
Orientations ministérielles
relatives à l'utilisation
des comptes rendus
standardisés et structurés
pour une pratique médicale
de qualité en cancérologie

Mai 2014

Rédaction

Ministère de la Santé et des Services sociaux :

Direction québécoise de cancérologie :

Danielle Fluet

Collaboration

Ministère de la Santé et des Services sociaux :

Direction de l'accès, des technologies et de la biologie médicales (DATBM) :

Dr Yves Jalbert

Direction des systèmes aux services de santé et administratifs (DSSA) :

Yves Desjardins

Direction de l'éthique et de la qualité (DQ) :

France Laverdière

Direction québécoise de cancérologie (DQC) :

Christine Bertrand

Dre Laurence Éloy

Stéphanie Goulet

Louise Paquet

Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU de Québec) :

Dr Jean-François Ouellet

Chirurgien oncologue

Dr Bernard Têtu

Anatomopathologiste

Édition :

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

Le présent document est disponible uniquement en version électronique aux adresses suivantes :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications** et **www.msss.gouv.qc.ca/cancer**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN : 978-2-550-70867-4 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2014

Table des matières

Introduction	1
Description d'un rapport synoptique	2
Les principes directeurs encadrant l'utilisation des rapports synoptiques en cancérologie .	4
Premier principe	4
Deuxième principe	4
Troisième principe	5
Quatrième principe	5
Les impacts attendus des orientations ministérielles	6
Conclusion	6
Références	7

Introduction

La décision de définir des orientations ministérielles relatives au déploiement de comptes rendus standardisés et structurés en cancérologie découle inéluctablement des exigences cliniques et organisationnelles actuelles pour la précision, la complétude et l'uniformité des données requises. Dans son format synoptique et son support électronique, ce compte rendu standardisé et structuré est communément nommé le « rapport synoptique » (RS). Il est reconnu pour faciliter le travail des cliniciens, producteurs et utilisateurs, et il s'inscrit dans une approche de soutien à la qualité de la communication et de l'exercice médicale, comme l'anatomopathologie, la chirurgie, l'endoscopie et l'imagerie. Il vise à assurer la qualité attendue pour les soins et les services dispensés aux patients atteints de cancer au sein du Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

En fait, l'utilisation du RS suscite de plus en plus d'intérêt de la part des cliniciens œuvrant en cancérologie pour qui les demandes ne cessent de croître. La tâche se complexifie et l'information à fournir se précise sans cesse. Les approches thérapeutiques et l'évaluation de la performance, qui sont basées sur des données probantes, exigent un niveau élevé de spécificité. Le RS rend disponibles des données cliniques de haute précision desquelles découle le choix de traitement basé sur des algorithmes décisionnels, l'évaluation des programmes et l'implantation de processus de gestion des soins et services, et ce, dans un format convivial et au moment requis. Cliniciens et gestionnaires en oncologie doivent utiliser des outils qui permettent d'extraire des informations normées et standardisées afin d'assurer la qualité des soins et services et d'évaluer la performance réalisée.

Malgré la pertinence et la qualité des travaux amorcés au sein du RSSS, le temps est venu de développer une approche de soutien à la qualité de la pratique par une prise de position ministérielle claire. Cette approche permet de revoir les démarches effectuées, de développer des comptes rendus standardisés et un cadre de gestion informationnel pour une utilisation harmonieuse. Par le fait même, elle rehausse l'assurance qualité de l'exercice médicale en cancérologie au sein des différents services cliniques en soutenant l'atteinte de nouveaux standards.

La Direction québécoise de cancérologie (DQC) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans son Plan directeur en cancérologie, valorise l'excellence des pratiques professionnelles et organisationnelles en misant sur une organisation structurée de la cancérologie, le Réseau de cancérologie du Québec (RCQ). Dans la continuité des travaux amorcés au sein de différents programmes, la DQC a inscrit le déploiement des RS parmi les objectifs de son Plan d'action en cancérologie 2013-2015.

Le présent document constitue le résultat d'une démarche de consultation et de concertation. Ainsi, il reflète le consensus entre partenaires concernés. Il s'appuie également sur les travaux les plus récents sur les rapports synoptiques que vous trouverez en référence.

Il établit le point de départ d'un plan d'action dont les effets devront se répercuter tant au plan national que local.

Description d'un rapport synoptique

Un rapport synoptique est un document qui établit le résultat d'une analyse d'un prélèvement en pathologie, d'une lecture d'image en radiologie ou qui donne la description d'une intervention en endoscopie ou en chirurgie et qui sert de document de base à la décision orientant les soins du patient en investigation ou atteint de cancer. Il permet une approche systématique et organisée dans la façon de colliger les informations essentielles au compte rendu.

Le rapport synoptique offre également une description détaillée selon des standards reconnus en plus de présenter de nombreuses informations servant à la décision quant aux soins, au pronostic et à l'évaluation de l'acte et du programme pour enfin nourrir le Registre québécois du cancer (RQC) et soutenir la recherche.

Supporté par un fichier électronique, il respecte des standards pour chaque type de données, dans un format et une localisation déterminée. Ces informations structurées n'excluent pas l'utilisation de champs textes qui donnent la possibilité au médecin de décrire des éléments requis, prévus au compte rendu ou en ajout, pour soutenir une description de nature complexe, exceptionnelle ou additionnelle.

Il existe des gabarits électroniques déterminés qui permettent une présentation standardisée des formats et une mise à jour conviviale des versions subséquentes. Ce format assure une standardisation de la façon dont les données sont recueillies, transmises, stockées, récupérées et retransmises entre les systèmes d'information cliniques. Il peut aussi permettre l'encodage de certaines variables utilisées par la spécialité (ex. : SNOMED-CT en anatomopathologie). Son format synoptique rend la visualisation rapide des éléments essentiels en un seul coup d'œil.

Les données des rapports synoptiques électroniques sont hébergées dans une base de données locale interopérable à des fins d'exploitation pour des analyses ou des évaluations de la qualité basées sur des indicateurs déterminés. Transférées dans une banque centrale, elles soutiendront les décisions et les orientations nationales.

Le RS a quatre qualités essentielles pour la pratique médicale, soit la facilité d'utilisation, la précision, la complétude et son accessibilité en temps opportun.

La facilité d'utilisation signifie que le RS est un outil convivial où les éléments nécessaires sont préinscrits dans des sections identifiées, contenus dans des listes déroulantes ou des cases à cocher, dans une localisation unique, réduisant la zone de texte à une information essentielle. De plus, l'apparence du formulaire, la convivialité de l'application et son incorporation dans les différentes étapes du processus de travail favorisent son appropriation et optimisent la performance d'exécution. Pris en compte, ces

éléments minimisent les impacts sur la tâche et la charge de travail et, ainsi, ils augmentent la satisfaction des utilisateurs.

La précision réfère aux éléments descriptifs inscrits au compte rendu dans un vocabulaire approuvé et standardisé par des comités d'experts œuvrant au sein d'associations reconnues des pairs. Ils sont disposés dans une séquence précise et structurée pour en supporter la saisie. Ceux-ci permettent aux cliniciens et aux gestionnaires de prendre des décisions fondées sur des données précises, valides et comparables. La clarté est un critère de satisfaction élevé du lecteur. Elle contribue à diminuer le nombre d'erreurs causées par l'ambiguïté ou par la mésinterprétation du texte narratif. Appréciée des archivistes médicales des registres locaux de cancer, la précision assure la qualité des données codées et enregistrées.

La complétude des informations correspond à l'identification par le clinicien, de l'ensemble des éléments indispensables pour décrire les résultats d'une analyse, d'une intervention ou d'un examen, par exemple la marge de résection ou l'indice de prolifération et, dans certains cas, elle peut amener les éléments pronostics et prédictifs ainsi que la réponse à un traitement subséquent. L'accessibilité à ces informations essentielles est nécessaire dans la prise de décisions thérapeutiques tout en n'étant pas irréaliste ou trop complexe. Son déploiement dans un système d'information local permet de rendre les données obligatoires par des champs munis d'un dispositif d'alerte.

L'accessibilité en temps opportun au rapport synoptique signifie que l'information supportant les décisions de diagnostic, de pronostic ou thérapeutiques est complète, pertinente et disponible en temps requis. Le rapport synoptique vise à accorder un temps efficace à un exercice à valeur ajoutée. Ce facteur est optimisé par la rapidité d'exécution des médecins habiletés et mis en présence des éléments facilitateurs mentionnés. Le RS atteint son efficience en rendant disponible une information de haute qualité pour l'ensemble de ses utilisateurs, qu'ils soient cliniciens, gestionnaires, responsables de registres, épidémiologistes ou intervenants en cancérologie.

Les principes directeurs encadrant l'utilisation des rapports synoptiques en cancérologie

En toile de fond des principes directeurs qu'il énonce, le MSSS encourage les établissements à être novateurs dans la mise en place de processus de travail accompagnant le déploiement des RS en cancérologie. Ils doivent s'assurer que les médecins spécialistes jouent leurs rôles essentiels grâce aux informations de qualité qu'ils fournissent, et ce, en considérant les multiples défis liés à la complexité de la tâche et à l'effectif médical et technique. Ils positionnent aussi à l'avant-plan l'importance de la qualité de la communication au sein des équipes de soins, de la concertation clinique et du partage des connaissances.

Ainsi, quatre principes directeurs doivent guider l'utilisation des RS.

Premier principe :

Le contenu des rapports est uniformisé. Il doit être établi selon les données probantes, dans une terminologie reconnue et standardisée qui correspond aux normes de la pratique clinique québécoise en cancérologie.

Par ce principe, le MSSS réaffirme l'utilisation d'un contenu standard, uniforme, adopté provincialement et soutenu par l'association médicale concernée.

Issus majoritairement de sources de langue anglaise, les contenus doivent être traduits et révisés par les médecins de la spécialité visée, selon un cadre normatif encourageant la conformité des éléments attendus et leur intégration à un support informatique adéquat. Leur approbation doit être faite en collaboration avec les cliniciens oncologues reconnus qui sont concernés par leur utilisation.

Deuxième principe :

Le MSSS intègre l'utilisation des RS comme une norme de qualité pour les services spécialisés en cancérologie au Québec.

Pour l'adoption de normes de contrôle externe de qualité, le MSSS confie le leadership à la DQC. En collaboration avec les instances concernées (Collège des médecins du Québec, Agrément Canada, Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, etc.), elle émet des normes rejoignant les différentes composantes de la qualité. Leur intégration au sein des démarches d'amélioration continue, des programmes d'assurance qualité et de contrôle qualité de la pratique médicale et de la gestion des services doit s'appuyer sur des mécanismes déterminés par la norme et ses caractéristiques opérationnelles.

Parallèlement, le MSSS mobilise le réseau à la mise en place de processus intégrés de déploiement, de suivi et de rétroaction en appui aux normes qualité, et ce, dans le respect des responsabilités dévolues aux différentes instances régionales et locales.

Responsable du contrôle de qualité interne, l'établissement doit instaurer et promouvoir des procédures claires et détaillées d'utilisation des RS et les faire connaître auprès des autorités internes et des ressources des services concernés. Il en évalue la qualité à partir de critères établis.

Troisième principe :

Les RS doivent être utilisés ou produits à travers les applications locales (progiciels, outils informatiques utilisés par les cliniciens), de manière structurée et permettant de gérer les données saisies et de les exploiter.

Par ce principe, le MSSS affirme sa volonté de faire en sorte que la gestion des informations sur les soins et services offerts soit réalisée au cœur même de l'activité clinique en soutien à son amélioration continue. Elle considère l'importance d'utiliser des solutions informatiques intégrées aux environnements technologiques des établissements.

Dans la mesure où des gabarits électroniques existent, leur chargement dans les progiciels utilisés localement peut être considéré comme un standard, une exigence. En effet, ces fichiers structurés dans un langage informatique, intégrant la sémantique et la logique d'affaires, permettent de télécharger automatiquement un RS dans une application ou un progiciel et de gérer leur évolution de manière plus conviviale tout en réduisant l'intervention des ressources humaines.

Les partenaires des technologies de l'information, interpellés par l'évolution ou le développement d'outils informatiques locales pour le support des RS, devront se conformer aux exigences exprimées par les orientations technologiques du MSSS et, le cas échéant, s'inscrire au processus de certification ou d'homologation. Cette approche assure l'accessibilité à des données conformes tant aux niveaux local, régional et national.

Quatrième principe :

La DQC met en place une structure permanente pour assurer le développement, le déploiement, l'évolution et l'évaluation des RS en collaboration avec les instances responsables.

La DQC mobilise les différentes instances du RCQ. Elles sont mandatées pour produire le contenu des RS selon des standards reconnus, le faire évoluer et en soutenir le déploiement. Elles doivent émettre des normes pour l'uniformisation, la qualité et l'évaluation de la pratique. L'approche consensuelle est privilégiée pour l'élaboration des contenus standardisés et structurés des RS. Elle permet à un grand nombre de cliniciens de

milieux variés d'être partie prenante du processus, ce qui est une condition favorable à l'implantation du changement et à l'appropriation des RS dans la pratique courante.

La coordination est assurée par la DQC, présidée de son directeur. Elle dirige, en collaboration avec ses partenaires, le développement et le déploiement des RS en considérant les recommandations du RCQ et la gestion du changement pour les services concernés.

Les impacts attendus des orientations ministérielles

Les orientations ministérielles visent l'utilisation des RS comme outils standardisés et structurés pour les comptes rendus de différentes spécialités en soutien à la cancérologie au Québec. Pour ce faire, un plan d'action accompagne les présentes orientations et propose, selon les trois objectifs, plusieurs actions concrètes qui permettront de :

- 1) s'assurer de l'appropriation des orientations;
- 2) encadrer leur utilisation;
- 3) mesurer les impacts des orientations ministérielles sur l'exercice des disciplines médicales concernées.

Conclusion

Dans ses Orientations stratégiques 2011-2015, le MSSS se donne l'obligation de promouvoir la qualité des services et l'innovation. À cet égard, il soutient l'implantation des guides de pratique et des **standards cliniques** dans le RSSS. De plus, les attentes signifiées permettent à la DQC de définir les modalités d'implantation et d'utilisation des RS en cancérologie.

Le défi réel est de proposer à tous les médecins concernés dans les services dédiés à la lutte contre le cancer un support à un exercice de qualité afin qu'ils puissent assurer à leurs patients les meilleurs soins possible en plus d'améliorer leurs conditions de pratique.

Par ailleurs, il est attendu que la transmission de l'information clinique des RS doit appuyer les médecins, les gestionnaires de programme, les archivistes médicales, les responsables des registres du RQC et les utilisateurs du Dossier santé Québec lorsqu'ils doivent remplir leurs fonctions auprès de la clientèle.

Le plan d'action qui en découle favorise une approche commune pour l'ensemble du RSSS. Ses objectifs et ses actions interpellent les différents acteurs concernés dans chacun des domaines spécialisés pour favoriser l'utilisation des RS, dans une vision globale de la qualité.

Références

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY. *Setting the Standard: In Today's Value-Driven Health Care Environment, Standardized Language in Structured Reports Allows for Improved Patient Care*, [En ligne], Novembre 2013.

[<http://www.acr.org/News-Publications/News/News-Articles/2013/ACR-Bulletin/201311-Setting-the-Standard>].

BRANSTON, L.K, et al. *The implementation of guidelines and computerised forms improves the completeness of cancer pathology reporting, The CROPS projet: a randomised controlled trial in pathology*, European Journal of cancer, 38, 2002, p. 764-772.

CANCER CARE ONTARIO. [En ligne], [<https://www.cancercare.on.ca>].

COLLEGE OF AMERICAN PATHOLOGISTS. [En ligne], [<http://www.cap.org/apps/cap.portal>].

GILL Anthony J. et al. *Synoptic reporting improves histopathological assessment of pancreatic resection specimen*, Anatomical Pathology, Pathology 2009.

GREENE Frederick L. *General surgery news-the radiology report: help or hindrance?*, General surgery news, vol. 952, Mai 2013, p. 66.

IDOWU Michael O. et al. *Adequacy of pathology reporting of cancer, a College of American Pathologists Q probes study of 86 institutions*, Archives of Pathology & Laboratory Medicine, Vol. 134, Juillet 2010.

JOUSSET Guillaume. *Technologies de l'information et des communications : Les médecins font-ils de la résistance?*, Synergie, octobre/novembre 2013.

LANKSHEAR, Sara et al. *Standardized Synoptic Cancer Pathology Reports – So What and Who Care?*, Arch Pathol Lab Med, vol. 137, Novembre 2013, p. 1599-1602.

LIEBERMAND David et al. *Satandardized colonoscopy reporting and data system: report of Quality assurance task group of the national colorectal cancer roundtable*, Gastrointestinal endoscopy journal, vol. 65, n° 6, 2007, p. 757-766.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Ensemble en réseau, pour vaincre le cancer, Plan d'action 2013-2015*, [En ligne], 16 avril 2013, p. 17. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/45b86f21f6dd327385257b4f00472d9d>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Ensemble en réseau, pour vaincre le cancer, Plan directeur de cancérologie*, [En ligne], 16 avril 2013, [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/da27add97275b7d485257b4f0046869c?OpenDocument&Highlight=0,canc%C3%A9rologie>].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET SERVICE SOCIAUX DU QUÉBEC. *Plan global d'assurance qualité en anatomopathologie*, Rapport du comité consultatif en anatomopathologie, octobre 2009.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Plan stratégique 2010-2015*, 2010, p. 31-32.

SCHWARTZ Lawrence L. et al. *Improving communication of diagnostic radiology findings through structured reporting*, Radiology, vol. 260, n°1, Juillet 2011, p. 174-180.

SRIGLEY, John et al. *Closing the Quality Loop: Facilitating Improvement in Oncology Practice Through Timely Access to Clinical Performance Indicators*, Journal of Oncology Practice, vol. 9, n° 5, Septembre 2013, p. e255-e261.

SRIGLEY John et al. *Standardized Synoptic Cancer Pathology Reporting: A population-based approach*, Journal of Surgical Oncology, 2009, 99, 517-524.

WEISS David L., Langlotz Curtis P. *Structured reporting: patient care enhancement or productivity nighthmare?*, Radiology, vol. 249, n° 3, Decembre 2008, p. 739-747.

WWW.MSSS.GOUV.QC.CA/CANCER

14-902-02W