CMDP :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMS :	Centre des maladies du sein
CQLC :	Conseil québécois de lutte contre le cancer
CRID :	Centre de référence pour investigation désigné
CSQ :	Comité de soutien à la qualité
DGSP :	Direction générale de la santé publique
DSP :	Direction de santé publique
FMSQ :	Fédération des médecins spécialistes du Québec
HSS :	Hôpital du Saint-Sacrement
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
MED-ÉCHO :	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO)
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<i>NHSBSP :</i>	<i>National Health Service Breast Screening Programme</i>
PQDCS :	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
<i>QI :</i>	<i>Quality Improvement</i>
RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec
SI-PQDCS :	Système d'information – Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Introduction

Depuis 1998, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) offre aux femmes de 50 à 69 ans des services de dépistage par mammographie dans les centres de dépistage désignés (CDD) et des services d'investigation dans des centres de référence pour investigation désignés (CRID) lorsqu'elles doivent subir des examens complémentaires à la suite d'une mammographie de dépistage interprétée comme étant anormale.

Le PQDCS a d'abord été défini dans un cadre de référence produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 1996. Le modèle logique du programme dérive en droite ligne des résultats des études cliniques aléatoires portant sur le dépistage du cancer du sein. Ces études ont fait état d'une réduction statistiquement significative de la mortalité par cancer du sein dans la cohorte des femmes à qui on avait offert le dépistage par rapport à une cohorte qui n'avait pas participé au dépistage. Les deux conditions suivantes ont été associées à la réduction de la mortalité, soit :

- au moins 70 % des femmes de la cohorte invitée se présentent au dépistage;
- des services de mammographie et d'investigation de grande qualité sont offerts aux femmes.

Découlant d'une des composantes fondamentales du modèle logique, et à l'instar des autres programmes structurés de dépistage du cancer du sein mis en place à l'échelle internationale, le PQDCS a insisté sur l'importance de l'assurance qualité (AQ). Cette approche implique :

- des orientations basées sur la qualité de la preuve et l'évolution des connaissances scientifiques;
- la détermination de normes, l'accès aux informations permettant de vérifier la conformité aux normes et la mise en place de solutions pour corriger des situations problématiques;
- l'accès, pour les acteurs concernés, aux résultats susceptibles de favoriser des changements de pratique ou des modifications de fonctionnement dans l'optique de l'amélioration continue de la qualité.

Dès le démarrage du programme, un système d'information (SI-PQDCS) a été mis en place pour soutenir les opérations prévues (invitation, relance, rappel, résultats) et pour favoriser l'AQ.

Le MSSS a mandaté l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour gérer le SI-PQDCS et produire les indicateurs permettant d'apprécier la performance du programme. C'est l'équipe d'évaluation du PQDCS à l'INSPQ qui a été mandatée pour réaliser ce dernier volet. La première étape a consisté à effectuer des analyses portant sur la participation des femmes et les activités de dépistage en CDD. Au cours de la seconde étape, des énergies ont dû être consacrées à contourner les difficultés dues à certaines bases de données d'investigation insuffisamment remplies¹ (rapport de confirmation diagnostique, rapport de cytopathologie, rapport de pathologie, rapport détaillé du clinicien). Il a fallu procéder à la conceptualisation d'algorithmes² et au jumelage de grands fichiers de données tels ceux de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et de Maintenance et exploitation des

¹ Les variables ne sont pas toutes saisies ou aucun formulaire n'a été rempli.

² Le lecteur intéressé aura accès aux publications de l'équipe d'évaluation du PQDCS à l'INSPQ à l'adresse Internet suivante : [<http://www.inspq.qc.ca/groupe/pqdc/default.asp?A=1>].

données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO) avec le SI-PQDCS. Ces travaux ont permis la production, à l'échelle de la province et des régions, de certains indicateurs qui sont rendus disponibles et intégrés aux tableaux de bord du PQDCS (INSPQ, 2006).

Il n'existait aucune analyse ou indicateur de performance qui permette de décrire la performance de chacun des CRID. Le présent projet visait donc à faire face à ce défi. Cette démarche était d'autant plus pertinente que le Comité de soutien à la qualité (CSQ) du PQDCS recommandait, en 2001, que les équipes procédant à l'investigation adoptent une approche interdisciplinaire et réalisent des activités d'AQ, dont la révision des pratiques. En mai 2003, la Direction générale de la santé publique (DGSP) et le Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC)³ au MSSS démontraient de l'intérêt pour les approches permettant d'optimiser la qualité des soins offerts dans le cadre de l'investigation et du traitement du cancer du sein et s'intéressaient à la contribution potentielle de la révision des pratiques dans ce domaine. Ces instances ont financé à part égale le présent projet. Une copie de la lettre de financement est présentée à l'annexe I.

Cela plaît à l'esprit de croire qu'une démarche de révision des pratiques auprès d'une équipe interdisciplinaire est susceptible de favoriser des changements de pratique dans le sens souhaité. Quatre aspects doivent toutefois faire l'objet de plus d'attention :

- le choix des données à présenter;
- le choix des méthodes pour les produire;
- le choix des modalités pour les diffuser;
- les conditions susceptibles de faire en sorte que la démarche soit utile et acceptable pour les intervenants.

Compte tenu de l'absence de balises claires quant à la mise en œuvre d'une démarche de révision des pratiques, il est apparu important de réfléchir sur la réalisation même de la démarche et sur les conditions qui sont, en quelque sorte, porteuses de succès. Dans ce contexte, il s'est avéré essentiel d'expérimenter le projet dans un site pilote et d'y joindre une évaluation susceptible de soutenir la réflexion et de favoriser les ajustements en cours de projet. Il est important de préciser que l'expérimentation et l'évaluation sont intimement associées et s'enrichissent mutuellement dans le cadre de ce projet.

Le projet de démonstration comprend deux volets principaux :

1. le développement des indicateurs et l'expérimentation d'une démarche de révision des pratiques par une équipe interdisciplinaire en CRID;
2. l'évaluation de l'utilité et de l'acceptabilité de cette démarche ainsi que les conditions qui peuvent agir sur ces éléments.

La première section du présent document contient une revue de la documentation sur la révision des pratiques et sur les indicateurs d'investigation. Même si cette revue de la documentation fait partie intégrante de l'évaluation, nous avons choisi de la présenter au tout début du texte, de façon à bien situer le lecteur quant à la définition de la révision des pratiques et aux effets qui peuvent être escomptés. Une présentation des indicateurs proposés dans la documentation complète cette partie.

³ Le Conseil québécois de lutte contre le cancer a été remplacé par la Direction de la lutte contre le cancer au MSSS.

La section qui suit contient une description de l'approche évaluative retenue et des phases de déroulement du projet. Les résultats sont présentés en reprenant fidèlement un à un les éléments du modèle d'évaluation. Ainsi le lecteur peut prendre connaissance de la description des participants et des environnements interne et externe caractérisant le milieu d'accueil du projet.

Viennent ensuite les résultats de l'évaluation portant sur le développement des indicateurs et la diffusion des informations à l'équipe interdisciplinaire.

Suivent les suggestions émises afin de faciliter la démarche de révision des pratiques par les équipes interdisciplinaires des CRID des autres régions.

1. REVUE DE LA DOCUMENTATION

Cette section comporte une revue de la documentation sur la révision des pratiques et sur les indicateurs caractérisant l'investigation dans le cadre de programmes de dépistage du cancer du sein.

1.1 Révision des pratiques

La notion de révision des pratiques n'est pas définie de façon très claire dans la documentation. En réalité, les termes de *révision des pratiques*, d'*audit* et de *rétroaction* (ou *feedback*) sont utilisés indifféremment. Dans tous les cas, ces termes sont associés aux mesures visant l'amélioration de la qualité.

1.1.1 Définition

Dans le présent document, nous considérons les termes *révision des pratiques* et *audit* comme étant équivalents. Les termes *rétroaction* ou *feedback* ont une portée plus limitée; ils réfèrent à la diffusion des informations à ceux qui en ont besoin.

En 2001, le CSQ du PQDCS déposait un document sur le fonctionnement interdisciplinaire dans le cadre de l'investigation, incluant une recension des écrits sur la révision des pratiques. La synthèse suivante provient de ce document :

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 (feedback) 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 souhaité⁴.

Jamtvedt *et al.* ont publié une revue de la documentation dans *Cochrane* (2006). Les auteurs y définissent l'audit et le *feedback* comme un résumé de la performance clinique pendant une période de temps précise, pouvant être accompagné de recommandations concernant la pratique clinique. L'information peut être diffusée de façon écrite, électronique et verbale.

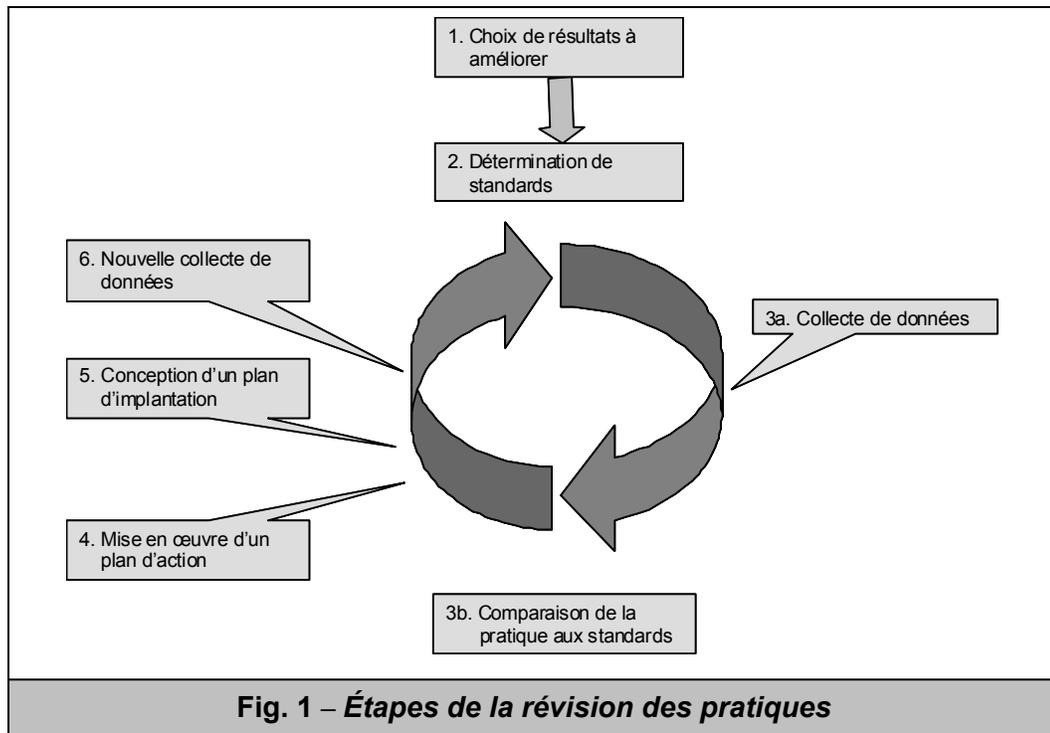
Pour sa part, le ministère de la Santé néo-zélandais a publié un document portant sur l'audit et comportant la notion de comparaison : *Audit compares actual practice to a standard of practice. As a result of this comparaison, any deficiencies in actual practice may be identified and rectified⁵.*

⁴ COMITÉ DE SOUTIEN À LA QUALITÉ DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN. *Le fonctionnement interdisciplinaire dans le cadre de l'investigation*, MSSS, Direction de la santé publique, 2001, p. 88.

⁵ MINISTRY OF HEALTH NEW ZEALAND. *Toward Clinical Excellence, An introduction to clinical audit, peer review and other clinical practice improvement activities*, Wellington : MOH; 2002, [En ligne]. [www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/334?Open]. (Consulté en juillet 2007).

1.1.2 Étapes

Les principales étapes de révision des pratiques sont présentées à la figure 1.



Source : SEDDON, M. et J. BUCHANAN, *Quality Improvement in New Zealand Healthcare, Part 3: Achieving Effective Care through Clinical Audit*, EPIC, vol. 119, n° 1230, NZMJ, August 4th, 2006, p. 4.

Selon Seddon et Buchanan (2006), l'audit comprend l'identification d'un objet d'intérêt (ou d'une situation à améliorer), la détermination de standards, la collecte de données, la comparaison des résultats avec les standards et la rétroaction aux intervenants concernés. L'audit inclut la conception d'un plan et le suivi de l'implantation des mesures de ce plan pour ensuite reprendre le cycle à partir de l'étape 2.

1.1.3 Efficacité à modifier les pratiques

En ce qui concerne le potentiel de l'audit pour amener des changements de pratique, le CSQ note que :

Deux articles résument les résultats de la revue systématique de la littérature 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 informatisé, recherche de consensus au niveau local, marketing, etc.)⁶.

Dans leur revue de la documentation sur l'audit et le *feedback*, publiée en 2003 (et mise à jour en 2006) dans *Cochrane*, Jamtvedt *et al.* ont retenu 85 études qui respectaient leurs critères d'inclusion. Parmi ces études, 20 portaient sur les soins préventifs (ex. : la vaccination), 9 sur la prescription d'examen (ex. : laboratoire), 18 sur la prescription médicamenteuse, une seule étude portait sur la durée d'hospitalisation et les autres portaient sur l'évaluation et la prise en charge d'une variété de conditions (ex. : les brûlures). Selon les auteurs, la qualité des études variait beaucoup mais plusieurs comparaisons y ont été effectuées (ex. : différents types d'audit entre eux ou avec des situations où il y avait absence d'audit).

Les auteurs concluent que l'audit et le *feedback* peuvent être des interventions utiles malgré le fait que la mesure des effets soit très variable d'une étude à l'autre (l'observation allant d'un effet négatif jusqu'à des effets très positifs, selon les études). De façon générale, les effets observés, de minimes à modérés, sont particulièrement mis en évidence lorsque le respect des lignes directrices est d'ores et déjà faible. Donc, selon les auteurs, l'audit et le *feedback* devraient être utilisés en priorité dans les secteurs où des changements sont souhaités et lorsque les effets peuvent être évalués (mesure avant-après). Il faudra planifier la mise en œuvre d'études supplémentaires si on veut mettre en évidence des effets modestes.

En 2006, la revue *Medical Teacher* publie le guide numéro 7 du *Best Evidence Medical Education* (Veloski *et al.*), rédigé par des professionnels, des universitaires et des organisations professionnelles dont l'objectif consiste à promouvoir la formation basée sur la qualité de la preuve. Ce groupe présente une revue systématique de la documentation sur l'évaluation, la rétroaction et la performance clinique du médecin. L'objectif de l'article consiste à établir une synthèse de la preuve portant sur la relation entre l'évaluation, la rétroaction et la performance clinique du médecin.

Dans un groupe initial de 220 travaux originaux, 41 études ont respecté les critères de sélection permettant d'évaluer l'effet indépendant de la rétroaction sur la performance du médecin. Parmi ces études, 74 % ont révélé un effet positif. Les auteurs observent que la rétroaction est efficace si la source est crédible et détient un rôle d'autorité (ex. : unités administratives ou groupes professionnels par rapport à des équipes de recherche). Les études portant sur une durée de deux ans et plus étaient plus susceptibles de faire état d'effets positifs que les autres. Par ailleurs, un groupe de 132 études ont porté une attention particulière aux effets de la rétroaction lorsque celle-ci était associée à d'autres types d'intervention tels des programmes de formation, des guides de pratique ou des rappels (*reminders*). Dans ces cas, 77 % ont indiqué des effets positifs.

Les auteurs concluent que l'effet de l'évaluation et de la rétroaction sur la performance du médecin varie en fonction de la source et de la durée de la rétroaction. D'autres facteurs, tels que l'implication active des médecins, la quantité d'information disponible, le moment choisi et l'ampleur de la rétroaction, la formation, les lignes directrices, les systèmes de rappels et les incitatifs, pourraient également avoir leur importance. Malheureusement aucune analyse de l'efficacité de chacun de ces facteurs pris isolément n'a été réalisée dans des études contrôlées.

⁶ COMITÉ DE SOUTIEN À LA QUALITÉ. *Ibid.*, p. 19.

Grimshaw *et al.* (2006) ont réalisé une revue extensive de la documentation, pour la période 1966-1998, sur la qualité de la preuve ayant pour objet l'efficacité de la dissémination de guides de pratique et les stratégies d'implantation. Parmi les stratégies étudiées figurent l'audit et le *feedback*, qui sont associés à des résultats modestes. Les auteurs notent toutefois les nombreuses limites des études disponibles (ex. : problème de puissance, effets confondants, etc.). Selon eux : *this review highlights the fact that despite 30 years of research in this area, we still lack a robust, generalizable evidence base to inform decisions about QI (quality improvement) strategies*⁷.

Selon Mason *et al.* (2005) du Collège des médecins de Londres, les données d'audit susceptibles d'amener des modifications de comportement doivent être :

- diffusées au bon moment;
- présentées dans le cadre de formations et mettre en valeur les unités qui obtiennent les meilleures performances;
- présentées efficacement (quelques indicateurs seulement pour les messages principaux, informations comparatives aux autres unités et aux standards nationaux);
- présentées lors d'événements régionaux (ateliers pour faciliter le partage de l'information et pour favoriser les améliorations);
- accompagnées de changements organisationnels partagés par les cliniciens et les décideurs.

L'accès aux données d'audit doit être contrôlé; vraisemblablement, avec le temps, l'augmentation de la confiance face à ce processus favorisera une diffusion de plus en plus large de l'information.

En résumé, quant à l'efficacité pour changer des pratiques :

Il n'y a pas de preuves irréfutables que la démarche de révision des pratiques entraîne systématiquement des changements de pratique. Cette approche est particulièrement prometteuse en cas d'écart importants par rapport à des lignes de conduite bien établies. Il semble aussi que plusieurs types d'interventions simultanées donnent de meilleurs résultats. Par ailleurs, certaines conditions sont considérées « porteuses de succès » ou « gagnantes ».

Plus spécifiquement, dans le domaine du cancer du sein, Bell *et al.* (2000) publie un article particulièrement intéressant sur l'utilisation de lignes directrices et sur la mise en place d'activités de révision des pratiques appliquées au contexte de l'investigation et de la prise en charge des femmes atteintes. Réalisé dans une région de 3,2 millions d'habitants au Royaume-Uni (*North Thames East Health Region*), ce projet consistait à introduire de nouvelles interventions basées sur des données probantes pour modifier les pratiques cliniques. Les équipes multidisciplinaires de 21 hôpitaux de soins aigus et un échantillon de 419 cas (28 %) de cancer du sein diagnostiqués en 1992 ont fait l'objet de cette étude. Le projet incluait :

- la mise en place d'un comité directeur (*steering group*);
- la définition de standards par un comité aviseur clinique formé de professionnels de différentes disciplines;

⁷ GRIMSHAW, J. *et al.* « Toward Evidence-Based Quality Improvement-Evidence (and its Limitations) of the Effectiveness of Guideline Dissemination and Implementation Strategies 1966-1998 », *Journal of General Internal Medicine*, 2006, vol. 21, p. 519.

- l'adoption de lignes directrices régionales (processus échelonné sur une période de six mois);
- le recours à des réseaux de contacts existants;
- la réalisation d'un audit permettant de vérifier la conformité des pratiques aux lignes directrices de la façon suivante :
 - analyse rétrospective des dossiers médicaux d'un échantillon de cas investigués et pris en charge en 1992 (analyses comparatives en fonction du volume des cas et du statut universitaire des établissements);
 - entrevues semi-structurées réalisées auprès des chirurgiens et portant sur les infrastructures (modalités de travail en équipe, espaces, ressources, équipements, protocoles);
 - questionnaire postal adressé aux infirmières à propos du soutien à la patiente;
- la diffusion des résultats aux chirurgiens (en tant que responsables des équipes de soins) pour chaque centre hospitalier;
- l'utilisation de la méthode *Educational Outreach* (visites éducatives/contacts individuels) pour discuter des résultats.

Le projet a favorisé l'adoption d'outils informatiques par plusieurs milieux pour améliorer la qualité des données. Les auteurs ont observé que la plupart des standards ont été respectés. Entre 1990 et 1992, on a assisté à des changements de pratique quant au recours à la chimiothérapie (de 17 % à 23 % de plus) et à la chirurgie axillaire (de 46 % à 76 % de plus). Aucuns liens de causalité entre ces changements de pratique et le projet ne peuvent toutefois être établis. La diffusion confidentielle des résultats a été appréciée (si les résultats de chacun des établissements étaient disponibles, ceux-ci n'étaient pas identifiés). L'attitude des chirurgiens a changé pendant le projet; ils ont apprécié avoir accès à de l'information pertinente, mieux connaître leur charge de travail et être en mesure de faire la preuve que leurs pratiques sont conformes aux critères de qualité. L'audit leur est donc apparu comme un bénéfice plutôt qu'une menace. À la fin du projet pilote (deux ans) la démarche de révision des pratiques ne s'est pas interrompue et on a observé une amélioration importante de la qualité de l'information clinique (15 fois plus d'informations de qualité).

En conclusion, les auteurs avancent que ce type d'approche faisant appel à la recherche de consensus peut être implanté relativement rapidement. La confidentialité demeure toutefois importante et, selon leur expérience, il existe d'autres éléments porteurs de succès. Ainsi, il importe :

- que la région à inclure dans le projet soit suffisamment grande pour que différents types d'établissements puissent être représentés (volume, vocation, etc.);
- que l'implication locale et l'appropriation de la démarche par les équipes cliniques soient acquises;
- que l'audit constitue un « plus » pour les cliniciens (permettre d'améliorer l'organisation de l'unité et aussi la prise en charge de la patiente);
- qu'un ensemble de données standardisées soit recueilli dans chaque unité;
- que le projet soit coordonné avec souplesse (pas d'approche directive, mais pas de laxisme non plus);
- que les données soient, dans la mesure du possible, traitées par un organisme ou une agence neutre.

Les auteurs rappellent, par ailleurs, l'importance d'utiliser les réseaux professionnels déjà en place pour faciliter l'implantation de ce type de démarche. Ils concluent que l'approche retenue a permis de procéder rapidement à des changements tout en assurant un meilleur équilibre entre la réalité locale et la standardisation requise au niveau régional pour ce qui est de la comparabilité entre les hôpitaux. La généralisation de cette approche a été proposée pour tous les cancers dans l'ensemble des régions du Royaume-Uni.

Dans le cadre du programme de dépistage anglais, Allgood *et al.* (2006) considèrent que même avec de bonnes lignes directrices et de meilleurs outils, il est important de garantir un développement professionnel constant basé sur l'audit. Les efforts en matière d'AQ et les investissements dans le cadre du programme de dépistage s'en trouvent justifiés.

Malgré l'absence de données franchement probantes quant à l'efficacité de la démarche de révision des pratiques, des organismes internationaux recommandent cette approche dans le contexte du dépistage, de l'investigation et du traitement des maladies du sein.

Ainsi, la Commission européenne a produit en 2001 d'importantes lignes directrices pour l'AQ du dépistage par mammographie.

De son côté, l'*European Society of Mastology* (Perry, 2001) recommande de procéder à l'audit des activités de mammographies diagnostiques et des activités d'investigation des femmes présentant des signes et des symptômes mammaires.

En résumé, quant aux conditions porteuses de succès :

La rétroaction doit porter sur une période assez longue (au moins deux ans). Il faut une implication locale et l'appropriation de la démarche par l'équipe clinique. Quant aux données, elles devront être standardisées. L'information sera pour sa part diffusée de façon confidentielle, en temps opportun, présentée efficacement (vulgarisée), associée à de la formation et ultimement à des changements organisationnels appuyés par les cliniciens et les décideurs si nécessaire. Les résultats doivent mettre en valeur la performance des meilleures unités. Il importe que la coordination du projet soit souple. Finalement, il est important que les cliniciens perçoivent une plus-value à cette démarche.

1.1.4 Royaume-Uni : un exemple précieux

Le Royaume-Uni a beaucoup investi dans la mise en œuvre de la fonction AQ, particulièrement dans le cadre du *National Health Service Breast Screening Programme (NHSBSP)*, soit le programme de dépistage du cancer du sein, pour l'Angleterre, le Pays de Galles, l'Écosse et l'Irlande.

Comme le montre la figure 2, dans chaque région, un directeur en AQ est assisté par une équipe formée d'un représentant de chacune des disciplines contribuant au programme : radiologiste, technologue en radiologie, pathologiste, chirurgien, infirmière spécialisée, administrateur, etc.

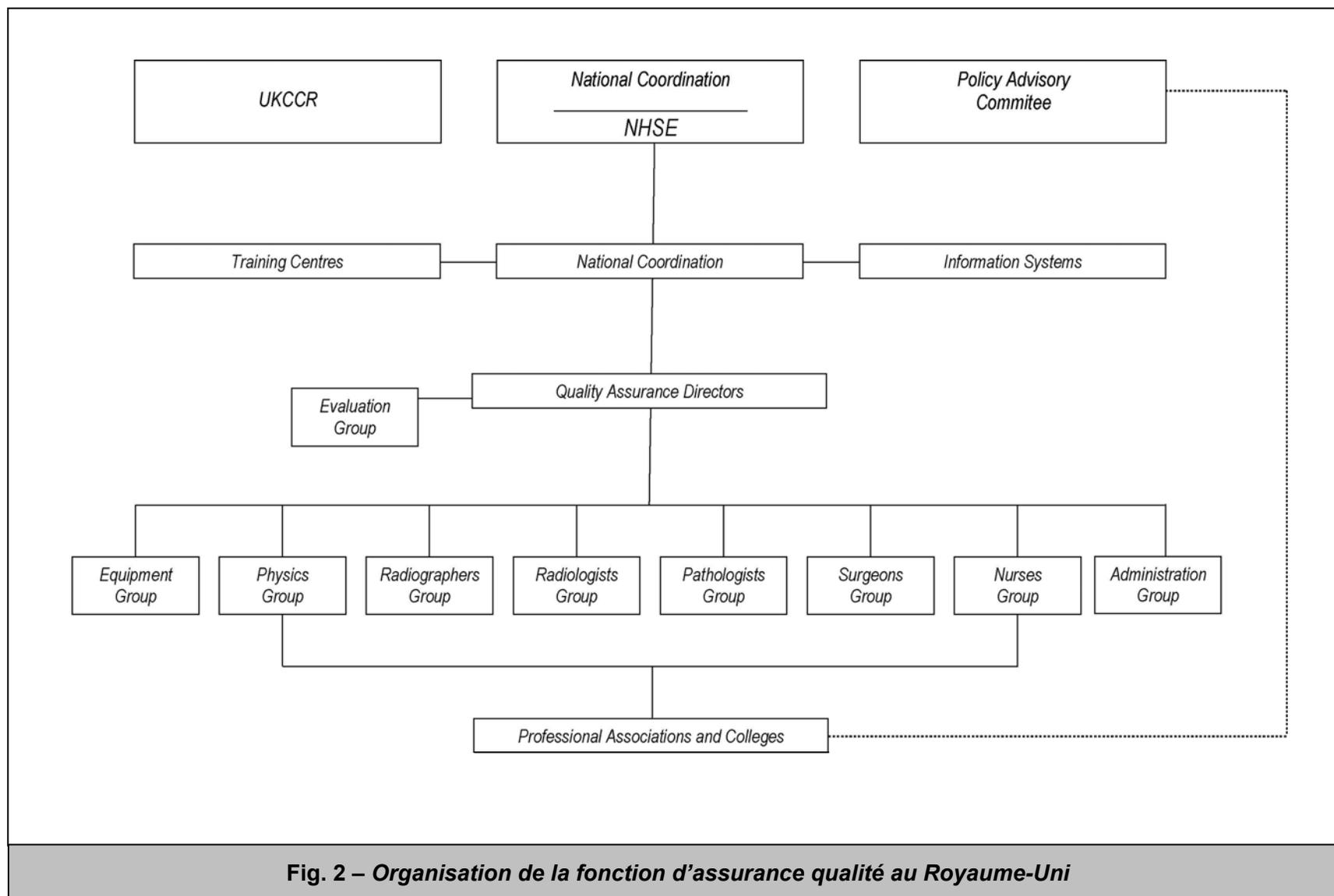


Fig. 2 – Organisation de la fonction d'assurance qualité au Royaume-Uni

Source : NHS CANCER SCREENING PROGRAMMES. « Guidelines on quality assurance visits », NHSBSP, publication n° 40, 2^e éd., octobre 2000, annexe 1 : p. 59, [En ligne]. [www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/qa-12.html]

Des guides de pratique en AQ, conçus conjointement par les membres du programme de dépistage et les groupes professionnels, permettent de monitorer la performance des différents volets du programme incluant :

- l'administration et les technologies de l'information
- la mammographie
- la radiologie;
- l'évaluation clinique;
- la chirurgie;
- les sciences infirmières;
- l'équipement;
- la physique biomédicale.

Ces lignes directrices sont disponibles (ou peuvent être commandées) sur le site Internet du *NHSBSP* à l'adresse électronique suivante :

[www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/index.html]. Un document synthèse mis à jour en avril 2005, également disponible sur le même site, présente l'ensemble des standards retenus par le *NHSBSP*.

Sauven *et al.* (2003) ont publié les principaux résultats de ce programme couvrant la période de 1996 à 2001; ils font part d'importants changements dans les pratiques au cours de cette période. Selon eux, l'audit/*feedback* est un processus clé contribuant à favoriser ces changements, surtout dans le cadre des discussions aux niveaux régional et national (lors de la rencontre annuelle des chirurgiens-coordonnateurs régionaux). Ces rencontres favoriseraient la dissémination d'information sur les meilleures pratiques à adopter.

Outre les rapports annuels produits par le *NHSBSP*, les données d'audit publiées et utilisées chaque année par l'Association des chirurgiens (*Association of Breast Surgery*) contribuent à la révision et à la consolidation des pratiques cliniques. Les rapports de ce groupe sont disponibles à l'adresse électronique précédemment mentionnée.

Le *NHSBSP* s'est également doté d'un mécanisme de révision externe, incluant l'examen de la performance des centres et des professionnels, s'actualisant par des visites de sites. Chaque centre lié au programme reçoit une visite formelle d'AQ tous les trois ans. Ces visites constituent un moyen privilégié pour réviser l'ensemble du processus de dépistage sur une base multidisciplinaire et pour évaluer l'efficacité des équipes travaillant dans chaque centre.

Les objectifs de ces visites d'AQ sont les suivants :

- examiner la performance de tous les aspects influant sur 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 s'assurer de transmettre les connaissances et expériences acquises;
- mettre en commun les expériences et la compréhension des principaux enjeux dans le domaine du cancer du sein.

Des lignes directrices (*NHS Cancer Screening Programmes*, 2000) définissent très clairement le déroulement, les procédures et les outils à utiliser pour réaliser ces visites, en plus d'y exposer des méthodes pour l'évaluation de la performance de chaque catégorie de professionnels. On y propose différentes interventions en cas de lacunes. Tous les professionnels font l'objet d'une évaluation.

1.2 Indicateurs portant sur l'investigation

Les nombreux indicateurs développés portent sur le processus d'investigation qui suit une mammographie de dépistage anormale. La documentation sur ce sujet provient surtout du Royaume-Uni, de l'Australie, de la Commission européenne et du Canada. Le Québec a retenu quelques indicateurs qui concernent le processus d'investigation dans son Cadre de référence du PQDCS (1996). La présente section comporte une synthèse des principaux indicateurs alors que l'annexe II présente l'ensemble des indicateurs tirés de la revue de la documentation ainsi que les normes minimales et souhaitables visées.

Les indicateurs peuvent être regroupés en trois catégories principales, soit :

- les délais;
- les examens d'investigation;
- l'évaluation des lésions en pathologie.

► Les délais

La figure 3 permet d'apprécier les nombreuses normes portant sur les délais d'attente à la suite d'une mammographie de dépistage anormale.

De façon générale, on peut distinguer deux intervalles particulièrement importants. Le premier délai important est celui qui sépare la mammographie de dépistage et la première évaluation pour investigation. Le second délai commence à la première évaluation pour investigation et s'étend jusqu'à l'un ou l'autre des événements qui suivent, le plus souvent le diagnostic avec ou sans biopsie ouverte, la recommandation de procéder à une biopsie, la visite au chirurgien, etc. Ces délais peuvent s'additionner de sorte que, selon les propositions canadiennes (Santé Canada, 2000), les délais entre la mammographie de dépistage et le diagnostic devraient être de cinq semaines, si une biopsie ouverte n'est pas nécessaire, et de sept semaines, en cas de biopsie ouverte.

► Les examens d'investigation

Les programmes organisés de dépistage visent à diminuer le nombre d'interventions chirurgicales qui aboutissent à un diagnostic bénin de façon à réduire le nombre d'examens effractifs non nécessaires. Ainsi le pourcentage de biopsies ouvertes, le taux de biopsies ouvertes bénignes et le ratio bénin/malin à la biopsie ouverte sont des indicateurs permettant d'apprécier la réalité des examens effractifs dont le résultat est bénin. L'utilisation de plus en plus fréquente, ces dernières années, des biopsies guidées par imagerie (sous échographie ou stéréotaxie, par trocart ou par aspiration) modifie le profil des actes effractifs réalisés au cours de l'investigation puisque ces examens permettent d'éviter le recours à la chirurgie. Ainsi, les femmes qui obtiennent un diagnostic par imagerie peuvent éviter la biopsie chirurgicale ou être traitées directement en chirurgie. Le pourcentage de diagnostics préopératoires proposés en Europe (*European Commission Europe against Cancer*, 2001) et au Royaume-Uni (*NHS Cancer Screening Programmes*, 2005) est de 70 et 80 % et plus respectivement.

Le programme du Royaume-Uni (*NHSBSP*, 2005) suggère de réduire le nombre de visites permettant d'établir le diagnostic à un maximum de trois visites (incluant la visite pour annoncer le résultat à la femme) pour 95 % des femmes. Le programme australien (*National Accreditation Committee*, 1994) fixe une norme quant au nombre de visites de contrôle à court terme (6 mois) à moins de 5 %.

**La révision des pratiques de l'équipe interdisciplinaire
d'un Centre de référence pour investigation désigné : un projet de démonstration**

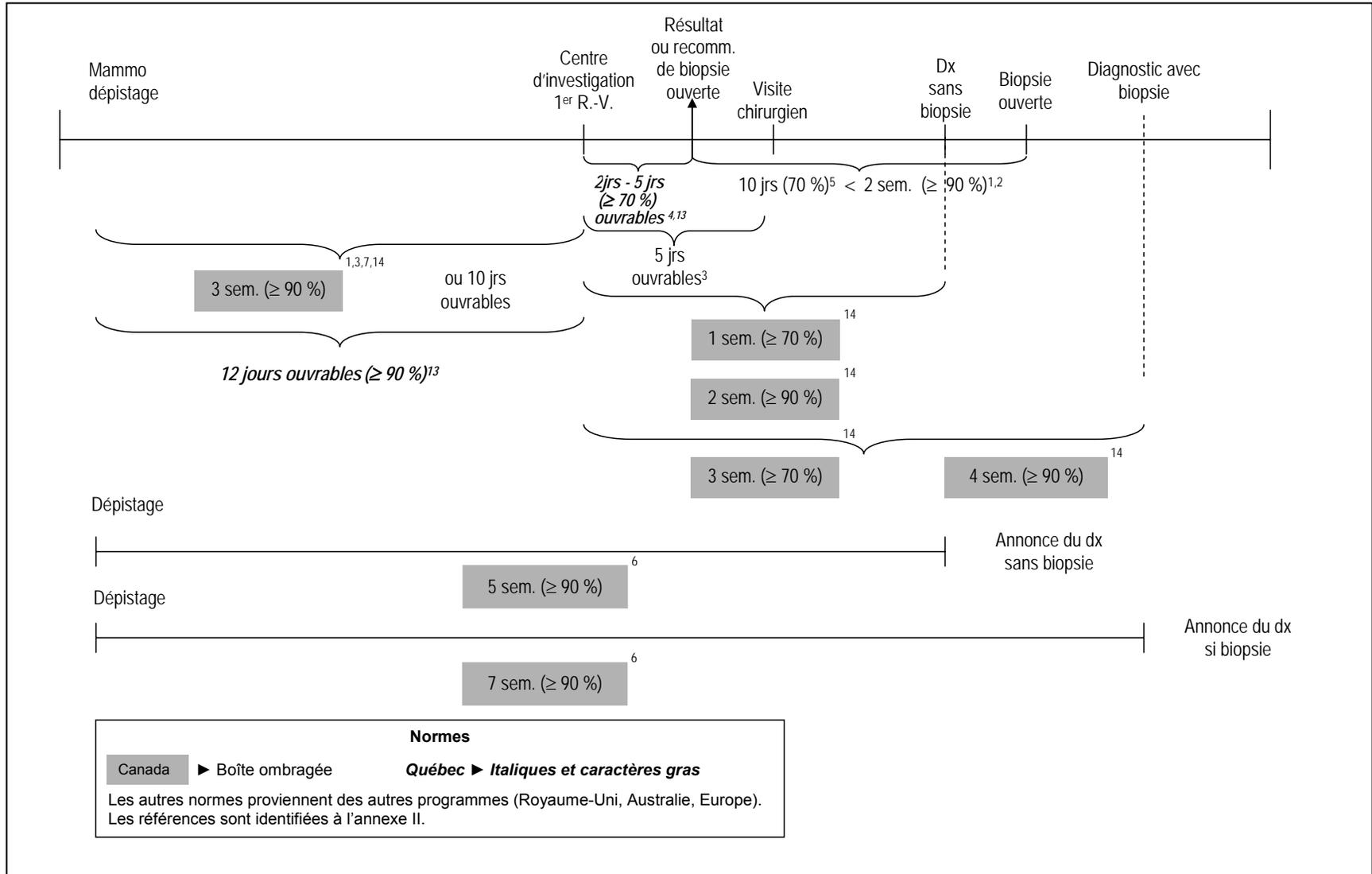


Fig. 3 – Principales normes portant sur les délais d'attente pour l'investigation

Par ailleurs, les programmes du Royaume-Uni (*NHSBSP*, 2005) et de l'Australie (*National Accreditation Committee*, 1994) prévoient évaluer la tenue de rencontres multidisciplinaires de révision de cas et la participation des professionnels.

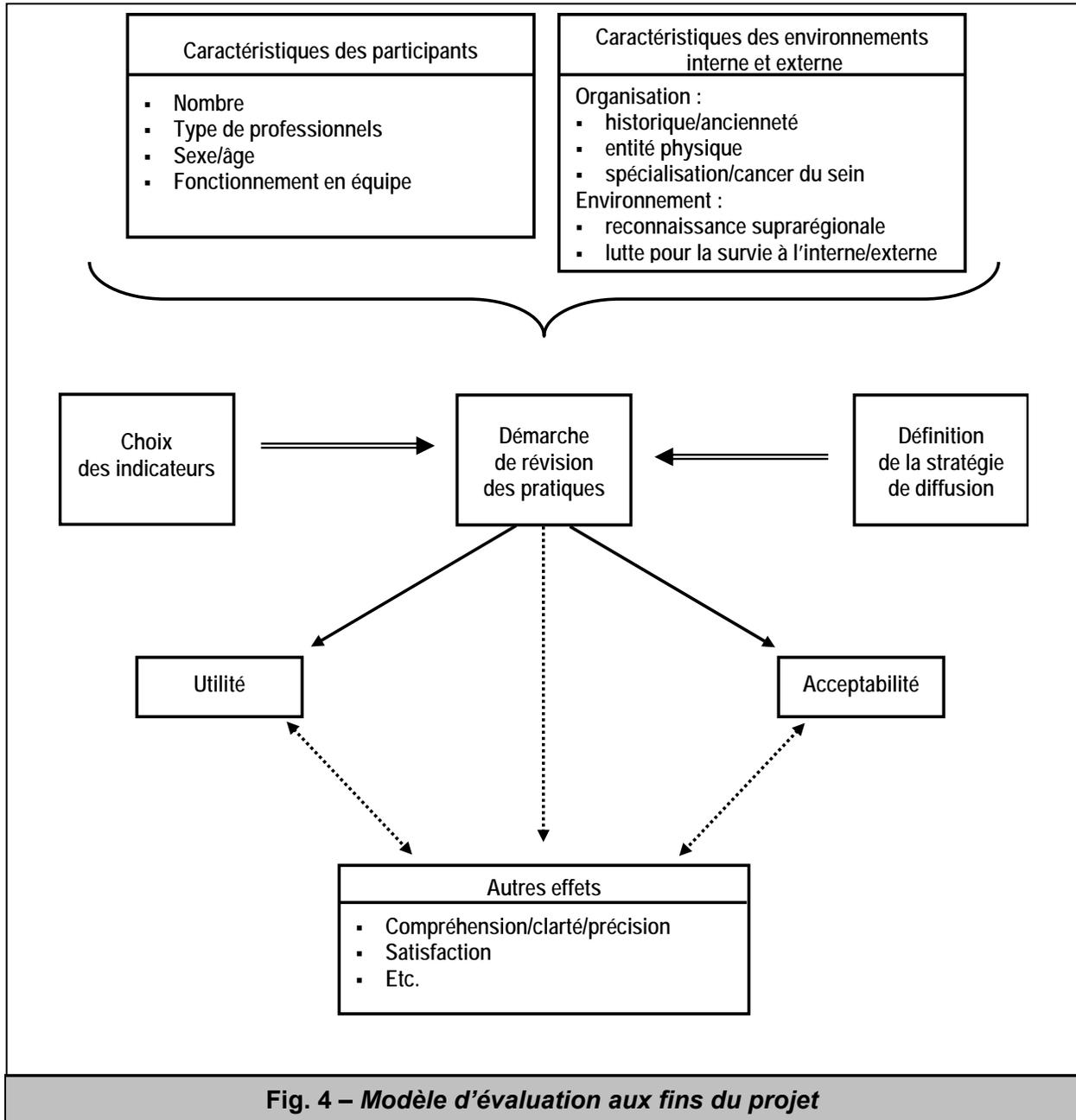
► **L'évaluation des lésions en pathologie**

La documentation sur les normes relatives à la pathologie provient essentiellement du Royaume-Uni. Les objectifs et les normes visent à améliorer la caractérisation des lésions, à s'assurer de l'inscription des éléments les plus importants dans le rapport de pathologie et à assurer la concordance diagnostique entre les pathologistes (dans l'optique d'une mesure d'AQ).

2. APPROCHE ÉVALUATIVE

Le modèle d'évaluation retenu aux fins du projet (Figure 4) tient compte des facteurs suivants :

- les caractéristiques des participants;
- les caractéristiques des environnements interne et externe;
- la démarche de révision des pratiques et ses deux principales composantes :
 - le choix des indicateurs;
 - la définition de la stratégie de diffusion.



La démarche de révision des pratiques est elle-même fonction du choix des indicateurs et de la stratégie de diffusion retenue. Les conditions ou facteurs qui peuvent influencer la perception du bien-fondé (soit l'utilité) et l'acceptabilité de la démarche de révision des pratiques sont très importantes et constituent le cœur de l'évaluation.

L'évaluation est de type qualitatif, constituée essentiellement d'observations et d'entrevues semi-dirigées. L'approche participative adoptée permet d'associer les « clients » potentiels de la démarche de révision des pratiques, ce qui favorise l'enrichissement de la réflexion au fur et à mesure du déroulement de la démarche.

Comme la mise en place d'une démarche de révision des pratiques comporte beaucoup d'impondérables, il est apparu important de choisir une approche d'évaluation qui enrichisse le projet au fur et à mesure de son évolution. L'évaluation retenue vise à déterminer les éléments favorables et les écueils associés à la démarche pour s'appuyer sur les premiers et contourner les seconds; l'exercice doit être incrémental et permettre de trouver les ajustements requis en cours de route. C'est pour cette raison qu'en pratique l'évaluation se réalise en deux phases :

1. La phase I ou évaluation *a priori* permet de prendre contact avec le terrain, d'émettre certaines hypothèses relatives aux conditions qui pourraient influencer sur la recevabilité de la démarche et de procéder aux ajustements au projet initial jugés pertinents. Cette phase comprend des entrevues qualitatives individuelles auprès de membres de l'équipe interdisciplinaire.
2. La phase II se déroule pendant l'expérimentation (dès les premières activités de diffusion des résultats aux intervenants). Elle comporte également des entrevues individuelles ainsi que des observations.

La figure 5 présente les étapes de la démarche de révision des pratiques et les phases évaluatives qui y sont associées.

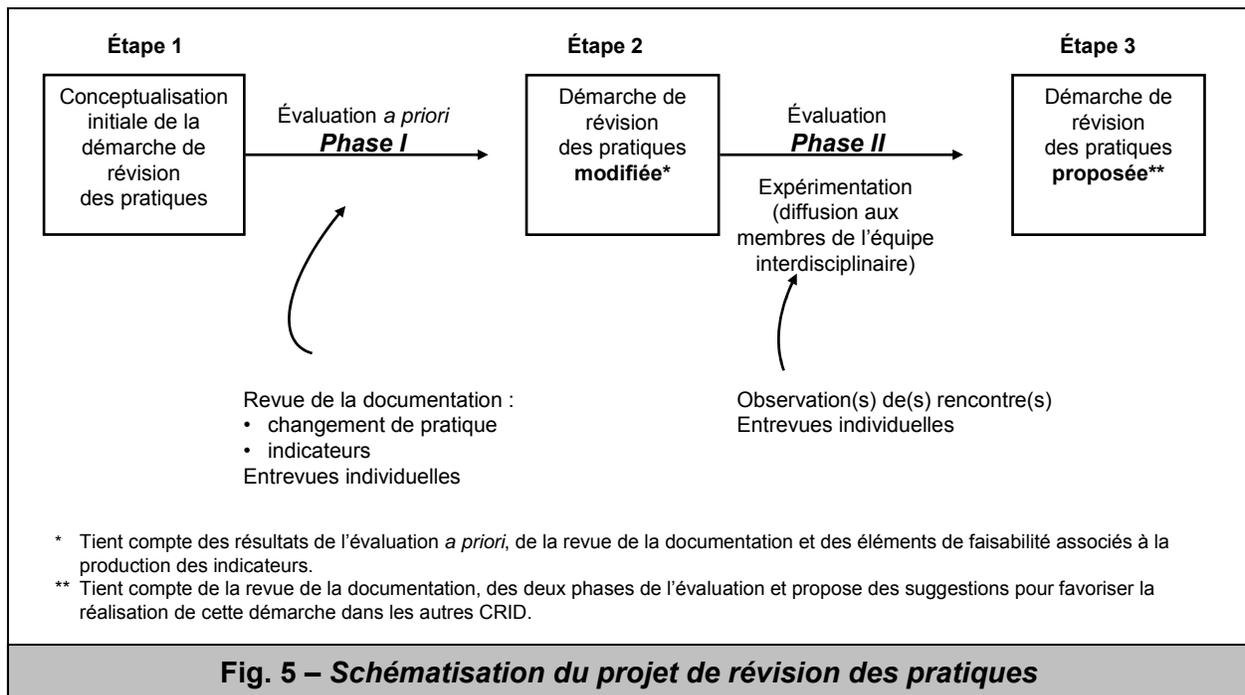


Fig. 5 – Schématisation du projet de révision des pratiques

3. RÉSULTATS

3.1 Caractéristiques des participants

L'équipe interdisciplinaire du CRID-HSS comprend de nombreux médecins, professionnels et personnels. L'équipe CRID comprend des membres qui font également partie de la Clinique des maladies du sein (CMS) Deschênes-Fabia. De nombreux autres médecins et professionnels contribuent à soutenir les soins, les services et à favoriser le développement des connaissances (recherche) dans le champ des maladies du sein à l'Hôpital du Saint-Sacrement.

Deux groupes de médecins et professionnels sont impliqués plus directement pour assurer la prestation des soins et services cliniques pour la clientèle CRID ou pour la clientèle de la CMS (Tableau 1), soit ceux :

- qui interviennent avant, pendant et après le diagnostic (les PRÉ-POST diagnostic);
- qui interviennent seulement après le diagnostic (les POST diagnostic).

Tableau I
Description de l'équipe interdisciplinaire du CRID-HSS

	Types de professionnels	Nombre
PRÉ-POST diagnostic ▼	Omnipraticien	7
	Chirurgien-oncologue	5
	Travailleur social	1
	Radiologiste	5
	Infirmière (CRID)	2
	Pathologiste	8
	Technologue en radiologie	≅ 14
POST diagnostic ▼	Nucléiste	1
	Hémato-oncologue	3
	Radio-oncologue	6
	Pharmacien	5
	Infirmière	11
	Travailleur social	1
	Nutritionniste	1

Au sens strict du terme, comme le PQDCS se limite au dépistage et à l'investigation (incluant le diagnostic) et pas au traitement, l'équipe interdisciplinaire du CRID devrait être formée des médecins et des professionnels de la première catégorie seulement (PRÉ-POST diagnostic). Toutefois, dans la réalité, l'équipe interdisciplinaire intègre les membres de la seconde catégorie (POST diagnostic). La définition de l'équipe interdisciplinaire peut varier en fonction des activités qui sont organisées ou destinées aux intervenants ou encore selon les besoins de la clientèle.

En date d'août 2007 (le nombre des médecins et des professionnels peut varier dans le temps), le volet clinique de l'équipe interdisciplinaire composé des deux sous-groupes présentés au tableau 1 compte environ 70 intervenants.

À ce nombre s'ajoutent de nombreux autres contributeurs tels d'autres médecins (ex. : chirurgiens plastiques), professionnels (ex. : archivistes médicales), administrateurs (ex. : coordonnatrice administrative du CRID), membres des personnels de soutien (ex. : commis intermédiaires et secrétaires) et chercheurs en laboratoire ou à l'Unité de recherche en santé des populations.

Les rencontres hebdomadaires du CRID regroupent les hémato-oncologues, les radio-oncologues, les chirurgiens, les omnipraticiennes, les infirmières, les travailleuses sociales, les pharmaciens et la nutritionniste. Ces réunions permettent de discuter des traitements adjuvants, des indications de traitement pour les femmes ayant des métastases ainsi que des cas problématiques.

Par ailleurs, des présentations scientifiques, qui ont lieu toutes les deux semaines (lorsque possible), comprennent des clubs de lecture, des conférences (conférenciers-invités) et des discussions de cas CRID (problèmes particuliers eu égard aux diagnostics et aux modes de présentation). L'ensemble des médecins et professionnels gravitant autour de l'équipe CRID sont habituellement invités.

3.2 Caractéristiques des environnements interne et externe

Créée en 1974 et née de la volonté d'assurer des services de qualité, la Clinique des maladies du sein a été mise sur pied grâce à la collaboration de deux médecins cliniciens, les docteurs Jocelyne Chiquette et Luc Deschênes, et d'un médecin épidémiologiste du Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval, la docteure Jacqueline Fabia.

En 1974, les docteurs Chiquette et Deschênes, respectivement omnipraticienne et chirurgien, ont travaillé en équipe de façon à offrir des services aux femmes qui présentaient des problèmes mammaires. Dès lors, l'équipe interdisciplinaire commence à se développer.

À la fin des années 1980, début 1981, les activités de la Clinique des maladies du sein et l'oncologie sont regroupées dans les mêmes locaux. Ce milieu participe à de nombreux projets de recherche, dont l'étude canadienne sur le dépistage du cancer du sein.

Pendant les années qui suivent, la Clinique prend de l'envergure. Elle s'installe dans de nouveaux locaux mieux adaptés aux besoins de la clientèle et inaugure, en novembre 1997, le Centre des maladies du sein Deschênes-Fabia pour rendre honneur aux médecins qui ont mis en œuvre ces services destinés aux femmes.

En mai 1998, le PQDCS démarre dans la région de Québec et l'Hôpital Saint-Sacrement (HSS), désigné comme CRID, entreprend ses activités et procède aux investigations chez les femmes qui doivent subir des examens complémentaires à la suite d'une mammographie de dépistage anormale.

Le Centre des maladies du sein (CMS) et le CRID comptent sur les mêmes ressources. Toutefois, une infirmière et une travailleuse sociale sont dédiées à la clientèle CRID. Le choix des plages horaires a été fait de façon à faciliter l'accès aux consultations médicales et aux examens radiologiques pour les participantes au PQDCS, et ce, dans l'optique de respecter les normes du programme au regard des délais d'accès aux services.

L'HSS est reconnu au Québec pour être un centre tertiaire de référence pour l'investigation et le traitement des maladies du sein. Il s'agit de l'établissement au Québec qui prend en charge le

plus grand nombre de femmes participantes du PQDCS qui nécessite une investigation. Dans la région de Québec, il s'agit du seul établissement qui soit désigné comme CRID.

Historiquement, le contexte de la reconfiguration du réseau universitaire a fait en sorte que l'HSS et l'Hôpital de l'Enfant-Jésus se sont associés en 1996 pour former le Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA).

Depuis quelques années, plusieurs services ou départements ont été déplacés d'un établissement à un autre dans la région de Québec et quelques services importants de l'HSS ont été transférés ailleurs, à l'intérieur du CHA (ex. : Centre des grands brûlés) ou à l'extérieur (ex. : chirurgie vasculaire). Ces changements ont créé une certaine insécurité chez plusieurs groupes d'acteurs qui appréhendent pour les services qu'ils dispensent des modifications dues à des décisions administratives (ex. : allocation de ressources, désignation de mandats, achat et localisation de nouvelles technologies). Ces appréhensions sont partagées par de nombreux intervenants œuvrant à l'HSS incluant ceux qui travaillent dans le secteur des maladies du sein. On comprend donc que les professionnels et les personnels qui offrent des services au CRID-HSS font preuve de prudence pour s'assurer que les données qui les concernent soient bien utilisées et surtout pour que ces renseignements ne nuisent pas à la survie des services qu'ils offrent.

3.3 Déroulement du projet : expérimentation et évaluation

3.3.1 Étape 1 : conceptualisation initiale de la démarche de révision des pratiques

L'idée initiale de ce projet est, somme toute, assez simple. Il s'agit de produire des analyses sur la pratique en CRID et de diffuser cette information aux médecins et aux professionnels constituant l'équipe interdisciplinaire. L'objectif poursuivi est de favoriser un examen critique des pratiques cliniques susceptible de mener aux ajustements souhaitables dans l'optique d'une amélioration continue de la qualité.

Dès le départ, la conceptualisation du projet s'est articulée autour de deux axes :

- le développement méthodologique d'indicateurs et la production des analyses;
- la mise en œuvre d'une stratégie de diffusion aux membres de l'équipe interdisciplinaire.

Un certain nombre de décisions ont permis de rendre opérationnels ces deux axes. Le plus souvent, les choix se sont imposés d'eux-mêmes compte tenu des rôles, des modes de fonctionnement et des contraintes avec lesquels il fallait composer. Le premier axe concerne le choix et la production des analyses qui seront transmises à l'équipe interdisciplinaire. Cet axe implique la détermination des informations utiles et pertinentes à transmettre à l'équipe, le développement méthodologique des indicateurs et la réalisation des jumelages de bases de données, si nécessaire. Ainsi, au regard de ce premier axe, les décisions suivantes ont été retenues :

- que l'équipe d'évaluation du PQDCS à l'INSPQ contribue au développement des indicateurs et à la production des analyses en tenant compte des travaux déjà en cours et de son expertise à travailler avec les banques de données utiles aux fins de l'évaluation du PQDCS;

- que soit effectuée une revue de la documentation sur les indicateurs considérés comme utiles pour suivre l'évolution du volet investigation d'un programme de dépistage du cancer du sein;
- que le choix des indicateurs tienne également compte :
 - des limites et contraintes associées aux bases de données du SI-PQDCS et de la possibilité de contourner ces difficultés en procédant, notamment, au jumelage de différents fichiers;
 - de la nécessité de comparer les résultats du CRID-HSS avec des entités comparables soit les autres CRID du PQDCS et d'établir une comparaison avec les normes pertinentes édictées par d'autres programmes (hors Québec) le cas échéant.

D'entrée de jeu, les analyses envisagées ont été regroupées en trois catégories, soit :

- la description des caractéristiques de la clientèle et des services offerts;
- la description des examens d'investigation réalisés;
- le nombre et les caractéristiques des tumeurs.

Quant au deuxième axe, soit la stratégie de diffusion, les éléments qui ont été retenus dès le départ sont les suivants :

- conception d'outils pour transmettre les analyses aux intervenants sous forme conviviale (présentations PowerPoint axées sur des représentations visuelles le plus souvent possible);
- prise en considération des horaires chargés et des difficultés de trouver des plages horaires qui conviennent à l'ensemble des membres de l'équipe;
- intégration, dans l'équipe de projet, d'un membre de l'équipe interdisciplinaire possédant un leadership indéniable afin, d'une part, de ne jamais perdre de vue la réalité sur le terrain et, d'autre part, de favoriser le bon déroulement, l'utilité et l'acceptabilité du projet. La D^{re} Louise Provencher, chirurgien-oncologue au CRID-HSS a accepté de se joindre à l'équipe de projet.

3.3.2 Évaluation *a priori* (phase I)

L'évaluation *a priori* comprend la revue de la documentation sur la révision des pratiques et les indicateurs d'évaluation, qui a été présentée à la section 1 du présent document.

En juillet 2003, au moment où la phase d'évaluation *a priori* démarre, on procède à la collecte d'information auprès de certains membres de l'équipe interdisciplinaire. Huit entrevues sont alors réalisées. Pour assurer une représentation optimale des membres de l'équipe et pour aller chercher un maximum d'informations pertinentes, cinq autres entrevues sont réalisées au cours des mois d'avril et mai 2004.

Au total, 13 entrevues d'une durée de 45 à 90 minutes ont permis de rencontrer des chirurgiens (3), des pathologistes (2), un radiologiste, une omnipraticienne, des infirmières (3), des travailleuses sociales (2), une technologue en radiologie. Comme on peut le constater dans le canevas des entrevues présenté à l'annexe III, les questions étaient essentiellement ouvertes. Les points abordés sont regroupés autour des objets suivants :

- les connaissances, expériences, perceptions des répondants liées à la démarche de révision des pratiques de façon générale;
- les perceptions, opinions sur les conditions à mettre en place pour faciliter l'exercice de la révision des pratiques ou, au contraire, les obstacles potentiels perçus par les répondants.

L'analyse détaillée est disponible à l'annexe IV.

En résumé :

Les entrevues auprès des professionnels ont permis de constater une compréhension variable des concepts associés à la révision des pratiques. On note toutefois que les médecins et les professionnels ont expérimenté plusieurs activités de révision des pratiques au cours des dernières années (ex. : contrôles de la qualité technique des appareils de radiologie, évaluation par critères objectifs promus par le Collège des médecins du Québec).

Les répondants s'entendent sur la pertinence de s'engager dans la démarche de révision des pratiques. Tous anticipent des bénéfices. Cependant, ils ajoutent par la même occasion qu'il faut minimiser le temps et l'énergie nécessaires compte tenu du sentiment d'essoufflement associé à l'ampleur de leur tâche. Pour ce qui est de la nature même des analyses qui devraient être incluses dans cette démarche, elle varie passablement en fonction des intérêts et des rôles que les intervenants assument au sein de l'équipe. Les types de personnel et de professionnel qui devraient être invités à assister aux rencontres de diffusion des résultats ne font pas consensus non plus. On insiste toutefois sur l'importance de s'assurer que les personnes réellement concernées soient invitées en priorité.

Une proportion élevée de répondants souligne l'importance des points suivants :

- tenir trois sessions de travail de 90 minutes chacune;
- préserver la confidentialité des résultats;
- éviter de créer des situations « difficiles politiquement » pour l'établissement (des remises en question, notamment);
- rester « branché » sur la réalité, c'est-à-dire concret et proche des préoccupations des cliniciens.

3.3.3 Étape 2 : démarche de révision des pratiques modifiée

L'analyse de contenu de l'évaluation *a priori* a amené les promoteurs du projet à mettre en place un comité ad hoc pour soutenir la préparation et la diffusion des résultats aux membres de l'équipe interdisciplinaire. La mise en place de ce comité, qui n'avait pas été prévue initialement, s'est vue justifiée entre autres pour des considérations touchant :

- le développement méthodologique des indicateurs et la capacité d'établir des comparaisons entre différents milieux;
- la « sensibilité » associée aux résultats et l'importance d'assurer des modes de gestion efficaces de la diffusion assurant la confidentialité;
- la nécessité de veiller à ce que les résultats présentés correspondent effectivement aux besoins des intervenants (« plus-value » perçue), pour tenir compte des contraintes du milieu clinique.

La revue de la documentation ayant mis en évidence la nature médicale des indicateurs qui seront traités en priorité, il a été décidé d'inclure les représentants suivants des disciplines médicales au sein du comité ad hoc : un radiologiste, un pathologiste et une omnipraticienne. Ce choix est le reflet de l'interdisciplinarité de l'équipe médicale qui œuvre auprès des femmes au CRID. Viennent se joindre au comité les membres de l'équipe de projet (dont la chirurgienne-oncologue qui complète la représentation de l'expertise médicale disponible). La liste complète des membres du comité ad hoc est présentée à l'annexe V.

Le mandat du comité ad hoc est défini ainsi :

- discuter des analyses avec les chercheurs dans l'optique de :
 - fournir des commentaires ou des précisions permettant d'améliorer la validité et la comparabilité des données;
 - contribuer à l'interprétation des résultats;
 - dégager des pistes d'action pour améliorer les modes de fonctionnement et les pratiques;
- discuter de la stratégie de diffusion la plus appropriée quant aux :
 - modalités de présentation à l'équipe interdisciplinaire;
 - modes de diffusion à d'autres professionnels et gestionnaires de l'établissement;
 - modes de diffusion à d'autres instances (régionale, provinciale, etc.);
- collaborer à l'évaluation qualitative.

Les membres du comité ad hoc se sont rencontrés à sept reprises entre février 2005 et mai 2007⁸. Le déroulement des rencontres s'est effectué, généralement, en deux temps. Venaient d'abord la présentation de l'objet à l'ordre du jour, le retour, si nécessaire, à la présentation antérieure et le choix de consignes destinées à assurer l'efficacité de la rencontre. Par la suite, l'objet même de la rencontre était présenté et discuté. L'heure du midi s'est avérée comme le moment le plus propice aux rencontres, qui avaient une durée moyenne de 1 h 45. Le taux de participation moyen a été de 93,3 %.

Les travaux confiés au comité ad hoc comprenaient le développement des indicateurs pour la révision des pratiques en CRID. Ces indicateurs sont regroupés en huit catégories :

- établissements ayant procédé à l'investigation;
- caractéristiques des femmes;
- remplissage des rapports du PQDCS;
- profil d'investigation des femmes ayant fréquenté l'HSS comparé à celui des autres CRID;
- caractéristiques des cancers;
- indicateurs de performance : actes effractifs, délais et rappel précoce (voir Annexe VI).

La stratégie de diffusion n'a pas fait l'objet de très longues discussions. Il est apparu assez clair, en cours de route, que le projet initial de procéder à trois rencontres était irréaliste. Une seule rencontre a été prévue et la préparation de la présentation a été effectuée en conséquence. Par ailleurs, les cliniciens étaient responsables des invitations à la session de diffusion des résultats. Il a semblé évident, dès le départ, que les résultats les concernant leur appartenaient et que, ce faisant, les cliniciens du comité ad hoc devaient avoir le contrôle de la diffusion des résultats produits.

⁸ Dates des rencontres : 22/02/2005; 24/02/2006; 31/03/2006; 03/05/2006; 17/05/2006; 14/03/2007; 02/05/2007.

Les observations réalisées dans le cadre de l'évaluation ont révélé les caractéristiques et la complexité de la démarche du comité ad hoc.

- **Méthodologie :**
 - principaux défis méthodologiques relevés tout au long de la démarche :
 - les échanges ont servi à mieux connaître la réalité des cliniciens d'une part et à prendre en compte les considérations méthodologiques et les limites des bases de données, d'autre part. Le développement des indicateurs a été réalisé de façon harmonieuse à partir d'un plan proposé par l'équipe de projet;
 - la complexité associée à la conceptualisation des indicateurs (ex. : décision de comparer l'HSS aux autres CRID, exclusion des CDD-CRID, comparaison des clientèles entre l'HSS et les autres CRID afin de savoir si on peut comparer les résultats, etc.);
 - la fiabilité des données;
 - les limites des sources de données;
 - l'écart possible entre les données présentées (données de 2001) et le portrait actuel des pratiques, situation qui n'était pas sans soulever des interrogations;
 - la formulation d'hypothèses pour mieux comprendre les données.
- **Participation :**
 - l'intérêt et la motivation des cliniciens ne se sont jamais démentis tout au long du projet. Les questions posées, le souci de comprendre le sens exact des données et la volonté de trouver des solutions aux problèmes éprouvés en cours de route le démontrent bien;
 - les cliniciens, impliqués depuis des années dans la problématique du cancer du sein, sont intéressés à jeter un regard critique sur leur pratique et à l'améliorer, ce qui peut expliquer leur assiduité aux rencontres et leur motivation.
- **Communication :**
 - les interactions entre les différents acteurs ont toujours été empreintes de respect, d'écoute et de réceptivité, ce qui a permis la création d'un climat d'échange positif et constructif;
 - les échanges ont permis d'élaborer un vocabulaire commun aux cliniciens et à l'équipe de projet.
- **Connaissance des cliniciens :**
 - la connaissance des cliniciens, aussi bien au plan des aspects cliniques qu'organisationnels, a permis d'apporter des explications ou des éclairages nouveaux à certaines données et de soulever des hypothèses;
 - cette connaissance a également permis à l'équipe de projet de noter certaines limites des données présentées, de remettre en question la qualité et la présence de certains indicateurs afin d'ajuster les travaux;
 - il faut mentionner que les cliniciens, très critiques à l'égard des données présentées, l'étaient également envers eux-mêmes dès qu'un résultat les concernant ne respectait pas leur exigence, la norme ou leur perception de la réalité.
- **Gains liés à la démarche :**
 - l'exercice réalisé a permis aux cliniciens de cerner, en cours de route, leurs points forts et leurs points faibles et de percevoir les gains liés à la démarche;

- certaines craintes face à l'exercice telles que : une mauvaise interprétation possible des données, leur utilisation par des tiers (à des fins négatives) et leur diffusion inappropriée, ont été dissipées en cours de processus.
- Leadership de la clinicienne du CRID-HSS associée à l'équipe de projet :
 - cette personne a joué un rôle central dans la réalisation du projet. La crédibilité qu'elle avait auprès de ses pairs et sa conviction de l'utilité et du bien-fondé de la démarche ont grandement contribué à l'atteinte des objectifs poursuivis. Il aurait été difficile de mener à bonne fin le projet sans son implication active.
- Préoccupation constante de l'utilité de la démarche :
 - la toile de fond ayant guidé les travaux de ce comité a toujours été de s'assurer de l'utilité et de la compréhension de l'information produite.

Enfin, l'étalement des rencontres dans le temps (février 2005 à mai 2007) peut s'expliquer par deux principaux éléments : la nécessité de valider des données et les problèmes de disponibilité des cliniciens.

- Validation des données :
 - lors de la première rencontre du comité ad hoc (22/02/2005), l'équipe de projet a proposé quelques indicateurs. Au cours de cette présentation, on décèle un certain nombre de problèmes concernant les actes inscrits à la banque de données de la RAMQ, tels que la distinction à faire entre certains codes d'actes de biopsie (guidée par imagerie versus chirurgicale), actes non réclamés à la RAMQ mais réalisés par les cliniciens, etc. Ces problèmes pouvant compromettre l'analyse des données, il est proposé de procéder à un mini-projet de validation nécessitant l'autorisation de la Commission d'accès à l'information (CAI). Cet exercice de validation aura nécessité environ un an de travail à l'équipe de projet.
- Disponibilité des cliniciens :
 - en 2006, la négociation entre la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et le MSSS a donné lieu à des moyens de pression qui ont ralenti, de façon significative, la cadence des rencontres.

En somme, les travaux du comité ad hoc ont favorisé :

- un enrichissement réciproque grâce aux expertises complémentaires des cliniciens et des professionnels de l'équipe de projet;
- l'expression des attentes eu égard aux indicateurs et la prise en compte des limites associées aux bases de données;
- l'intégration d'éléments d'information portant sur les modes de fonctionnement qui n'auraient pas été disponibles autrement;
- la diffusion de résultats véritablement adaptés aux besoins du milieu.

3.3.4 Évaluation de l'expérimentation (phase II)

L'expérimentation correspond à la diffusion des indicateurs auprès des intervenants du CRID. La diffusion a pris la forme d'une présentation PowerPoint réalisée le 27 mars 2007. L'évaluation de cette étape du projet comporte trois points :

- une description des participants et du déroulement de la présentation;
- la synthèse des premières impressions, colligées sur la fiche de participation;
- les entrevues.

► **Description des participants et déroulement de la présentation**

Ce sont les cliniciens du comité ad hoc qui ont identifié les personnes à inviter et qui ont procédé à l'invitation pour la présentation des résultats. Sur les 64 personnes qui avaient reçu l'invitation⁹, 21 (32,8 %) étaient présentes (voir Tableau II) lors de la présentation. Les principales raisons invoquées par diverses sources d'information pour justifier certaines absences sont : congé de maladie, vacances ou conflit d'horaire.

La présentation s'est tenue entre 17 h et 19 h 30. Un lunch était offert sur place. La D^{re} Louise Provencher, collaboratrice à l'équipe de projet au CRID-HSSS, a exposé, en introduction, les objectifs du projet, la constitution de l'équipe de projet, les rôles de chacun ainsi que le contenu et le déroulement de la présentation. Enfin, elle a invité monsieur Éric Pelletier, épidémiologiste à l'INSPQ, à effectuer la présentation.

Tableau II
Description des personnes invitées et des participants selon leur occupation

Occupation	Invités	Présents
Chirurgien	4	2
Hématologue	3	--
Omnipraticien	7	4
Pathologiste	7	2
Radiologiste	6	2
Radio-oncologue	5	--
Autres médecins spécialistes	3	--
Conseillère en soins	2	--
Infirmière*	10	1
Nutritionniste	1	--
Pharmacien	1	--
Travailleuse sociale	2	1
Administrateur de l'HSS	4	4
Centre de coordination des services régionaux	1	1
INSPQ, MSSS et URESP ¹⁰	8	4
TOTAL	64	21 (32,8 %)

* Dont 8 infirmières de recherche ou infirmières pivot, etc.

La grille d'observation utilisée lors de la présentation était divisée en quatre volets :

- déroulement et animation;
- compréhension/clarté/précision;
- acceptabilité;
- utilité perçue (voir Annexe VII).

Les résultats de cette observation sont exposés ci-après.

⁹ Ne sont pas inclus dans ce nombre les personnes suivantes : les professionnels de l'équipe de projet (n=6), les cliniciens du comité ad hoc (omnipraticienne (n = 1); pathologiste (n = 1); radiologiste (n = 1) et les technologues en radiologie (n = 14).

¹⁰ URESP : Unité de recherche en santé des populations du CHA-Hôpital du Saint-Sacrement.

Les participants ont démontré beaucoup d'intérêt pour les résultats présentés et ont fait preuve d'une grande réceptivité. Les interactions entre les participants d'une part et entre les participants et le présentateur d'autre part l'illustrent bien. De plus, la présence des participants du début à la fin, leurs demandes d'éclaircissements, les compléments d'information demandés et la recherche d'explications pour certaines données, vont dans ce sens. Enfin, la maîtrise du sujet démontrée par le présentateur a apporté de la crédibilité aux résultats et son approche (à l'écoute des participants, empressement à répondre aux questions et ouverture d'esprit) ont certes contribué à la réussite de cette présentation.

Les principaux éléments de contenu qui ont fait l'objet de discussion au cours de la présentation sont :

- des questionnements portant sur le pourcentage de femmes dont l'investigation est inconnue au niveau de la région (Comment est-ce possible? Quelles sont les raisons qui pourraient l'expliquer?);
- les lacunes au regard des formulaires à remplir :
 - des questionnements quant aux pourcentages de formulaires remplis;
 - la recherche de solutions pour améliorer l'identification des participantes et le remplissage des formulaires ;
- la pertinence de revoir le contenu des formulaires (souvent trop d'informations demandées ou pas assez, par exemple les ganglions sentinelles) et de donner des directives plus claires pour les remplir (pas toujours évident). Directive nécessaire en pathologie pour que chaque pièce biopsique fasse l'objet d'un rapport de pathologie;
- l'intérêt à obtenir plus d'informations sur les délais, particulièrement le délai lié à l'annonce du diagnostic;
- la pertinence de procéder à des rappels précoces et l'importance de vérifier, le cas échéant, l'incidence des cancers d'intervalle chez ces cas.

Ce dernier point est particulièrement important. Sans entrer dans les détails des résultats du CRID-HSS, notons la remise en question de la pratique du rappel précoce. Les rappels précoces 6-12-24 mois à la suite du diagnostic « probablement bénin » ou d'une biopsie par forage sont-ils justifiés? Est-ce que cette pratique (qui correspond aux normes actuellement reconnues) permet effectivement de mettre en évidence des cancers et de modifier l'évolution de ces cas? D'autres recommandations seraient-elles plus appropriées? Ces questions sont très importantes, elles devraient dans un avenir rapproché faire l'objet d'analyses par l'équipe d'évaluation du PQDCS à l'INSPQ.

► Synthèse des premières impressions des participants

Dès leur arrivée, les participants recevaient une fiche de participation (voir Annexe VIII) qu'ils devaient remettre à la fin de la présentation. Cette fiche permettait de recueillir l'information suivante : nom, profession, sexe, âge, premières impressions sur les résultats présentés et participation éventuelle à une entrevue individuelle dans le cadre de l'évaluation qualitative. Sur les 21 personnes présentes, 18 ont remis leur fiche. Les données montrent que les femmes représentaient 83,3 % (n = 15/18) des participants et que l'âge moyen était de 45,8 ans (taux de réponse : 72,2 %; n = 13/18).

Les commentaires transmis par les participants peuvent se résumer ainsi :

- présentation/présentateur :
 - la présentation a été qualifiée de « stimulante » et sa formule à maintenir;

- la crédibilité du présentateur s'est appuyée sur sa maîtrise du contenu et sur la qualité des réponses aux questions soulevées;
- utilité perçue :
 - intérêt :
 - les participants ont relevé la pertinence des données présentées; ces dernières permettent d'avoir de la rétroaction par rapport à ce qui se fait dans leur CRID et par rapport à leur pratique; elles permettent aux cliniciens de réajuster leurs façons de faire ou de se questionner à nouveau;
 - ce type de présentation devrait être répété régulièrement;
 - formulaires/procédures :
 - les données ont permis de faire ressortir certaines lacunes quant à l'information demandée sur les formulaires et à l'importance de standardiser les rapports;
 - les formulaires du PQDCS devraient être améliorés (mieux définis, mieux ciblés);
 - certaines procédures devraient être corrigées afin de permettre d'améliorer les gestes faits par les cliniciens;
 - comparaison avec d'autres CRID :
 - l'intérêt de se comparer aux autres CRID est soulevé.

► Entrevues

Lors de la présentation du 27 mars 2007, les participants étaient invités à participer à une entrevue ayant pour but de documenter davantage leur point de vue sur les données présentées et la démarche mise en place (voir Annexe IX). Parmi les cinq personnes ayant répondu positivement à l'appel (27,8 %, soit 5/18), on trouve des représentants de diverses professions : chirurgien (1), omnipraticiennes (2), pathologiste (1) et infirmière chef de programme (1). Ces entrevues, qui se sont déroulées entre le 25 avril 2007 et le 23 mai 2007, ont eu une durée moyenne de 25 minutes.

Avant de présenter l'information provenant des entrevues, il est important de faire une mise en garde. Le nombre restreint d'entrevues réalisées (n = 5) constitue une limite importante, dans la mesure où l'information produite ne peut représenter les idées de l'ensemble des participants; son contenu doit donc être utilisé avec prudence. Cependant, il faut noter que la majorité des réponses convergent et permettent de faire ressortir que les personnes rencontrées partagent une « vision commune ».

Les trois thèmes abordés au cours de l'entrevue étaient : le choix du contenu, le choix des modalités de la présentation et l'acceptabilité de la démarche ainsi que l'utilité de l'information produite. Enfin une dernière question traitait de l'élargissement de cette démarche aux autres CRID.

- Choix du contenu :
 - le contenu présenté a été jugé pertinent; il a permis, entre autres, 1) de réviser les modes de pratique, 2) de mieux les comprendre, 3) de se poser des questions par rapport à celles-ci et 4) de broser un portrait de la pratique dans les CRID. Enfin, le contenu a été qualifié de « très accessible ».
- Modalités de la présentation et acceptabilité de la démarche :
 - *acteurs qui devraient être sollicités*: selon les répondants, les médecins (chirurgien, omnipraticien, pathologiste et radiologiste) constituent le groupe

d'acteurs le plus important à sensibiliser, bien que les professionnels (archiviste, infirmière, technologue en radiologie, travailleur social) ne doivent pas être négligés non plus. Les représentants de la direction et les cadres responsables du personnel qui travaillent pour le CRID devraient aussi être sensibilisés, ce qui leur permettrait de comprendre davantage la réalité du CRID-HSS;

- *modalités de présentation* : les modalités retenues (heure de la présentation, durée, local, offre d'un lunch, etc.) sont considérées comme les plus appropriées, compte tenu de la réalité des acteurs à cibler (surtout des médecins et des administrateurs). Cependant, pour améliorer le taux de participation, il a été suggéré de lancer l'invitation au moins un mois à l'avance et de faire plus de rappels. Enfin, si un suivi devait avoir lieu, il serait intéressant de le faire dans le cadre du temps dévolu aux rencontres interdisciplinaires;
- *démarche* : la démarche proposée est perçue comme un avantage, une opportunité et non comme une menace. De fait, la rétroaction permet :
 - 1) de connaître les points forts et les points faibles;
 - 2) de se situer par rapport aux autres CRID;
 - 3) de se questionner.

Les médecins mentionnent que ce type d'approche fait partie intégrante de leur pratique (évaluation de la qualité de l'acte);

- *diffusion à l'interne* : la présentation orale demeure le meilleur moyen de communiquer les résultats, car les données présentées peuvent susciter des questions d'éclaircissement, soulever des interprétations, d'où l'importance de la présence d'une personne pour y répondre. Une version papier de la présentation devrait être accessible aux participants;
 - *diffusion à l'externe* : pour ce qui est des autres CRID, les répondants suggèrent que la même approche soit maintenue en s'assurant que les données présentées soient celles du CRID où la présentation aura lieu. Si les résultats sont présentés à d'autres instances (ex. : MSSS, etc.), il est recommandé d'avoir recours à des stratégies différentes en tenant compte de la réalité de chacun des milieux;
 - *implication de l'INSPQ* : les épidémiologistes sont les professionnels qui possèdent les connaissances nécessaires pour réaliser un tel travail. Leur connaissance du milieu a été un atout supplémentaire;
 - *implication de la DSP* : la coordination d'un tel projet devait être assurée par un pair, dont la crédibilité était reconnue.
- Utilité de l'information produite :
- la démarche amène des questionnements dont :
 - comment diminuer la référence pour investigation?
 - quelle est la pertinence d'offrir un suivi 6-12-24 mois (rappels précoces) à certaines femmes?
 - comment s'assurer que le suivi 6-12-24 mois est bien réalisé?
 - en quoi le taux de morbidité et le taux de mortalité sont-ils touchés?
 - les formulaires seront-ils mis à jour? Cette mesure permettrait d'assurer que l'information collectée est toujours pertinente (enlever les variables « caduques », ajouter de nouvelles variables). On suggère que les cliniciens ayant participé à la présente démarche soient invités à participer aux travaux de révision;
 - l'information demeure très utile pour les administrateurs;
 - les radiologistes sont les cliniciens qui devraient être le plus interpellés par l'information produite.

- Élargissement de la démarche aux autres CRID – suggestions :
 - la stratégie utilisée lors de la présentation du 27 mars 2007 devrait être reprise en présentant les données spécifiques à chacun des CRID. Toutefois, l'analyse de chacun des environnements pourrait amener certaines modifications;
 - un fait demeure : l'importance d'une présentation orale suivie de la distribution d'un résumé papier à la fin de la présentation à chacun des participants;
 - la crédibilité des personnes qui font la présentation demeure un atout majeur.

Lors des entrevues, les personnes rencontrées ont par ailleurs suggéré les éléments suivants :

- retourner à chacun des médecins leur profil de pratique individuel et collectif afin d'apporter, s'il y a lieu, les changements appropriés et d'en arriver à une pratique commune;
- produire cette information une fois par année, afin d'en suivre l'évolution et de la mettre en parallèle avec les nouvelles connaissances. Cette information devrait être présentée aux membres de l'équipe interdisciplinaire;
- suivre l'évolution de l'information produite sur une période de cinq ans, en faire l'analyse et voir en quoi et sur quoi chacun des CRID est performant afin d'en arriver à décrire ou à proposer un modèle optimal;
- faire circuler l'information produite par cette démarche;
- assurer un suivi à cette démarche (responsables du projet);
- amorcer une rencontre inter-CRID ayant pour buts de :
 - 1) partager les points forts et les points faibles de chacun;
 - 2) nourrir la réflexion des CRID;
 - 3) transférer les connaissances de chacun;
- reconnaître un certain nombre d'indicateurs généraux à l'ensemble des CRID est un plus. Ces indicateurs de performance pourraient être utiles lors des visites d'agrément et permettre de démontrer aux administrateurs d'hôpitaux l'excellent travail effectué.

Enfin, un certain nombre d'interrogations ont également été soulevées :

- le CRID réussit-il à donner les services attendus? des services de qualité?
- les données présentées permettent-elles d'augmenter l'efficacité des CRID?
- l'information produite permet-elle de réfléchir à la réorganisation des services, si nécessaire?

En résumé, l'information produite permet de mettre en évidence les réflexions suivantes :

- **Utilité :**
 - améliorer la connaissance des cliniciens sur ce qui se fait dans leur milieu et l'impact de chacune des interventions sur les délais requis pour établir le diagnostic;
 - comparer la « performance » des cliniciens avec celle des cliniciens des autres CRID;
 - comprendre davantage la pratique des cliniciens, la remettre en question et la réviser, au besoin;
 - permettre et soutenir des changements de pratique chez les cliniciens (ex. : effectifs suffisants);
 - déceler certaines lacunes dans les formulaires par les cliniciens (variables à réviser et remplissage à assurer);
 - reconnaître la pertinence de l'information produite pour les cliniciens et, plus spécifiquement, pour les radiologistes.
- **Acceptabilité :**
 - prendre conscience que cette démarche est perçue comme un avantage et non comme une menace.
- **Conditions pour être utile – CRID Saint-Sacrement :**
 - assurer un suivi notamment par la collaboratrice à l'équipe de projet au CRID-HSS;
 - retourner à chacun des cliniciens leur profil de pratique individuel et collectif;
 - produire chaque année la même information afin d'en suivre l'évolution;
 - présenter les résultats dans le cadre d'un colloque provincial;
 - publier un article.
- **À venir – Autres CRID :**
 - reproduire le même type de présentation;
 - préparer une rencontre inter-CRID;
 - reconnaître un certain nombre d'indicateurs communs à l'ensemble des CRID.

3.3.5 Étape 3 : démarche de révision des pratiques proposée

La revue de la documentation et l'évaluation du présent projet servent de base, dans cette section, à l'énoncé d'un certain nombre de suggestions. Les propositions sont réalisées dans l'optique de maximiser l'utilité et l'acceptabilité de cette démarche, mais il est évident que les caractéristiques et la dynamique de chaque milieu doivent être prises en compte afin d'adapter ces propositions.

Rappelons les conditions gagnantes qui émergent de la revue de la documentation sur la démarche de révision des pratiques :

- plus grande efficacité de la démarche si des écarts importants sont observés par rapport aux normes;
- confidentialité assurée (niveau de confiance);
- standardisation des données et étalement de la démarche sur une assez longue période (deux ans);
- présentation des données en temps opportun, avec des messages ciblés si possible, et mise en valeur des meilleures performances;
- association possible de la démarche à de la formation;
- si nécessaire, intégration de changements organisationnels appuyés par les cliniciens et les décideurs à la démarche de révision des pratiques;
- coordination souple;
- perception par les intervenants d'une plus-value à la démarche.

Pour le CRID-HSS, plusieurs éléments semblent avoir favorisé le déroulement du présent projet et la révision des pratiques. D'abord il s'agit d'un milieu très dynamique et très impliqué dans le domaine du cancer du sein. Au départ, un niveau de confiance élevé entre les cliniciens et l'équipe de projet a favorisé la réalisation des travaux. Très tôt, grâce à l'évaluation *a priori*, l'équipe de projet a compris l'importance d'assurer la confidentialité des résultats et de remettre le plein contrôle de la diffusion au groupe de cliniciens ayant accepté de faire partie du comité ad hoc. Finalement, la présentation des résultats à l'équipe interdisciplinaire, peaufinée jusqu'à ce qu'elle soit le plus accessible possible, a été réalisée avec une grande efficacité par monsieur Éric Pelletier de l'INSPQ. Les résultats vont amener l'équipe interdisciplinaire à revoir certaines procédures.

Voici nos suggestions concernant la réalisation de la démarche de révision des pratiques dans les autres CRID. Les points suivants se sont avérés essentiels :

- transmettre les résultats de façon confidentielle :
 - les résultats de chaque CRID devraient être identifiés par un numéro qui sera transmis aux responsables régionaux en AQ et aux professionnels de l'équipe interdisciplinaire de ce CRID seulement. Comme cela se fait avec les CDD, les CRID pourront observer les résultats des autres CRID (identifiés par des numéros) et comparer leurs résultats à la moyenne pour l'ensemble des CRID. Des précautions devront être prises pour s'assurer qu'on ne puisse déduire l'identité des CRID en raison du volume de leurs activités ou en fonction d'autres caractéristiques;
- transmettre des résultats régulièrement tous les ans :
 - on pourra envisager des corrections, des ajouts aux indicateurs avec le temps, mais il est impératif de créer une démarche qui se réalisera de façon statutaire tous les ans et permettra de suivre l'évolution des résultats;
- compter sur le soutien du responsable régional en AQ :
 - le responsable régional en AQ pourrait jouer un rôle actif pour soutenir le ou les CRID dans sa région et le cas échéant animer la démarche en association avec un ou plusieurs « leaders » cliniciens de l'équipe interdisciplinaire;
- compter sur l'implication des « leaders » dans le milieu et favoriser l'appropriation de la démarche par les cliniciens et les gestionnaires des CRID :
 - idéalement, un groupe de travail devrait être mis en place pour préparer la diffusion aux membres de l'équipe interdisciplinaire et assurer un suivi lorsque cela s'avère nécessaire. Logiquement, ce groupe devrait décider de la diffusion des résultats qui les concernent et effectuer le suivi si des mesures de correction s'imposent. Ce groupe pourrait être constitué de quelques membres de l'équipe interdisciplinaire et s'il y a lieu d'un administrateur du CRID. Les « couples clinico-administratifs » désignés dans le cadre des travaux du programme de lutte contre le cancer pourraient jouer un rôle important;
- définir localement les clients visés par la diffusion des résultats :
 - dans sa forme actuelle, les indicateurs développés interpellent surtout la pratique médicale mais aussi quelques processus administratifs (remplissage des formulaires, délais, etc.). On pourrait confier au groupe de travail la responsabilité de déterminer quels membres devraient assister à la présentation des résultats et le meilleur moment pour ce faire;
- assurer une présentation efficace et concise :
 - une présentation de type PowerPoint est un atout remarquable pour exposer les résultats, les vulgariser et répondre aux questions. La séance dure deux heures

environ. Un document papier peut être remis lors de la présentation mais en aucun cas cela ne pourra remplacer la présentation. Étant donné certaines questions méthodologiques à éclaircir pour préparer la présentation, il pourra s'avérer pertinent d'inviter l'INSPQ à participer soit à des rencontres de formation des responsables régionaux en AQ ou même à un colloque/atelier des cliniciens responsables. À ce stade, il s'agit d'hypothèses;

- créer une structure ou choisir une structure permettant d'assurer le suivi :
 - le suivi peut nécessiter certaines décisions de nature administrative et il est important de connaître les structures de gestion qui peuvent si nécessaire jouer un rôle dans la résolution de certains problèmes.

Les indicateurs, qui seront rendus disponibles, sont le premier pas d'une rétroaction que les intervenants attendent et souhaitent. Faisons en sorte de leur faciliter la tâche en tenant compte des nombreuses contraintes auxquelles ils font face.

Conclusion

Le présent rapport fait état de la mise en place et de l'évaluation d'une démarche de révision des pratiques auprès du CRID-HSS, qui a accepté d'être le milieu d'accueil de ce projet de démonstration. La mise en place de la démarche de révision des pratiques impliquait de développer des indicateurs, de préparer une présentation et de la diffuser auprès de l'équipe du CRID-HSS. L'évaluation s'intéressait, pour sa part, à la perception de l'utilité et de l'acceptabilité associées à la démarche par les intervenants du CRID.

Une évaluation qualitative a accompagné toutes les étapes de développement de la démarche. La phase d'évaluation réalisée *a priori* a joué un rôle fondamental en permettant très tôt au début du projet de comprendre l'importance d'impliquer les intervenants les plus directement touchés et de leur assurer le plein contrôle de la diffusion des résultats de façon à s'assurer que la confidentialité soit garantie, et ce, à leur satisfaction. Deux enjeux majeurs identifiés. D'abord, il fallait adapter le mieux possible les indicateurs aux besoins des intervenants. Ensuite, il fallait mettre en place des modalités de gestion de la diffusion qui soient acceptables par le milieu.

Ainsi, grâce à l'analyse du contenu de l'évaluation *a priori*, il a été décidé de mettre en place un comité ad hoc, formé des membres de l'équipe de projet (CRID-HSS, INSPQ, DSP) et de cliniciens du CRID-HSS. Le travail de développement des indicateurs s'est avéré complexe et les contraintes étaient nombreuses, mais il est clair que le produit a bénéficié du travail conjoint des cliniciens du CRID-HSS et des épidémiologistes de l'INSPQ. Il y a donc eu conciliation pour permettre de prendre en compte les besoins, les modes de fonctionnement au CRID et les limites associées aux bases de données. Il pourrait être intéressant, dans un avenir plus ou moins rapproché, de faire un pas supplémentaire pour enrichir la base de données SI-PQDCS en tenant compte des besoins d'information exprimés par les cliniciens mais qui sont restés sans réponses. Une révision des formulaires d'investigation du PQDCS s'impose¹¹. À cet effet, les cliniciens du comité ad hoc sont très bien placés pour collaborer à la révision de ces documents et pourraient certainement contribuer au choix de variables pertinentes pour répondre à des questionnements cliniques fondamentaux.

Le comité ad hoc a également pris les rênes concernant les modalités de diffusion des indicateurs développés. Des invitations émises par la D^e Provencher du CRID ont été adressées à l'équipe interdisciplinaire élargie, qui comprend des médecins et professionnels intervenant à toutes les étapes du diagnostic et du traitement des femmes fréquentant l'HSS, ainsi qu'à des membres du personnel administratif, des membres du groupe de recherche ou de l'INSPQ. Force est de constater que les participants à la rencontre de diffusion des résultats sont principalement des médecins ou des professionnels œuvrant à l'étape de l'investigation plutôt qu'à celle du traitement. La présentation de monsieur Éric Pelletier, épidémiologiste à l'INSPQ, a suscité beaucoup d'intérêt. Une session de deux heures a suffi à présenter de façon claire et concise tous les indicateurs et à répondre aux questions. Les activités d'évaluation réalisées pendant cette étape nous ont effectivement permis d'apprendre que la démarche était jugée très utile et recevable. Les répondants aux entrevues nous suggèrent d'ailleurs de

¹¹ Il est important de choisir adéquatement les variables à conserver et celles qui seront à rejeter des formulaires d'investigation du PQDCS de façon à garder ce qui est utile, de réduire le nombre de variables pour rendre la tâche plus facile et de favoriser un taux d'utilisation plus important. Les régions pourraient grandement bénéficier d'un accès à des bases de données plus adéquates (bonnes variables-bonne utilisation) de façon à être plus autonomes pour produire des données complémentaires (à ce que l'INSPQ produira) si elles souhaitent documenter une question particulière. La question du rôle de l'hyperplasie atypique pour expliquer les taux de biopsie ouverte bénigne est un bel exemple d'une situation où l'absence d'information au formulaire n'a pas permis une compréhension optimale des résultats.

conserver ce type de présentation PowerPoint, de remettre une version papier (mais d'éviter les versions papiers sans présentation), de présenter les résultats tous les ans et d'effectuer un suivi pour corriger les points qui le mériteraient. D'une façon générale, on reconnaît que les cliniciens et les administrateurs sont les clients le plus immédiatement visés par la démarche, d'une part parce que les indicateurs sont surtout de nature médicale et, d'autre part, parce que les décisions administratives doivent pouvoir soutenir d'éventuels changements de pratique si cela s'avérait nécessaire.

La démarche de révision des pratiques a provoqué un effet « inattendu » en ce sens qu'il a amené le comité ad hoc et les participants à la rencontre de diffusion des résultats à se questionner sur la pratique du rappel précoce. Cette recommandation vise un suivi à 6, 12 et 24 mois suite à un diagnostic probablement bénin ou suite à une biopsie par imagerie. Le pourcentage de rappel précoce étant très élevé, on peut se questionner sur le bien-fondé de cette approche même si elle est conforme aux recommandations des experts dans le domaine. Le PQDCS dispose de suffisamment de données depuis son démarrage pour justifier un examen sérieux de cette question dans une optique d'amélioration des connaissances et d'optimisation des pratiques.

Ce projet est l'étape préliminaire d'une démarche visant une diffusion plus élargie des indicateurs à l'ensemble des CRID du PQDCS. Une base commune d'indicateurs adaptés aux fonctions des CRID pourra donc être rendue disponible à moyen terme par l'équipe d'évaluation de l'INSPQ; certains travaux sont encore nécessaires avant que ces données puissent être diffusées à tous les CRID. L'équipe d'évaluation devra considérer notamment la question des CRID à petits volumes et la signification des résultats dans ces situations (pour cerner l'incertitude associée à la variation aléatoire, notamment). Il est très important que les modalités de présentation des résultats par CRID tiennent compte de la nécessité de préserver la confidentialité.

Toutefois, rendre les indicateurs disponibles et les envoyer aux CRID ne sera pas une démarche suffisante. Le projet permet de mettre en évidence les conditions pour favoriser la réussite de la démarche de révision des pratiques. Idéalement, le milieu doit s'approprier la démarche et il est préférable qu'un groupe de cliniciens et d'administrateurs soit impliqué dans la diffusion mais aussi au plan du suivi. De même, le responsable en AQ au niveau régional peut avoir un rôle très important à jouer pour animer le milieu. La présentation aux membres du CRID devrait être efficace et concise, et une version papier peut être déposée sur place. De toute façon, il est très important d'adapter la démarche de révision des pratiques aux conditions qui ont cours et aux contraintes de chaque CRID. Il est évident qu'on ne pourra réaliser une démarche de révision des pratiques de la même façon en milieu universitaire que dans un établissement desservi par de nombreux médecins itinérants. Par contre, dans tous les cas, il est impératif que les médecins qui réalisent des activités dans un CRID soient impliqués.

La démarche de révision des pratiques est également pertinente pour les CDD-CRID, mais dans leur cas certaines considérations doivent être prises en compte pour ce qui est du développement des indicateurs. L'équipe d'évaluation devra procéder à certains travaux dans ce sens. Les conditions gagnantes pour assurer l'acceptabilité de la démarche de révision des pratiques sont probablement les mêmes que celles que nous avons mises en évidence dans ce rapport.

On devra, à moyen ou à long terme, envisager la possibilité de regrouper certains intervenants des CRID au niveau provincial pour favoriser des échanges sur les résultats obtenus et faciliter la mise en œuvre de solutions.

La révision des pratiques n'est pas une panacée : il s'agit d'une démarche qui nécessite des efforts ET une continuité. Les suivis à effectuer doivent être intégrés au sein des structures décisionnelles de chaque établissement ou aux nouvelles structures qui seront créées à cet effet. Le présent projet ne visait pas à évaluer l'effet de la révision des pratiques sur les changements de pratique. Toutefois, nous avons été à même de constater la mobilisation suscitée par ce projet et l'accueil qu'il a reçu. Les médecins et professionnels ne remettent pas en question l'utilité des indicateurs proposés et il est clair que l'acceptabilité est associée à la capacité du milieu de gérer la diffusion et de s'impliquer dans ce processus.

Bibliographie

- ALLGOOD, P. C. *et al.* « Audit of negative assessments in a breast-screening programme in women who later develop breast cancer-implications for survival », *The Breast*, vol. 15, n° 4, 2006, p. 503-509.
- BELL, C. M. J. *et al.* « Methodological issues in the use of guidelines and audit to improve clinical effectiveness in breast cancer in one United Kingdom Health Region », *European Journal of Surgical Oncology*, vol. 26, n° 2, 2000, p. 130-136.
- COMITÉ DE SOUTIEN À LA QUALITÉ DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN. *Le fonctionnement interdisciplinaire dans le cadre de l'investigation*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2001.
- EUROPEAN COMMISSION EUROPE AGAINST CANCER. *European guidelines for quality assurance in mammography screening*, Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities, Perry N., Broeders M., deWolf C., Törnberg S., Schouten J. (éd.), 3^e éd., 2001.
- GRIMSHAW, J. *et al.* « Toward evidence-based quality improvement-evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998 », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 21, n° 19, 2006, p. S14-20.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Tableau de bord du PQDCS, Québec, 2006, 3 p., [En ligne].
[www.inspq.qc.ca/groupe/pqdc].
- JAMTVEDT, G. *et al.* « Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes », *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 3, art. CD000259, 2006, [En ligne].
[www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000259/frame.html].
- MASON, A. *et al.* « Making clinical governance work », *Clinical Medicine*, vol. 5, n°2, mars/avril 2005, p. 122-125.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de dépistage du cancer du sein - Cadre de référence*, Direction générale de la santé publique, Québec, 1996.
- MINISTRY OF HEALTH NEW ZEALAND. *Toward clinical excellence, an introduction to clinical audit, peer review and other clinical practice improvement activities*, Wellington, New Zealand, 2002, [En ligne].
[www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/334?Open]. (Consulté en juillet 2007).
- NATIONAL ACCREDITATION COMMITTEE. *National program for the early detection of breast cancer-national accreditation requirements: approved March 1994*. Commonwealth Department of Human Services and Health, Canberra, Australia, décembre 1994.

- NHS CANCER SCREENING PROGRAMMES. *Clinical guidelines for breast cancer screening assessment*, Liston J., Wilson R. (éd), 2^e éd., publication n° 49, janvier 2005, [En ligne].
[www.cancerscreening.org.uk/breastscreen/publications/nhsbsp49.html].
- NHS CANCER SCREENING PROGRAMMES. « Consolidated guidance on standards for the NHS Breast Screening Programme », *NHSBSP*, publication n° 60 (Version 2), avril 2005, [En ligne].
[www.cancerscreening.org.uk/breastscreen/publications/programme-management.html].
- NHS CANCER SCREENING PROGRAMMES. « Guidelines on quality assurance visits », *NHSBSP*, publication n° 40, 2^e éd., octobre 2000, [En ligne].
[www.cancerscreening.org.uk/breastscreen/publications/programme-management.html#pm-qav].
- PELLETIER É. *et al.* *Développement d'algorithmes permettant d'identifier les interventions et les délais liés à l'investigation diagnostique suite à une mammographie de dépistage anormale*, Institut national de santé publique du Québec, Québec, 2005.
- PERRY, N. M. « Quality assurance in the diagnosis of breast disease », *European Journal of Cancer*, vol. 37, n° 2, 2001, p. 159-172.
- SANTÉ CANADA. *Attente d'un diagnostic après le dépistage d'une anomalie au sein au Canada - Rapport du groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein*, Santé Canada, Ottawa, 2000.
- SAUVEN, P. *et al.* « The National Health Service Breast Screening Programme and British Association of Surgical Oncology audit of quality assurance in breast screening 1996-2001 », *The British Journal of Surgery*, vol. 90, n° 1, 2003, p. 82-87.
- SEDDON, Mary et John BUCHANAN pour EPIC (Effective Practice Informatics and Quality), « Quality Improvement in New Zealand - Part 3: achieving effective care through clinical audit », *New Zealand Medical Journal*, vol. 119, n° 1239, 4 août 2006, p. 1-7.
- VELOSKI, J. *et al.* « Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME guide no. 7 », *Medical Teacher*, vol. 28, n° 2, 2006, p. 117-128.

Annexe I
Lettre de financement

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux

Québec 

Québec, le 15 mai 2003

Monsieur Richard Massé
Président-directeur général
Institut national de santé publique du Québec
945, avenue Wolfe, 3^e étage
Sainte-Foy (Québec) G1V 5B3

**Objet : Projet de démonstration sur la révision des pratiques par une
équipe interdisciplinaire**

Monsieur,

Dans la foulée du document « Le fonctionnement interdisciplinaire dans le cadre de l'investigation » déposé au Ministère par le Comité de soutien à la qualité du PQDCS, une journée d'appropriation sur l'approche interdisciplinaire en investigation se tenait en début de février 2003.

Afin de favoriser la mise en place de l'approche et découlant des engagements pris à cette occasion, le Ministère accepte de subventionner le projet de démonstration élaboré avec l'équipe interdisciplinaire œuvrant à l'Hôpital du Saint-Sacrement. Ce projet portant sur le développement et la mise en place de la fonction révision des pratiques d'une équipe interdisciplinaire et sur l'évaluation de l'appropriation de cette fonction sera financé conjointement par la Direction générale de la santé publique et le Conseil québécois de lutte contre le cancer pour un montant de 25 000 \$ chacun, non-récurrent.

1075, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 2M1

Nous tenons à préciser que ce financement couvre la présentation des résultats lors de rencontres ou d'événements et que les productions résultant du projet devront porter les identifications des sources de financement. Des rapports d'étape devront être présentés afin de permettre un suivi adéquat du projet.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Président du Conseil québécois
de lutte contre le cancer

Le directeur national de la santé
publique et sous-ministre


Jean Latreille, MDCM, FRCPC


Jean-Alain Poirier

c. c. : Dr Michel Bureau, directeur général des affaires médicales et
universitaires

1075, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 2M1

Annexe II
Objectifs, indicateurs et normes portant sur l'investigation
(revue de la documentation)

**Objectifs, indicateurs et normes portant sur l'investigation
(Revue de la documentation)**

■ **Délais**

**Tableau A-I
Délais entre la mammographie de dépistage et l'investigation**

Programme/ référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Royaume-Uni [1, 2005] [7, 2005]	Réduire le délai entre la mammographie et l'investigation.	Proportion de femmes fréquentant un centre d'investigation dans les trois semaines suivant la mammographie de dépistage.	≥ 90 % [1,7]	100 % [1,7]
Royaume-Uni [4, 2005]		Délai entre la mammographie de dépistage et le premier rendez-vous offert pour l'investigation.	90 % à l'intérieur de trois semaines	
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 décision qu'une investigation est nécessaire et dans les trois semaines suivant la mammographie de dépistage.	90 %	
Australie [5, 1994]	Réduire le temps d'attente et l'anxiété des femmes entre le dépistage et la 1 ^{re} visite pour l'investigation.	Proportion des femmes pour qui le délai entre le dépistage et la 1 ^{re} visite pour l'investigation est ≤ 10 jours ouvrables.	< 90 %	
Canada [14, 2000]		Délai total entre le dépistage d'une anomalie et la 1 ^{re} évaluation.	≥ 90 % à l'intérieur de trois semaines	
Canada [14, 2000]		Délai entre l'avis à la cliente que la mammographie est anormale et la 1 ^{re} évaluation.	≥ 90 % à l'intérieur de deux semaines	
Québec [13, 1996]	Assurer avec diligence la référence pour investigation des femmes ayant une mammographie anormale.	Proportion des femmes qui obtiennent un 1 ^{er} rendez-vous au centre de référence pour investigation à l'intérieur des douze jours ouvrables suivant la date de la mammographie.	90 %	

**Objectifs, indicateurs et normes portant sur l'investigation
(Revue de la documentation)**

■ **Délais**

**Tableau A-II
Délais d'accès à l'évaluation chirurgicale**

Programme/ référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Europe [3, 1998]	Réduire le délai entre la 1 ^{re} visite d'investigation et l'examen par le chirurgien.	Délai entre le 1 ^{er} premier rendez-vous pour l'investigation et l'évaluation chirurgicale.	≤ 5 jours ouvrables	Même jour (chirurgien présent à la clinique)
Royaume-Uni [1, 2005] [2, 2003]	Réduire les délais d'accès à l'évaluation chirurgicale.	Proportion de femmes pour qui le délai entre la décision d'orienter vers le chirurgien et l'évaluation chirurgicale est d'une semaine ou moins.	≥ 90 %	100 %

**Tableau A-III
Délais entre la 1^{re} visite pour investigation et l'obtention des résultats/diagnostic
(incluant la recommandation de procéder à une biopsie ouverte)**

Programme/ 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 de procéder à une biopsie ouverte dans les deux jours ouvrables suivant la 1 ^{re} visite pour investigation.	70 %	
Québec [13, 1996]	Assurer avec diligence l'orientation pour l'investigation des femmes ayant une mammographie anormale.	Proportion des femmes qui obtiennent un diagnostic définitif ou une recommandation de procéder à une biopsie ouverte à l'intérieur des cinq jours ouvrables suivant le 1 ^{er} rendez-vous au centre de référence pour investigation.	70 %	
Canada [14, 2000]		Proportion de femmes pour qui le délai est respecté entre la 1 ^{re} évaluation et le diagnostic, s'il n'y a pas eu de biopsie ouverte.	≥ 70 % à l'intérieur d'une semaine ≥ 90 % à l'intérieur de 2 semaines	
Canada [14, 2000]		Proportion de femmes pour qui le délai est respecté entre la 1 ^{re} évaluation et le diagnostic, en cas de biopsie ouverte.	≥ 70 % à l'intérieur de 3 semaines ≥ 90 % à l'intérieur de 4 semaines	

**Objectifs, indicateurs et normes portant sur l'investigation
(Revue de la documentation)**

■ **Délais**

**Tableau A-IV
Délais entre le prélèvement (aiguille fine, trocart, mammotome)
et la transmission de l'information aux femmes**

Programme/ référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Royaume-Uni [1, 2005] [2, 2003] [7, 2005]	Minimiser les délais chez les femmes dont le diagnostic est obtenu de façon non chirurgicale.	Proportion des femmes pour qui le délai entre la biopsie non chirurgicale et le résultat est de une semaine ou moins.	≥ 90 % [1,2,7]	100 % [1,2,7]

**Tableau A-V
Délais entre la recommandation de procéder à une biopsie ouverte
et la réalisation de l'intervention**

Programme/ référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Australie [5, 1994]	Réduire le délai entre la recommandation d'une biopsie ouverte et l'intervention comme telle.	Proportion des femmes ayant une biopsie ouverte dans les 10 jours ouvrables suivant la recommandation.	70 %	
Europe [3, 1998]	Réduire le délai entre la décision de procéder à une biopsie ouverte et la 1 ^{re} date d'admission offerte.	Proportion de femmes admises à l'intérieur de 2 semaines suivant la dernière visite d'investigation (incluant l'annonce du résultat).	> 90 % [3]	100 %
Royaume-Uni [1, 2005] [2, 2003]	Réduire le délai entre la décision d'obtenir un diagnostic chirurgical et la date de cette intervention.	Proportion des femmes pour qui le délai entre la décision et la date de l'intervention chirurgicale diagnostique est de 2 semaines et moins.	≥ 90 %	

**Objectifs, indicateurs et normes portant sur l'investigation
(Revue de la documentation)**

■ Délais

**Tableau A-VI
Délais entre le dépistage et le diagnostic**

Programme/ référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Canada [6, 2000]		Délai total entre le dépistage anormal et le diagnostic : <ul style="list-style-type: none"> ▪ à l'intérieur de 5 semaines s'il n'y a pas de biopsie ouverte; ▪ à l'intérieur de 7 semaines en cas de biopsie ouverte. 	<p align="center">≥ 90 %</p> <p align="center">≥ 90 %</p>	

**Tableau A-VII
Délais de transmission du diagnostic au médecin traitant**

Programme/ référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
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 %	

**Tableau A-VIII
Délais entre le diagnostic et la transmission des résultats à la femme**

Programme/ référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Canada [6, 2000] [14, 2000]		Délai entre le diagnostic et la transmission des résultats à la femme : <ul style="list-style-type: none"> ▪ proportion de femmes avisées en moins d'une semaine. 	<p>≥ 90 % à l'intérieur d'une semaine [6,14]</p>	

**Objectifs, indicateurs et normes portant sur l'investigation
(Revue de la documentation)**

■ **Examens d'investigation**

**Tableau A-IX
Interventions non chirurgicales**

Programme/ référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Royaume-Uni [1, 2005]	Minimiser le nombre d'interventions chirurgicales non nécessaires.	Ratio bénin/malin à la chirurgie initiale :		
		▪ <i>needle core biopsy</i>	1 : 2	1 : 4
		▪ cytologie	1 : 2	1 : 4
Royaume-Uni [1, 2005]		Taux de faux positifs :		
		▪ <i>needle core biopsy</i>	< 0,5 %	< 0,1 %
		▪ cytologie	< 1 %	< 0,5 %
Royaume-Uni [1, 2005]		Taux de faux négatifs :		
		▪ <i>needle core biopsy</i>	< 15 %	< 10 %
		▪ cytologie	< 5 %	< 4 %
Royaume-Uni [12, 2001]	Niveaux suggérés de performance de la cytologie (là où la thérapie est basée en partie sur l'aspiration à l'aiguille fine (AAF)).	Sensibilité absolue	> 60 %	> 70 %
		Sensibilité totale	> 80 %	> 90 %
		Spécificité	> 55 %	> 65 %
		Valeur prédictive positive	> 98 %	> 99 %
		Taux de faux négatifs	< 6 %	< 4 %
		Taux de faux positifs	< 1 %	< 0,5 %
		Taux de spécimens inadéquats	< 25 %	< 15 %
		Taux de spécimens inadéquats pour les cancers	< 10 %	< 5 %
		Taux de cas douteux	< 20 %	< 15 %
		Royaume-Uni [12, 2001]	Niveaux suggérés de performance de la biopsie au trocart.	Sensibilité absolue
Sensibilité totale	> 80 %			> 90 %
Spécificité	> 75 %			> 85 %
Valeur prédictive positive	> 99 %			> 99,5 %
Taux de faux positifs	< 0,5 %			< 0,1 %
Taux de cas manqués parmi les cancers	< 15 %			< 10 %
Taux de cas douteux	< 10 %			< 5 %

**Objectifs, indicateurs et normes portant sur l'investigation
(Revue de la documentation)**

■ **Examens d'investigation**

**Tableau A-X
Aspiration à l'aiguille fine**

Programme/ référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
BASO [9, 1998] Europe [11, 2001]	Réduire le nombre de résultats insuffisants ou inadéquats lors des interventions guidées d'AAF.	Proportion de ces interventions ayant un résultat insuffisant ou inadéquat.	< 20 % [9]	

**Tableau A-XI
Biopsie au trocart (*core biopsy*)**

Programme/ référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Royaume-Uni [1, 2005] [7,2005]	Maximiser la proportion des diagnostics obtenus de façon non chirurgicale et minimiser le nombre d'interventions répétées de biopsies à l'aiguille.	Proportion des biopsies au trocart (<i>core biopsy</i>) manquées parmi les cas de cancer.	< 15 % [1,7]	< 10 % [1,7]

**Tableau A-XII
Proportion des femmes ayant un diagnostic préopératoire**

Programme/ référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Royaume-Uni [4, 2005] Europe [3, 1998] 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 % [3] 80 % [4]	> 90 % [9] 90 % [4]
Royaume-Uni [1, 2005] [7, 2005]	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) (en deux visites au maximum, [1] en deux tentatives ou <i>attempts</i> [7]).	≥ 80 % [1,7]	≥ 90 % [1,7]
Royaume-Uni [2, 2003]	Réduire les chirurgies non nécessaires, c'est-à-dire les biopsies ouvertes bénignes.	Proportion des femmes atteintes de cancer qui devraient avoir un diagnostic préopératoire.	> 80 %	

**Objectifs, indicateurs et normes portant sur l'investigation
(Revue de la documentation)**

■ **Examens d'investigation**

**Tableau A-XIII
Pourcentage de biopsies ouvertes**

Programme/ référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Québec [13,1996]	Minimiser les effets négatifs du dépistage.	Taux de biopsies chirurgicales chez les participantes.	< 2 %	
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 %	

**Tableau A-XIV
Taux de biopsies ouvertes bénignes**

Programme/ référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Royaume-Uni [1, 2005] [4, 2005] [7, 2005]	Réduire le nombre d'interventions chirurgicales non nécessaires.	Taux de biopsies chirurgicales bénignes pour 1 000 femmes dépistées.	Dépistage initial : < 3,6 pour 1 000 [1,4] Dépistage subséquent : < 2 pour 1 000 [1,4,7]	Dépistage initial : < 1,8 pour 1 000 [1,4,7] Dépistage subséquent : < 1 pour 1 000 [1,4,7]
Québec [13,1996]	Minimiser les effets négatifs du dépistage.	Taux de biopsies bénignes pour 1 000 femmes participant au dépistage.	Dépistage initial : < 5 pour 1 000 Dépistage subséquent : < 3,5 pour 1 000	
Royaume-Uni [2, 2003]		Taux de biopsies ouvertes bénignes.	Dépistage initial : < 15 pour 10 000 Dépistage subséquent : < 10 pour 10 000	

**Objectifs, indicateurs et normes portant sur l'investigation
(Revue de la documentation)**

■ **Examens d'investigation**

**Tableau A-XV
Biopsies ouvertes**

Programme/ référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Royaume-Uni [1, 2005] [2, 2003]	Maximiser l'identification des lésions détectées par mammographie.	Proportion des harpons qui doivent être à l'intérieur de limites de 10 mm de la lésion dans tous les plans.	> 95 %	
Royaume-Uni [1, 2005] [2, 2003]	Augmenter la valeur diagnostique de la biopsie ouverte.	Proportion des lésions non palpables qui doivent être correctement identifiées à la 1 ^{re} intervention chirurgicale.	≥ 95 %	

**Tableau A-XVI
Biopsies ouvertes - Poids des prélèvements**

Programme/ référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Europe [3, 1998]	Réduire les conséquences esthétiques des biopsies chirurgicales réalisées à des fins diagnostiques.	Proportion des biopsies bénignes dont le poids est inférieur à : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 20 g (frais ou fixé) [2] ▪ 30 g (frais ou fixé) [3] 	80 %	
Royaume-Uni [1, 2005] [2, 2003]	Réduire les conséquences esthétiques des biopsies chirurgicales.	Proportion des biopsies bénignes dont le poids est < 20 g.	≥ 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 %	

**Objectifs, indicateurs et normes portant sur l'investigation
(Revue de la documentation)**

■ **Examens d'investigation**

**Tableau A-XVII
Ratio bénin/malin à la biopsie ouverte¹²**

Programme/ référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Australie [5, 1994] Europe [3, 1998] [11, 2001]	Réduire les interventions effractives 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]
BASO [9, 1998]	Réduire le nombre de chirurgies ouvertes à des fins diagnostiques.	Rapport entre les biopsies ouvertes chirurgicales bénignes et le nombre total de cancers diagnostiqués dans l'unité.	≤ 1 : 10 [9]	
Québec [13, 1996]	Réduire au minimum le nombre d'interventions effractives inutiles.	Ratio malin/bénin des biopsies.	> 1 : 1	
Canada [15, 2002]		Rapport entre les cas bénins et les cas malins à la biopsie ouverte.	≤ 2 : 1 (examens initiaux et subséquents). combinés)	

**Tableau A-XVIII
Nombre de visites pour l'investigation**

Programme/ référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Royaume-Uni [1, 2005] [7, 2005]	S'assurer que pour la majorité des cancers, palpables ou non palpables, un diagnostic préopératoire est posé.	Proportion des femmes atteintes d'un cancer ayant un diagnostic cytologique ou histologique en un maximum de 2 visites.	≥ 80 % [1,7]	≥ 90 % [1,7]
Royaume-Uni [4, 2005]		Nombre de visites nécessaires pour obtenir un diagnostic définitif.	≤ 2 pour les interventions (<i>interventional procedures</i>)	

¹² NHSBSP. Le Royaume-Uni semble avoir abandonné cet indicateur à partir de 2000, et ce, probablement compte tenu des changements de pratique (diagnostic préopératoire).

**Objectifs, indicateurs et normes portant sur l'investigation
(Revue de la documentation)**

■ **Examens d'investigation**

**Tableau A-XIX
Rencontres multidisciplinaires de révision de cas**

Programme/ référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Australie [5, 1994]	S'assurer qu'une équipe offrant une approche multidisciplinaire intervienne pour le diagnostic et la gestion des cas des femmes dont la mammographie de dépistage présente des anomalies.	Fréquence des rencontres multidisciplinaires de révision.	Au moins chaque mois.	
		Participation des membres de l'équipe d'investigation aux rencontres de révision.	Tous les membres doivent assister à 60 % des rencontres de révision.	
Royaume-Uni [1, 2005] [4, 2005]		Participation aux sessions de révision multidisciplinaire pour l'investigation.		

**Objectifs, indicateurs et normes portant sur l'investigation
(Revue de la documentation)**

■ **Examens d'investigation**

**Tableau A-XX
Contribution de l'infirmière (*clinical nurse specialist in breast care screening*)**

Programme/ référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Royaume-Uni [1, 2005]	L'infirmière est présente à la clinique d'investigation pour fournir du soutien psychologique et de l'information.	Toutes les femmes référées pour investigation ont accès à l'infirmière.		
		Toutes les femmes référées pour investigation sont informées de la disponibilité de l'infirmière depuis le 1 ^{er} contact (<i>recall</i>) jusqu'à l'étape de la remise d'une liste de ressources.		
		Toutes les femmes référées pour investigation supplémentaire (AAF, biopsie guidée par imagerie) se voient offrir une consultation avec l'infirmière.		
		Des locaux privés sont disponibles pour la consultation avec l'infirmière.		
		L'infirmière procède à l'évaluation biopsychosociale de la femme et s'assure que des interventions appropriées sont réalisées.		
		L'infirmière évalue les besoins en information des femmes et offre des informations verbales et écrites appropriées. L'information sur les programmes de soutien locaux et nationaux est également donnée.		
		L'infirmière est disponible pour discuter des différentes options d'investigation et de traitement et pour soutenir la femme pendant la prise de décision.		

**Objectifs, indicateurs et normes portant sur l'investigation
(Revue de la documentation)**

■ **Examens d'investigation**

**Tableau A-XXI
Nombre de visites de contrôle à court terme**

Programme/ référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Australie [5, 1994])	Réduire le nombre de visites nécessaire pour l'investigation.	Proportion des femmes nécessitant un suivi à court terme (6 mois) (<i>early reassessment</i>).	< 5 %	
Royaume-Uni [1, 2005]	Réduire le nombre de femmes qui sont référées pour des examens complémentaires.	Proportion des femmes dépistées qui nécessitent un suivi postinvestigation (<i>short-term recall</i>).	< 0,5 %	≤ 0,25 %

**Tableau A-XXII
Conservation des données cliniques**

Programme/ référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Royaume-Uni [1, 2005] [4, 2005]		Conservation des dossiers d'investigation et de l'information sur l'évolution des cas (<i>outcomes</i>).		

**Objectifs, indicateurs et normes portant sur l'investigation
(Revue de la documentation)**

■ **Évaluation des lésions en pathologie**

**Tableau A-XXIII
Évaluation des lésions en pathologie**

Programme/ référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Royaume-Uni [1, 2005] [10, 1997]	Améliorer l'identification et la caractérisation en pathologie des lésions identifiées à la mammographie.	Proportion des spécimens contenant une anomalie à la mammographie non décelée en histopathologie.	< 1 % [1,10]	
Royaume-Uni [1, 2005] [10, 1997]	Améliorer la concordance des diagnostics posés par les pathologistes.	Concordance diagnostique [measured in the <i>UK Breast EQA scheme (External Quality Assurance)</i>]: <ul style="list-style-type: none"> ▪ le carcinome invasif ▪ le carcinome canalaire <i>in situ</i> (incluant les microinvasifs) ▪ les lésions bénignes (incluant hyperplasie canalaire atypique et la cicatrice radiaire) 	K = 0,8 [1,10] K = 0,7 [1,10] K = 0,8 [1,10]	K = 0,9 [1,10] K = 0,8 [1,10] K = 0,9 [1,10]
Royaume-Uni [1, 2005] [10, 1997]	Améliorer la qualité de l'information pronostique dans les rapports de pathologie.	Proportion des carcinomes invasifs ayant un grade et une taille.	> 90 % [10] > 95 % [1]	> 99 % [1,10] (excluant les spécimens inappropriés)
		Concordance du grade (audit externe : <i>EQA scheme</i>).	K = 0,5 [1,10]	K = 0,7 [1,10]
		Concordance de la mesure de la tumeur (audit externe : <i>EQA scheme</i>).	88 % des mesures à ± 3 mm de la médiane [1,10]	90 % des mesures à ± 3 mm de la médiane [1,10]
		Proportion des cas ayant des récepteurs hormonaux.	> 95 % [1]	> 99 % [1] (excluant les spécimens inappropriés)
		Performance satisfaisante soutenue à l'évaluation des récepteurs hormonaux (<i>EQA scheme</i>) [1].		
Royaume-Uni [1, 2005]	Obtenir les informations nécessaires en pathologie pour décider des traitements adjuvants appropriés.	Proportion des cas de cancer invasif ayant une évaluation adéquate de l'envahissement ganglionnaire.	90 %	95 %

**Objectifs, indicateurs et normes portant sur l'investigation
(Revue de la documentation)**

■ **Évaluation des lésions en pathologie**

**Tableau A-XXIV
Concordance des diagnostics pathologiques**

Programme/ référence	Objectif	Indicateur	Norme minimale	Norme visée
Royaume-Uni Royal College of Radiologists [8, 1999]		Proportion des rapports de pathologie contenant les informations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 et nombre de ganglions atteints ▪ état des récepteurs d'œstrogènes 	> 90 %	

Références bibliographiques de l'annexe 2

1. NHS CANCER SCREENING PROGRAMMES. « Consolidated guidance on standards for the NHS Breast Screening Programme », *NHSBSP*, publication n° 60 (version 2), avril 2005, [En ligne].
[www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000259/frame.html]
2. NATIONAL COORDINATING GROUP FOR SURGEONS IN BREAST CANCER SCREENING WORKING WITH THE ASSOCIATION OF BREAST SURGERY AT BASO. *Quality assurance guidelines for surgeons in breast cancer screening*, publication n° 20, 3^e éd., Sheffield, Royaume-Uni, November 2003, [En ligne].
[www.cancerscreening.org.uk/breastscreen/publications/qa-09.html]
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. NHS CANCER SCREENING PROGRAMMES. « Clinical guidelines for breast cancer screening assessment », *NHSBSP*, publication n° 49, 2^e éd., janvier 2005, [En ligne].
[www.cancerscreening.org.uk/breastscreen/publications/nhsbsp49.html].
5. NATIONAL ACCREDITATION COMMITTEE. *National program for the early detection of breast cancer - National accreditation requirements: Approved March 1994*. Commonwealth Department of Human Services and Health, Canberra, Australia, décembre 1994.
6. HORNE, T. *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 CANCER SCREENING PROGRAMMES. « Quality assurance guidelines for breast cancer screening », *NHSBSP*, publication n° 59, janvier 2005, [En ligne].
[www.cancerscreening.org.uk/breastscreen/publications/nhsbsp59.html].
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, Royaume-Uni, 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 », BASO Breast Speciality Group, *European Journal of Surgical Oncology*, 1998 (révision), vol. 24, n° 6, p. 464-476.
10. NHS BREAST SCREENING PROGRAMME. « Guidelines for breast pathology services », National coordination group for breast screening pathology, *NHSBSP*, publication n° 2, Sheffield, Royaume-Uni, juillet 1997 (révision).
11. EUROPEAN COMMISSION EUROPE AGAINST CANCER. *European guidelines for quality assurance in mammography screening*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, Perry N., Broeders M., deWolf C., Törnberg S., Schouten J. (éd.), 3^e éd., 2001.

12. NHS CANCER SCREENING PROGRAMME. « Non-operative diagnosis subgroup of the national coordinating group for breast screening pathology - Guidelines for non-operative diagnostic procedures and reporting in breast cancer screening », *NHSBSP*, publication n° 50, juin 2001, [En ligne].
[www.cancerscreening.org.uk/breastscreen/publications/nhsbsp50.pdf].
13. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme québécois de dépistage du cancer du sein - Cadre de référence*, Direction générale de la santé publique, Québec, 1996.
14. SANTÉ CANADA. *Attente d'un diagnostic après le dépistage d'une anomalie au sein au Canada - Rapport du groupe de travail sur l'intégration des processus de dépistage et de diagnostic de l'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein*, Santé Canada, Ottawa, 2000.
15. GROUPE DE TRAVAIL SUR LES INDICATEURS D'ÉVALUATION, *Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein*, Santé Canada, Ottawa, 2002.

Annexe III
Canevas des entrevues - Évaluation *a priori*

- Introduction (présentation, contexte de l'étude);
- Objectifs de l'entrevue (étape préliminaire du projet permettant de mieux développer la fonction de révision des pratiques et de planifier les éléments importants de l'évaluation);
- Déroulement de l'entrevue, durée.

Première partie - Perceptions générales sur la révision des pratiques/audit

- Expériences/connaissances eu égard à la révision des pratiques/audit :
 - compréhension du concept de révision des pratiques (dans ses mots);
 - connaissances (littérature, autres);
 - expérience/participation à ce type d'approche;
 - bilan de l'expérience;
 - perceptions.
- Réactions face à la fonction de révision des pratiques et pourquoi :
 - avantages/inconvénients perçus;
 - menaces;
 - opportunités;
 - contraintes;
 - etc.

Deuxième partie - Opinions concernant différents éléments du projet en cours

Description sommaire du projet (mise en œuvre de la fonction de révision des pratiques et évaluation des conditions favorables ou défavorables) :

- opinions sur l'organisation de la fonction de révision des pratiques à HSS :
 - meilleur moment pour les rencontres (de la journée, de la semaine);
 - durée optimale;
 - fréquence;
 - personnes qui devraient être présentes;
 - déroulement idéal de la rencontre (présentation des résultats, discussions, décisions, procès verbal, etc.);
 - type d'animation souhaitable;
 - éléments ou questions qui devraient être abordés dans le cadre de la révision des pratiques (questions en relation avec la qualité notamment).
- appréciation personnelle de la pertinence de cette pratique ou est-elle souhaitable?
- pourquoi? Qu'est-ce que ça peut donner/changer?
- intérêt personnel à participer et à quelles conditions?
- quelles conditions pourraient faciliter l'adoption de la fonction par l'équipe?
- difficultés anticipées qui pourraient constituer des obstacles à l'adoption de cette fonction par l'équipe.

Synthèse et reformulation des propos émis par la personne interviewée (s'assurer d'avoir bien compris) et ouverture à d'autres considérations ou questionnements.

Annexe IV
Analyse détaillée des entrevues - Évaluation *a priori*

Perceptions générales sur la révision des pratiques

Pour la grande majorité des répondants, les notions de révision des pratiques ou d'audit ne sont pas vraiment claires. Il a fallu expliquer ce dont il était question dès le début des entrevues. Plusieurs répondants disent ne pas avoir de connaissances sur ce processus et ne pas avoir d'expérience non plus en la matière de façon générale.

Spontanément, deux médecins spécialistes insistent sur l'importance de faire de la révision des pratiques dans le domaine du cancer du sein. Selon eux, l'évaluation de la qualité des pratiques médicales est primordiale pour assurer la qualité et l'uniformité des interventions (cohérence à l'égard des guides de pratique notamment).

Plusieurs répondants établissent des liens avec certaines activités d'évaluation auxquelles ils participent actuellement (ou réalisées dans le passé) et qui permettent effectivement de faire un examen critique d'une partie de la pratique, soit :

- l'accréditation des appareils de mammographie et les contrôles de qualité techniques;
- l'audit des rapports de pathologie pour les cas de cancer ayant eu une chirurgie conservatrice (réalisé par le Collège des médecins);
- les contrôles de qualité en pathologie (volet technique);
- les analyses de corrélation entre les biopsies et la pathologie;
- les activités d'évaluation de la qualité de l'acte du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) dont les évaluations par critères objectifs;
- l'évaluation de certains cas présentant des complications.

Aucun répondant n'a lu de littérature spécifique sur le processus de révision des pratiques ou l'audit. Tous s'accordent pour trouver l'approche pertinente et intéressante dans l'optique d'améliorer la qualité des services à la clientèle ou pour faciliter les prises de décision en fonction d'un meilleur fonctionnement du département, de l'équipe, de l'unité administrative, etc. Un répondant émet des réserves à l'égard des évaluations par critères objectifs promues par le Collège des médecins du Québec.

Les notions de temps requis et de paperasse à compléter sont soulevées souvent en tant qu'obstacles qui risquent de freiner l'implication des professionnels. Les bénéfices escomptés sont la qualité, la conscience et la valorisation du travail accompli ainsi que l'utilisation des données pour faciliter l'accès à de nouvelles ressources. Les inconvénients ou menaces associés à la révision des pratiques sont : la difficulté inhérente aux statistiques pour mettre en évidence certaines caractéristiques (ex. : pour faire ressortir la lourdeur des cas), les coupures de poste qui pourraient suivre un portrait statistique inapproprié, les problèmes de confidentialité et d'éthique voire même les problèmes légaux associés à la mise en évidence de certaines situations qui pourraient être jugées non conformes aux guides de pratique et ce, particulièrement si les professionnels concernés sont nommément identifiés. Il est proposé de bien gérer ce processus.

Faits saillants
Les termes de « révision des pratiques » et « d'audit » sont peu connus des répondants. Toutefois, la démarche de révision des pratiques ne semble pas nouvelle. Les médecins sont, notamment, soumis à l'évaluation de la qualité de l'acte par le biais du CMDP et doivent répondre au Collège des médecins. Tous s'accordent pour trouver la démarche pertinente.

OPINIONS CONCERNANT DIFFÉRENTS ÉLÉMENTS DU PROJET EN COURS

■ Opinions sur l'organisation de la fonction de révision des pratiques à l'HSS

▪ Le nombre et la durée des rencontres

Le projet initial propose la tenue de trois rencontres étalées sur plusieurs mois. Les répondants ont d'abord donné leur opinion sur l'horaire de ces rencontres. Ils sont tous d'accord avec la proposition de procéder à trois rencontres pour diffuser et discuter les analyses, sauf un répondant qui préférerait une formule colloque comprenant une demi-journée à une journée consacrée entièrement à cette fin. Hormis cette personne, les autres répondants souhaitent que ces rencontres aient une durée maximale de une heure et demie et suggèrent la tenue de rencontres en début ou en fin de journée, plus rarement sur l'heure du midi. La plupart des médecins interrogés souhaitent que les rencontres soient planifiées tôt le matin ou préférablement en fin d'après-midi (mais pas tous). En effet, certains médecins sont occupés assez tôt le matin (surtout les radiologistes). L'heure du midi n'est pas une solution intéressante, puisque plusieurs médecins ne pourront se libérer et que les infirmières ont seulement 45 minutes pour dîner. Un ou deux répondants ont émis l'hypothèse que les rencontres aient lieu pendant les heures régulières de travail des professionnels et du personnel de bureau (8 h à 17 h). On note que cela nécessiterait des démarches avec les gestionnaires des ressources humaines et que, de toute façon, les médecins ne seraient pas présents puisqu'ils ne sont pas disponibles pendant ces heures.

La durée idéale des rencontres est établie autour de une heure à une heure trente minutes par la majorité des répondants.

▪ La participation aux rencontres de révision de cas

Le projet initial prévoyait la diffusion des analyses aux membres de l'équipe interdisciplinaire. Après que l'on eut rapidement expliqué le type d'analyses concerné (ex. : délais, taux de biopsies ouvertes, etc.) et le fait que ces informations étaient destinées aux membres de l'équipe interdisciplinaire, les répondants furent invités à donner leur opinion sur les professionnels qui devraient assister aux rencontres de révision de cas.

Les réponses ont été aussi variées que le nombre de personnes interviewées. La présence des médecins radiologistes, pathologistes, chirurgiens et omnipraticiens est reconnue essentielle par l'ensemble des répondants. Au moins deux d'entre eux (médecins) ont estimé qu'il devrait surtout y avoir des médecins compte tenu de la nature des discussions prévues.

Quelques répondants considèrent que le choix des participants dépend de la nature des informations à transmettre et des intérêts de l'auditoire. Plusieurs avancent que les professionnels suivants devraient être présents (outre les médecins) :

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| - l'infirmière du CRID; | - la technologue aux biopsies; |
| - la travailleuse sociale; | - les secrétaires; |
| - l'infirmière-chef; | - les réceptionnistes; |
| - l'assistante-chef en radiologie; | - la commis au CRID. |
| - la technologue en radiologie; | |

L'un des répondants cite aussi les personnes suivantes :

- la responsable de la Coordination des services régionaux (CCSR);
- l'infirmière de la clinique préopératoire;
- le personnel à la réception et aux rendez-vous, la commis;
- le personnel affecté à la saisie de données en pathologie.

Quelques répondants croient que les gestionnaires devraient être présents, ce qui faciliterait la prise de décision et permettrait d'assurer le suivi. D'autres pensent au contraire qu'il est préférable que ce soit des

professionnels sur le terrain qui participent à ces rencontres. Un répondant note l'importance d'assurer la transmission des informations vers le personnel de terrain. Par ailleurs, le transfert des informations à l'intérieur des groupes de personnels et de professionnels concernés serait grandement facilité par la désignation de personnes responsables participant à un groupe de travail associé au projet.

Deux répondants considèrent, pour leur part, que tous les intervenants devraient être impliqués, y compris le personnel de bureau et le personnel de la réception.

Une répondante propose de prévoir différents types de rencontres en fonction des besoins et des intérêts des différents participants. Toutefois, de l'avis même de cette répondante, cette option pourrait engendrer un effet de division de l'équipe, et nuire au sentiment d'appartenance à l'équipe.

▪ Les items proposés par les répondants

Les répondants ont été questionnés sur les items qu'ils voudraient voir couverts par la démarche de révision des pratiques. Dans la liste qui suit, chaque crochet représente un item mentionné par une personne :

- pourcentage de diagnostic préopératoire;
délais néoplasies palpables/non palpables;
ratio bénin/malin au trocart en tenant compte du statut à risque que représentent les hyperplasies atypiques;
réalisation de l'examen clinique des seins;
- résultats des biopsies;
- évolution des pratiques à la suite de l'introduction des biopsies guidées par imagerie;
réduction de la mortalité;
- description des services rendus, des lésions mises en évidence;
comparaison des pratiques du CRID-HSS aux autres CRID et aux expériences internationales;
réduction de la mortalité;
- résultats individuels (taux de détection, taux de faux positifs, négatifs);
- changements cylindriques;
pourcentage de patientes subissant des biopsies;
néoplasies lobulaires;
évolution des hyperplasies atypiques en néoplasie *in situ*;
- efficacité du dépistage chez les femmes symptomatiques (mais qui profitent de l'invitation pour obtenir une mammographie) et les femmes asymptomatiques;
réduction de la mortalité en tenant compte de la présence de signes et symptômes et aussi selon la grosseur des tumeurs;
- description des caractéristiques sociodémographiques de la clientèle (en service social particulièrement);
- données pour améliorer l'efficacité (cibler la clientèle, éviter les dédoublements, utiliser de façon optimale les compétences des professionnels, gérer le temps-entrevue, réduire les délais sans augmenter les coûts);
- démonstration de la qualité et de la performance de l'établissement (question de survie);
- délai entre l'appel téléphonique et la première visite au CRID (dans le contexte où une norme québécoise fixe à 12 jours ouvrables l'intervalle de temps entre le dépistage et le rendez-vous pour investigation).

Outre trois mentions sur la réduction de la mortalité, on ne peut que constater que les intérêts sont variés et vastes pour une gamme relativement grande d'analyses. Certains items sont très précis et sont manifestement le reflet de préoccupations quant à la meilleure conduite à adopter. Un répondant propose de mettre en place un comité pour procéder au choix des indicateurs à retenir. Par ailleurs, peu de répondants ont donné des précisions sur le type d'animation qui serait préférable lors des rencontres; on note toutefois que la présence d'un animateur/modérateur pourrait être intéressante pour contrôler les discussions en parallèle et le bon déroulement des rencontres.

■ Pertinence de cette approche, conditions facilitantes et obstacles

L'ensemble des intervenants considère que l'approche est pertinente mais certains professionnels peuvent percevoir cette démarche comme étant menaçante. Il y a un important rattrapage à faire au plan de la diffusion des données puisque, depuis cinq ans, comme le mentionne un répondant, les résultats de ce programme n'ont pas été beaucoup diffusés aux intervenants sur le terrain. Les conditions fondamentales énoncées par plusieurs répondants pour que l'approche donne des résultats incluent les items suivants: ne pas demander de temps, de travail supplémentaire, de paperasse et ne pas avoir d'implication sur le budget. Il faut éviter que ce projet mette le CRID sur la sellette et que la participation à ce projet nuise finalement à l'équipe. Une intervenante note l'insécurité actuelle générée par les profondes modifications au chapitre de l'organisation des services dans les hôpitaux de la région de Québec. Il faut éviter de transmettre des données concernant un professionnel en particulier et assurer la confidentialité. Par ailleurs, pour que l'approche fonctionne, il faut être branché sur la réalité et orienter les analyses vers des prises de décisions éclairées. Toutefois, il faut éviter les recommandations qui ne tiennent pas compte du vécu sur le terrain.

Pour ce qui est des conditions facilitantes citées par les répondants, ce sont l'ouverture de l'équipe à la recherche clinique, la préoccupation à l'égard de la qualité et les visées vers l'excellence. La possibilité de participer à un projet qui pourrait être publié représente un atout. Un répondant propose que le projet s'allie les professionnels qui font preuve d'un leadership naturel au sein de l'équipe. Il est également proposé de définir d'avance qui détient le pouvoir de diffuser les résultats et quels mécanismes sont mis en place pour ce faire.

Les principaux obstacles évoqués sont, quant à eux, le temps et l'énergie requis par cette démarche et la perception possible chez plusieurs intervenants d'un jugement qui serait porté par l'extérieur.

Les défis consistent, notamment, à choisir un horaire de rencontres qui conviendra au plus grand nombre de personnes et à retenir l'attention de l'ensemble des intervenants alors que certains contenus très spécifiques peuvent susciter un intérêt limité pour certaines catégories de personnels ou groupes professionnels.

Annexe V
Composition du comité ad hoc

Composition du comité ad hoc

Tableau XXV
Composition du comité ad hoc

Nom	Profession	Organisation
Cliniciens		
Jocelyne Chiquette Anne Huot ¹	Omnipraticiennes	CRID-HSS
Anita Dorion	Radiologiste	CRID-HSS
Simon Jacob	Pathologiste	CRID-HSS
Équipe de projet		
Louise Provencher ²	Chirurgien-oncologue	CRID-HSS
Jacques Brisson	Épidémiologiste	INSPQ
Éric Pelletier	Épidémiologiste	INSPQ
Andrée Laberge ³	Épidémiologiste	DSP de la Capitale-Nationale
Marie-Claude Messely ⁴	Médecin-conseil	DSP de la Capitale-Nationale et INSPQ
Pierre Racine	Agent de planification, de programmation et de recherche	DSP de la Capitale-Nationale

¹ Jocelyne Chiquette a remplacé Anne Huot à partir de mai 2006

² Collaboratrice à l'équipe de projet au CRID-HSS

³ Participation à deux rencontres au début du projet

⁴ Responsable de la coordination du projet et de l'animation des rencontres

Annexe VI
Liste des indicateurs développés dans le cadre du projet

LE CRID-HSS EST COMPARÉ À TOUS LES AUTRES CRID DE LA PROVINCE

- **Bases de données (description) :**
 - SI-PQDCS;
 - base de données pour analyse.
- **Établissements ayant procédé à l'investigation :**
 - lieu de l'investigation suite à une mammographie anormale, 2002-2004;
 - portrait des centres du PQDCS (tous types de centre, par région), 2004;
 - fréquentation des CRID, 2002-2004;
 - cheminement des femmes ayant fréquenté HSS, 2002-2004;
 - cheminement des femmes ayant fréquenté un autre CRID, 2002-2004.
- **Caractéristiques des femmes :**
 - provenance des femmes, HSS, 2002-2004;
 - lieu de réalisation de la mammographie de dépistage, HSS 2002-2004;
 - caractéristiques des femmes (HSS vs autres CRID), 2002-2004;
 - symptômes au dépistage (HSS vs autres CRID), 2002-2004;
 - type de lésion à la mammographie de dépistage (HSS vs autres CRID), 2002-2004.
- **Remplissage des rapports du PQDCS (HSS vs autres CRID) :**
 - rapport de confirmation diagnostique, 2002-2004;
 - rapport de pathologie, 2002-2004;
 - rapport détaillé du clinicien, 2002-2004.
- **Profil d'investigation des femmes ayant fréquenté l'HSS comparé à celui des autres établissements CRID :**
 - profil des actes d'investigation, 2002-2004;
 - profil des actes d'imagerie fait en investigation, 2002-2004;
 - profil des actes effractifs fait en investigation, 2002-2004.
- **Caractéristiques des cancers (*in situ*, cancers infiltrants de petite taille, cancers infiltrants sans envahissement ganglionnaire) :**
 - caractéristiques des cancers, HSS, 1998-2004;
 - caractéristiques des cancers, (HSS vs autres CRID), 2001-2003.
- **Indicateurs de performance - actes effractifs (ratio bénin/malin à la biopsie par forage, ratio bénin/malin à la biopsie ouverte, % de diagnostics préopératoires pour cancer, % d'actes effractifs préopératoires pour lésion bénigne) :**
 - performance associée aux actes effractifs, HSS, 1998-2004;
 - performance associée aux actes effractifs, HSS vs autres CRID, 2002-2004;
 - diagnostic préopératoire, HSS vs autres CRID, 2002-2004.
- **Indicateurs de performance - délais (accès direct au CRID vs accès indirect) :**
 - délais;
 - délai entre le dépistage et le diagnostic, (HSS vs autres CRID), 2002-2004;
 - délai entre le premier acte en CRID et le diagnostic, (HSS vs autres CRID), 2002-2004;
 - délai entre le premier acte en CRID et le diagnostic, avec ou sans biopsie, HSS, 1998-2004;
 - délai entre le premier acte en CRID et le diagnostic bénin versus cancer (HSS vs autres CRID), 2002-2004.
- **Indicateurs de performance - rappel précoce :**
 - rappel précoce recommandé 3-11 mois, (HSS vs autres CRID), 2002-2004;
 - rappel précoce recommandé 3-11 mois suite à l'investigation initiale, (HSS vs autres CRID), 2002-2004.

Annexe VII
Grille d'observation de la rencontre de diffusion des indicateurs

Grille d'observation de la rencontre de diffusion des indicateurs

GRILLE - OBSERVATION LORS DE LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS CONCERNANT « LA RÉVISION DES PRATIQUES PAR L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE DU CRID-HSS »
--

VOLET : DÉROULEMENT ET ANIMATION

- OBSERVATION DU DÉROULEMENT – PRÉSENTATEUR
 - DÉBIT DU PRÉSENTATEUR
 - ATTITUDE OUVERTE, NERVOSITÉ.
 - ETC.

- OBSERVATION DU DÉROULEMENT – PARTICIPANTS
 - ATTENTION DES PARTICIPANTS
 - INTERRUPTIONS
 - MARQUES D'INTÉRÊT / D'ENNUI (NON VERBAL)
 - CHUCHOTEMENTS ENTRE PARTICIPANTS (PRÉSENCE DE SOUS-GROUPES)
 - ETC.

VOLET : DÉROULEMENT ET ANIMATION - FACTEURS EXPLICATIFS -
--

- MODE DE PRÉSENTATION, DÉBIT, DÉROULEMENT NON APPROPRIÉS

- PARTICIPATION DES PERSONNES PRÉSENTES

- INTERFÉRENCES DE LA PART DE CERTAINS PROFESSIONNELS

- DÉROULEMENT NON OPTIMAL

- PROBLÈMES D'ANIMATION ET PERTE DE CONTRÔLE DU DÉROULEMENT (CONVERSATIONS PARALLÈLES)

- FATIGUE DES PARTICIPANTS (FIN DE JOURNÉE, HEURE DE REPAS, PRÉOCCUPATIONS PAR D'AUTRES ENGAGEMENTS)

- DÉVIATION SUR DES SUJETS CONNEXES (ATTENTES DIFFÉRENTES) QUI ENTRAVE LE DÉROULEMENT

- COHÉSIONS-TENSIONS ENTRE LES PARTICIPANTS QUI ENTRAVENT LE DÉROULEMENT

VOLET : COMPRÉHENSION-CLARTÉ-PRÉCISION

- DEMANDE D'ÉCLAIRCISSEMENTS (CONTENU, TABLEAUX, FIGURES, GRAPHIQUES)
 - NATURE DES QUESTIONS
 - QUANTITÉ

- DEMANDE D'ANALYSES SUPPLÉMENTAIRES

- INCOMPRÉHENSION AU REGARD DES CONCLUSIONS À TIRER (VS ATTENTES DIFFÉRENTES)

Grille d'observation de la rencontre de diffusion des indicateurs

VOLET : COMPRÉHENSION-CLARTÉ-PRÉCISION - FACTEURS EXPLICATIFS -

- CONTENU INSUFFISAMMENT VULGARISÉ, TABLEAUX OU GRAPHIQUES PRÉSENTÉS TROP SOMMAIREMENT
- APPORTS-NUISANCES DU COMITÉ AD HOC POUR FAVORISER LA COMPRÉHENSION (INTERVENTIONS APPROPRIÉES OU NON PENDANT LA PRÉSENTATION) – RÔLE DE LEADERSHIP ASSUMÉ PAR LES MEMBRES DU COMITÉ AD HOC AUPRÈS DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE
- DIFFÉRENCES EN TERMES DE CONNAISSANCES-INTÉRÊTS ENTRE LES DIFFÉRENTS GROUPES DE PROFESSIONNELS POUR INTÉGRER L'INFORMATION
- PRÉSENCE DE CERTAINES CONDITIONS POUR FACILITER-NUIRE À LA COMPRÉHENSION (EX. : PARTICIPATION À DES ESSAIS CLINIQUES OU À L'ENSEIGNEMENT)
- CONTEXTE GÉNÉRAL DE LUTTE POUR ASSURER LA SURVIE DE L'ÉQUIPE EXERÇANT UNE INFLUENCE SUR LA COMPRÉHENSION ET L'ACCEPTABILITÉ DES RÉSULTATS D'ANALYSE

VOLET : ACCEPTABILITÉ

- RÉACTIONS AU CONTENU
 - INTÉRÊT-PARTICIPATION
 - RÉSISTANCE
- RÉCEPTIVITÉ DES PARTICIPANTS À LA DÉMARCHE DE RÉVISION DES PRATIQUES

VOLET : ACCEPTABILITÉ - FACTEURS EXPLICATIFS -

- CHOIX DES ANALYSES NON APPROPRIÉ
- VALIDITÉ DES ANALYSES REMISE EN QUESTION (INCLUANT L'UTILISATION DES SOURCES DE DONNÉES)
- IDÉE MÊME DE RÉVISER SA PRATIQUE EN ÉQUIPE CONSIDÉRÉE COMME SAUGRENUÉ
- DÉMARCHE CONSTITUE ET AJOUTE UNE MENACE À LA SURVIE DE L'HSS
- UTILISATION DES ANALYSES À L'AVANTAGE DE L'ÉQUIPE
- OBSERVATION D'UNE OUVERTURE-RÉSISTANCE À CE TYPE DE DÉMARCHE
- CONFRONTATION ENTRE LES PAIRS
- CRAINTE QUE L'INFORMATION PUISSE ÊTRE UTILISÉE À TOUTES SORTES D'AUTRES FINS QUE CELLES PRÉVUES PAR LE PROJET

Grille d'observation de la rencontre de diffusion des indicateurs

VOLET : UTILITÉ PERÇUE

- CLINIQUE
 - CHANGEMENT DES MODES DE PRATIQUE
 - DISCUSSIONS ESSENTIELLES
 - SOLUTIONS (COURT, MOYEN, LONG TERME)
- AVANCEMENT DES CONNAISSANCES-ENSEIGNEMENT
 - SOULÈVEMENT D'HYPOTHÈSES DE RECHERCHE
- GESTION
 - RETOMBÉES SUR LE FONCTIONNEMENT DE L'ÉQUIPE
 - RETOMBÉES SUR DES DÉCISIONS ADMINISTRATIVES (RESSOURCES HUMAINES, MATÉRIELLES OU FINANCIÈRES)
 - RETOMBÉES SUR LE CHEMINEMENT DE LA CLIENTÈLE (OU D'AUTRES ASPECTS, EX. : NOUVEAUX SERVICES)
- RETOMBÉES PROFESSIONNELLES
 - SENTIMENT D'UTILITÉ
 - AUTOCRITIQUE
 - AUTOFORMATION
 - OUVERTURE

VOLET : UTILITÉ PERÇUE - FACTEURS EXPLICATIFS -

- RÉPOND OU, AU CONTRAIRE, NE REMPLIT PAS LES ATTENTES (INFORMATION JUGÉE INUTILE, DÉJÀ CONNUE OU PRESENTIE, PAS SUFFISAMMENT DÉTAILLÉE POUR PERMETTRE D'ÉMETTRE DES HYPOTHÈSES INTÉRESSANTES)
- SOULÈVE DES DISCUSSIONS ESSENTIELLES (MANAGEMENT DES LÉSIONS, CHEMINEMENT DES FEMMES, FONCTIONNEMENT D'ÉQUIPE, ACCÈS AUX SERVICES ET DÉLAIS, ETC.)
- PERMET QUE LE GROUPE GÉNÈRE DES ÉLÉMENTS DE SOLUTION
- FOURNIT (OU NON) DES RETOMBÉES POSITIVES-NÉGATIVES POUR L'ÉQUIPE ET L'ÉTABLISSEMENT :
 - D'ORDRE ADMINISTRATIF
 - POUR LA CLIENTÈLE
 - POUR L'EFFICACITÉ, L'EFFICIENCE DES INTERVENTIONS

Annexe VIII
Fiche de participation à la rencontre de diffusion des indicateurs

Fiche de participation de la rencontre de diffusion des indicateurs

À LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS CONCERNANT
« LA RÉVISION DES PRATIQUES PAR L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE DU CRID-HSS »

TENUE LE 27 MARS 2007
AU CRID-HSS, SALLE E2-03 (2^E ÉTAGE)
DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT
17 h À 19 h

CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES

NOM : _____ PROFESSION : _____

SEXE : M F ÂGE : _____

Premières impressions sur les résultats présentés

Participation à une entrevue individuelle

- ACCEPTERIEZ-VOUS DE PARTICIPER À UNE ENTREVUE INDIVIDUELLE (DURÉE : 30 MINUTES) POUR DONNER VOS COMMENTAIRES SUR CE PROJET?

• OUI • NON

SI OUI, NUMÉRO DE TÉLÉPHONE POUR PRENDRE RENDEZ-VOUS :

N^O DE TÉLÉPHONE : _____ N^O DE POSTE : _____

N.B. LES PERSONNES À CONTACTER SERONT SÉLECTIONNÉES EN FONCTION DU TAUX DE RÉPONSE.

MERCI BEAUCOUP DE VOTRE PARTICIPATION

Annexe IX
Canevas des entrevues : évaluation de l'expérimentation

Révision des pratiques par l'équipe interdisciplinaire du CRID – HSS

Mise en contexte

Lors de votre participation à la présentation du 27 mars dernier, vous avez accepté de participer à une entrevue, laquelle a pour buts :

1. d'échanger sur votre compréhension et sur le bien-fondé du projet;
2. de connaître vos perceptions et vos opinions sur le projet.

L'entrevue aura une durée **MAXIMALE** de 30 minutes et abordera trois thèmes :

- le choix du contenu présenté;
- les modalités de présentation;
- l'utilité de l'information produite.

L'information collectée sera traitée de façon globale afin d'en assurer la confidentialité et l'anonymat, et seule la personne menant l'entrevue y aura accès.

Avant de commencer l'entrevue, il est important de rappeler les objectifs poursuivis par ce projet :

1. soutenir le développement et la mise en place de la révision des pratiques (audit) par une équipe interdisciplinaire;
2. évaluer l'utilité et l'acceptabilité de cette démarche par les intervenants de l'équipe interdisciplinaire.

Thèmes abordés

- Choix du contenu et sa présentation (pertinence/compréhension/clarté) :
 - Est-ce que le choix des analyses était approprié? répondait à vos attentes?
 - Est-ce que la présentation était compréhensible? claire? Y aurait-il des points à améliorer?
- Choix des modalités de présentation et acceptabilité de la démarche de révision des pratiques
 - Qui aurait dû ou devrait être invité (types de professionnels)?
 - Modalités de présentation (horaire, durée, lieu, lunch);
 - Rétroaction - Est-ce que la rétroaction est une avenue acceptable pour une équipe?
 - Démarche - Est-ce que ce type de démarche peut être perçu comme une menace ou davantage comme une opportunité? ou les deux?
 - Diffusion – Quelle est votre opinion sur les meilleures façons de diffuser l'information produite à l'**interne**? à l'**externe**?
 - Comment percevez-vous l'implication de l'INSP dans le cadre de ce projet?
 - Comment percevez-vous l'implication de la DSP dans le cadre de ce projet?

- Utilité
 - Est-ce que l'information produite est utile pour l'équipe? Plus spécifiquement, pour quels types de professionnels?
 - Est-ce que les résultats présentés vous suggèrent d'effectuer des changements dans certaines pratiques? Si oui, quels éléments? – pratique de l'équipe vs pratique personnelle
 - Croyez-vous que ce type de démarche peut avoir des effets positifs sur les pratiques?

QUESTION GÉNÉRALE

Si on veut élargir cette démarche aux autres CRID, quelles seraient les conditions gagnantes à mettre en place pour que l'information transmise soit utile? Acceptable?

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Téléphone
418 666-7000
Télécopieur
418 666-2776
Site Internet
www.dspq.qc.ca

INSTITUT NATIONAL DE
SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC
945, avenue Wolfe
Québec (Québec)
G1V 5B3
Téléphone
418 650-5115
Télécopieur
418 646-9328
www.inspq.qc.ca

Québec 

- Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
- Institut national de santé publique