



**Ministère de la Santé  
et des Services sociaux**

# **Guide de l'utilisateur pour mesurer le temps de réponse en pathologie**

**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](http://www.msss.gouv.qc.ca) section **Publications** et [www.msss.gouv.qc.ca/cancer](http://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, 2017  
Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN : 978-2-550-80117-7 (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, 2017

Le présent document a été réalisé sous la responsabilité de la Direction générale de cancérologie en collaboration avec la Direction de la biovigilance et de la biologie médicale de la Direction générale des services de santé et médecine universitaire du ministère de la Santé et des Services sociaux.

#### **Encadrement et orientations**

D<sup>r</sup> Jean Latreille, Direction générale de cancérologie

M. Denis Ouellet, Direction de la biovigilance et de la biologie médicale, Direction générale des services de santé et médecine universitaire

D<sup>r</sup> Yves Jalbert, Direction de la biovigilance et de la biologie médicale, Direction générale des services de santé et médecine universitaire

#### **Coordination**

M<sup>me</sup> Danielle Fluet, Direction générale de cancérologie

M<sup>me</sup> Mélissa Dubé-Quenum, Direction générale de cancérologie

#### **Recherche et rédaction**

M. François Sanschagrin, Direction de la biovigilance et de la biologie médicale, Direction générale des services de santé et médecine universitaire

M<sup>me</sup> Louise Paquet, Direction générale de cancérologie

#### **Révision de novembre 2017**

M. François Sanschagrin, Direction de la biovigilance et de la biologie médicale, Direction générale des services de santé et médecine universitaire

M<sup>me</sup> Mélissa Dubé-Quenum, Direction générale de cancérologie

#### **Sous-groupe de travail du comité ministériel en anatomopathologie (CMA)**

D<sup>r</sup> Alain Marion, CISSS de Laval, président du sous-groupe de travail

D<sup>re</sup> Bich N. Nguyen, CHUM, présidente du CMA

D<sup>r</sup> Alan Spatz, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

D<sup>re</sup> Carole Xavier, CISSS de l'Outaouais

D<sup>r</sup> Christian Couture, représentant du CAQ et coordonnateur national répondant du bureau du coroner

D<sup>r</sup> Sameh Geha, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

D<sup>r</sup> Richard Bonneau, vice-président et représentant de l'APQ

#### **Relu et entériné par le CMA le 8 novembre 2016**

D<sup>re</sup> Badia Issa-Chergui, CUSM

M. Bruno Houde, représentant de l'OPTMQ

D<sup>r</sup> Hassem Adolf Wadie Roman, CISSS de Chaudières-Appalaches

D<sup>r</sup> Louis Lamarre, CISSS de la Montérégie-Centre

D<sup>re</sup> Louise-Marie Giroux, CISSS du Bas-Saint-Laurent

D<sup>r</sup> Marc Duplessis, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

D<sup>re</sup> Martine Périgny, CHU de Québec – UL

D<sup>re</sup> Sophie Bergeron, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

D<sup>re</sup> Virginie Royal, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

#### **Mise en page**

M<sup>me</sup> Isabelle Pelchat, Direction générale de cancérologie

Dans ce document, le terme pathologie est employé pour désigner l'anatomopathologie.



## Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>QU'EST-CE QUE LE TEMPS DE RÉPONSE EN ANATOMOPATHOLOGIE?</b> .....	<b>2</b>
<b>LES NORMES</b> .....	<b>2</b>
<b>LES OBJECTIFS DE LA MESURE DU TR</b> .....	<b>3</b>
<b>IMPLICATION DES LABORATOIRES</b> .....	<b>4</b>
<b>DÉFINITIONS DES ÉLÉMENTS MESURÉS, UNITÉS DE MESURE ET CIBLES</b> .....	<b>4</b>
LE TEMPS DE RÉPONSE (TR) .....	5
LE STATUT DES RAPPORTS DE PATHOLOGIE .....	8
DESCRIPTIONS DES CATÉGORIES DE SPÉCIMENS INCLUANT LES AUTOPSIES.....	8
TRAJECTOIRES DES SPÉCIMENS.....	10
LES UNITÉS DE MESURE ET LE CALCUL DU TR.....	10
LES CIBLES.....	11
<b>MOBILISATION DES ACTEURS INTERPELLÉS PAR L'ACCÈS (GESTION DU CHANGEMENT)</b> .....	<b>12</b>
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX .....	12
GRAPPE .....	13
<b>RÈGLES ET PROCÉDURES RELATIVES À LA SAISIE DES DONNÉES</b> .....	<b>13</b>
<b>STRATÉGIE D'ÉVALUATION DE L'ACCESSIBILITÉ</b> .....	<b>16</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>16</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>17</b>
<b>ANNEXE 1 – TRAJECTOIRE DU SPÉCIMEN EN PATHOLOGIE</b> .....	<b>18</b>
<b>ANNEXE 2 – TRAJECTOIRE DU SPÉCIMEN EN LABORATOIRE DE BIOPSIE ET CHIRURGIE</b> .....	<b>19</b>
<b>ANNEXE 3 – TRAJECTOIRE DU SPÉCIMEN EN LABORATOIRE EXTEMPORANÉ</b> .....	<b>20</b>
<b>ANNEXE 4 – TRAJECTOIRE DU SPÉCIMEN EN LABORATOIRE CYTOLOGIE GYNÉCOLOGIE (DÉPISTAGE)</b> ....	<b>21</b>
<b>ANNEXE 5 – TRAJECTOIRE DU SPÉCIMEN EN LABORATOIRE CYTOLOGIE GYNÉCOLOGIE (COLPOSCOPIE)</b> 22	
<b>ANNEXE 6 – TRAJECTOIRE DU SPÉCIMEN EN LABORATOIRE CYTOLOGIE NON GYNÉCOLOGIQUE</b> .....	<b>23</b>
<b>ANNEXE 7 – TRAJECTOIRE DE L'AUTOPSIE PAR ORDONNANCE DU CORONER, DU MÉDECIN TRAITANT OU DU DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS DE L'ÉTABLISSEMENT (DSP)</b> .....	<b>24</b>

## Introduction

En anatomopathologie, le temps de réponse (TR) pour les différents spécimens est une composante clé de la performance et de la qualité, considérant ses répercussions sur le parcours thérapeutique clinique du patient (Nakhleh, et al., 2005). Il s'inscrit parmi les normes d'exercices en laboratoire des associations reconnues de pathologie et des organismes d'accréditation des laboratoires et des établissements (Nakhleh, et al., 2005; Agrément Canada, 2015).

Au Québec, l'implantation du TR en pathologie répond aux orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) visant à offrir « des soins de santé et des services sociaux accessibles et efficaces, qui s'adaptent aux besoins des Québécois » (ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2015). Afin de soutenir l'accès au résultat diagnostique de pathologie en temps opportun pour le patient, la Direction générale de cancérologie (DGC), en collaboration avec la Direction de biovigilance et biologie médicale (DBBM), a inscrit la mesure du TR parmi les indicateurs d'accessibilité en cancérologie (MSSS, 2016) et les balises de l'organisation des services en laboratoire du projet Optilab.

*Le guide sur la mesure du temps de réponse en anatomopathologie* défini en novembre 2015 a fait l'objet d'une révision afin de constituer ce nouveau guide de l'utilisateur pour mesurer le temps de réponse en pathologie. Il vise à documenter les éléments informationnels du temps de réponse en anatomopathologie pour l'ensemble des analyses. Il en définit les types de spécimens incluant les autopsies, les unités de mesure et les cibles attendues. Il détermine les principaux produits informationnels, basés sur des paramètres d'analyse afin d'émettre des constats sur les différents enjeux de la performance en laboratoire. Il s'adresse aux intervenants impliqués dans la gestion de la performance en laboratoire, de la collecte des données à la rétroaction sur les résultats observés. Il guide les changements de pratique en établissement eu égard aux nouveaux contextes organisationnels des établissements et des laboratoires.

Ce cadre évolutif soutiendra l'accessibilité au sein de l'organisation des services par différents outils, en ce qui a trait à la réorganisation des laboratoires en cours, jusqu'au déploiement d'un système intégré d'information en laboratoire permettant la mise en commun des données en temps réel.

Le MSSS remercie les membres du Comité ministériel d'anatomopathologie (CMA) de leur contribution à l'élaboration des éléments de la mesure du TR décrits dans ce cadre et de leur engagement dans l'amélioration continue de la qualité en anatomopathologie.

## Qu'est-ce que le temps de réponse en anatomopathologie?

Les délais dans le diagnostic et, conséquemment, dans le traitement du cancer et autres affections peuvent avoir de sérieuses répercussions sur le contrôle de la maladie, sur la survie et sur la qualité de vie des personnes. L'examen par le pathologiste des tissus prélevés lors du dépistage ou du traitement médical et chirurgical occupe une place centrale dans le parcours thérapeutique des personnes touchées par la maladie. Exigeants en termes d'expertise, les examens macroscopique et microscopique des tissus ainsi que les tests complémentaires souvent requis demandent du temps et plusieurs de leurs composantes ne peuvent être automatisées.

Nous pouvons catégoriser les délais en pathologie selon qu'ils résultent de facteurs liés :

- à la complexité de la pathologie;
- aux pratiques cliniques du personnel;
- aux processus de gestion du laboratoire;
- aux caractéristiques du système de santé (par exemple : répartition des ressources sur le territoire ou pénuries de personnel) (Weller et al., 2012).

L'adoption de normes et d'indicateurs valides et reproductibles soutient l'amélioration continue de la qualité des soins et des services ainsi que la mesure de la performance du système de santé.

Le TR a été retenu en priorité comme indicateur pour la mesure de la qualité clinique et de la performance des laboratoires en raison de son importance pour le patient, le pathologiste, le clinicien et l'administrateur, considérant qu'il est :

1. une composante essentielle de l'accessibilité de la pratique si l'on tient compte de ses conséquences sur les étapes subséquentes du parcours thérapeutique des personnes;
2. un indicateur clé de l'organisation et du fonctionnement en laboratoire à toutes les phases de l'examen anatomopathologique (pré-analytique, analytique et postanalytique);
3. un critère de qualité au même titre que la précision et la complétude du rapport de pathologie.

Le plan d'action de la Direction générale de cancérologie (DGC) du MSSS couvre à la fois l'objectif d'améliorer l'accès à l'investigation, à l'imagerie et au diagnostic ainsi que celui de poursuivre l'amélioration continue de la qualité sur tous les plans. Par ailleurs, la Direction de la biovigilance et de la biologie médicale (DBBM) du MSSS a entrepris une démarche particulière d'optimisation (Optilab) pour le secteur de la biologie médicale afin de doter le Québec d'un réseau de laboratoires biomédicaux optimaux sur le plan de l'accès, de qualité technique, de temps de réponse, de sécurité, de pertinence clinique et d'efficacité dans l'usage des ressources humaines, financières, technologiques et informationnelles.

## Les normes

La DGC et la DBBM ont mandaté le comité ministériel d'anatomopathologie (CMA), pour recommander au MSSS les normes et les critères pour la mesure du temps de réponse. Le CMA a comme mandat global de :

- proposer des interventions spécifiques pour l'amélioration continue de la qualité;
- suggérer un modèle d'organisation des services de manière à préserver l'excellence de la pratique et un accès optimal aux services en anatomopathologie.

Le CMA profite d'une représentation élargie avec, notamment, des pathologistes provenant de tous les Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) et des nouvelles entités administratives en laboratoire (grappes) ainsi que des représentants du MSSS.

Le CMA a adopté et adapté les normes d'accès, les indicateurs de temps de réponse et les cibles du College of American Pathologists (CAP) (Nakhleh, et al., 2005), pour l'ensemble des activités de

l'anatomopathologie. Des temps **cliniquement acceptables** pour le patient ont été considérés pour cette adaptation québécoise des catégories de spécimens, des temps de réponse et des cibles par spécimen. Les autopsies ont aussi été considérées dans leurs travaux afin de répondre à l'ensemble des enjeux organisationnels de l'anatomopathologie et spécifiquement à celles partagées avec le bureau du coroner.

Les cibles établies présument d'une charge de travail de un équivalent temps complet (ETC) par pathologiste dans un laboratoire adéquatement pourvu en secrétaires et en technologues médicaux. Le MSSS est conscient que certains établissements ne satisfont pas entièrement ces conditions actuellement. Il mise toutefois sur une organisation structurée des laboratoires pour assurer l'adéquation des ressources afin d'atteindre l'excellence des pratiques professionnelles et organisationnelles. Par les travaux d'Optilab, il priorise la mise en place de processus organisationnels efficaces et des collaborations formelles au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), pour optimiser l'efficacité des ressources et atteindre les cibles.

Cet engagement pour la performance est un **principe directeur** servant à guider, grâce à son évolution, les instances du RSSS pour que l'ensemble des services rendus respecte les normes et soit en conformité avec les standards cliniques attendus au Québec.

Depuis décembre 2002, le MSSS a sanctionné la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*, demandant aux agences de solliciter l'agrément (<https://accreditation.ca/fr/agrement-menu>) des services de santé et des services sociaux pour leurs établissements.

Des circulaires et des normes auxquelles les laboratoires doivent se conformer ont été émises :

- Circulaire 2004-017 : Agrément obligatoire du laboratoire de la banque de sang, du programme de dons autologues et du programme de donneurs ambulants par un organisme reconnu 
- Circulaire 2005-007 : Conformité des laboratoires de biologie médicale à la norme CAN/CSA-15189 « Laboratoire d'analyses de biologie médicale – Exigences particulières concernant la qualité et la compétence » 

Dans la circulaire 2005-007, le MSSS a défini les orientations au regard des normes de qualité relatives aux laboratoires de biologie médicale au Québec et a identifié la norme CAN/CSA-15189 « Laboratoire d'analyses de biologie médicale – Exigences particulières concernant la qualité et la compétence » comme étant la norme applicable au secteur de la biologie médicale.

L'implantation du temps de réponse s'appuie sur des politiques et procédures de gestion en laboratoire afin de répondre adéquatement aux besoins de la clientèle. Les établissements du Québec, soumis à l'accréditation d'Agrément Canada, doivent mettre en place des actions afin de répondre aux normes particulières :

- Norme 18.5 « L'équipe suit une politique pour identifier et traiter les demandes urgentes. »
- Norme 29.7 « L'équipe établit des objectifs et effectue un suivi des temps d'attente et des délais moyens de réponse pour les demandes de services de laboratoire non urgentes, urgentes et très urgentes. »
- De façon générale aux normes du chapitre 29 : « L'organisme recueille et utilise les données qui découlent des indicateurs pour orienter ses projets d'amélioration de la qualité. »

## Les objectifs de la mesure du TR

La mesure de l'accessibilité au résultat diagnostique en pathologie est déterminée par le TR. Il sert à apprécier la performance du laboratoire ou l'atteinte d'un objectif de programme, dont la cancérologie, mais surtout à répondre à la conformité du service rendu au patient. Il s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et permet de mobiliser le RSSS vers des objectifs communs.

Les objectifs spécifiques des indicateurs de temps de réponse dans les laboratoires de pathologie du Québec sont de :

- vérifier la concordance entre les résultats, les normes et les cibles;

- déterminer le cas échéant des actions pour améliorer la situation;
- effectuer un suivi régulier et s'assurer de la rétroaction sur les écarts défavorables observés par les instances responsables, comparer la performance des laboratoires de pathologie depuis des indicateurs objectifs mesurés au même moment et calculés de la même manière.

**Ils ne mesurent pas le travail d'un individu, mais celui du fonctionnement global du laboratoire, ainsi que la fluidité d'un parcours thérapeutique optimal, pour la personne atteinte de cancer ou d'autres affections non cancéreuses.**

## Implication des laboratoires

Tous les laboratoires de pathologie au Québec (annexe = liste des laboratoires 2016), doivent offrir l'accessibilité du résultat diagnostique en temps opportun pour le patient. Actuellement situés dans les différents établissements du RSSS, ils sont imputables de l'accessibilité des services rendus et, par le fait même, ont la responsabilité de poser les actions nécessaires pour actualiser les activités visant à répondre aux normes, dans les délais et cibles attendus.

Toutefois, de nouvelles entités administratives des laboratoires du projet Optilab redéfinissent la configuration et l'organisation administrative et fonctionnelle des laboratoires au Québec. Elles se définissent en 11 grappes et sont composées d'un laboratoire serveur et de laboratoires associés issus d'un ou de plusieurs établissements. Cette nouvelle organisation présente à la fois des défis et des opportunités pour le réseau de la santé et des services sociaux pour atteindre ces normes et standards. C'est une occasion exceptionnelle de réviser et d'améliorer les pratiques en laboratoire qui ont pour but de rendre les meilleurs services aux patients et de mieux répondre à leurs besoins évolutifs et diversifiés pour les différentes pathologies.

## Définitions des éléments mesurés, unités de mesure et cibles

La mesure de l'accessibilité est basée sur une description standardisée et opérationnelle de chacune des variables ou données gérées par le système d'information des laboratoires (SIL), incluant les variables en entrée (celles reçues des diverses sources d'information avec le spécimen ou le cadavre) et les variables dérivées par le système d'information (extraction de données).

Pour chaque variable, des consignes sont présentées quant à la collecte, à la validation et à la gestion des données contenues dans le SIL jusqu'à sa transcription ou à sa transmission dans les outils convenus pour la mesure du temps de réponse.

Ces données doivent pouvoir constituer une mesure, complète et valide, révélant un portrait conforme de la réalité.

Les critères attendus pour le TR sont les suivants :

- l'exhaustivité : tous les types de spécimens respectant les critères d'inclusion définis dans le présent cadre doivent être répertoriés dans le SIL;
- la validité : les données enregistrées dans le SIL doivent être valides. Elles doivent être saisies par du personnel qualifié, selon des normes reconnues et publiées;
- la complétude : le SIL doit comprendre un éventail de données pertinentes pour l'analyse des spécimens en laboratoire, notamment les informations cliniques et techniques qui ont des répercussions sur le TR;
- l'accessibilité : les données du SIL doivent être accessibles en temps opportun pour l'analyse et la diffusion des informations utiles à la mesure du TR;
- la comparabilité : le SIL doit être développé selon les standards reconnus au Québec. La conformité aux standards reconnus et publiés permettra d'assurer la comparabilité des informations produites au sein du RSSS.

La base de données ainsi constituée fournit une information fiable pour permettre au laboratoire de réviser ou de développer des processus efficaces pour la réalisation des services. Elle doit soutenir les actions de contrôle visant la qualité du service et des programmes offerts à la clientèle.

### **Le temps de réponse (TR)**

Les objectifs tant cliniques qu'organisationnels et les normes viennent influencer de part et d'autre la définition du TR. Ainsi le TR en anatomopathologie est défini comme :

***Le temps entre la réception du spécimen (échantillon) au laboratoire et la signature du rapport (validation) par le pathologiste.***

Cette définition, basée sur les normes du College of American Pathologists (CAP) (Nakhleh, et al., 2005), a été retenue par le CMA. Ce comité mandaté par le MSSS et représentatif de l'ensemble des pathologistes du Québec a adapté et adopté les éléments, les unités de mesure du temps de réponse ainsi que les cibles à atteindre pour l'ensemble des activités de l'anatomopathologie. Des temps **cliniquement acceptables** ont été considérés pour cette adaptation québécoise.

Le temps de réponse est aussi un indicateur global de performance du service ou du département de pathologie. Il est formé de plusieurs phases, et une analyse détaillée de ces dernières doit être faite si un plan d'amélioration de la performance est envisagé.

Ces composantes sont :

1. **Temps technique de préparation** : il s'étend de l'inscription ou de l'arrivée du spécimen à analyser jusqu'au moment de la remise des lames colorées au pathologiste;
2. **Temps additionnel pour les procédures spéciales (TAPS)** : il s'étend du moment de la demande de la procédure par le pathologiste au moment où le résultat technique est rendu disponible au pathologiste;
3. **Temps d'interprétation** : sa mesure correspond à la différence entre le TR et la somme des autres phases;
4. **Temps de transcription** : il s'étend de l'enregistrement de la dictée diagnostique du pathologiste jusqu'au moment de la disponibilité pour la signature;
5. **Temps de signature** : il s'étend de la fin de la transcription au moment de la signature par le pathologiste. Tout cas devrait être signé en moins d'un jour ouvrable.

Tableau 1. Cibles de temps de réponse <sup>a</sup>			
Spécimen	TAPS	Cible 1 <sup>b</sup> (inclus toutes les composantes de 1 à 5)	Cible 2 <sup>c</sup>
1. Extemporéné	S.O.	20 minutes (rapport verbal)	80 %
	(spécimens multiples et états frais exclus, spécimens simples sans autre congélation simultanée)		
2. Biopsie urgente	1 jour ouvrable	3 jours ouvrables	
3. Biopsie « avec techniques spéciales » de niveau 1 <sup>d</sup>	2 jours ouvrables	7 jours ouvrables	
4. Biopsie « avec techniques spéciales » de niveau 2 <sup>e</sup>	5 jours ouvrables	10 jours ouvrables	
5. Biopsie « habituellement sans techniques spéciales »	Inclus	5 jours ouvrables	
6. Chirurgie pour un cancer	2 jours ouvrables	12 jours ouvrables	
7. Chirurgie autre	Inclus	15 jours ouvrables	
8. Cytologie gynécologique (colposcopie)	S.O.	5 jours ouvrables	
9. Cytologie gynécologique (dépistage)	S.O.	60 jours ouvrables	
10. Cytologie non gynécologique	Inclus	5 jours ouvrables	
11. Autopsie	S.O.	2 jours ouvrables	
	(rapport préliminaire)		
	Inclus	90 jours calendaires ou 60 jours ouvrables	
	(rapport final)		
12. Pathologie moléculaire (classe 1) <sup>f</sup>	S.O.	5 jours ouvrables	100 %
13. Pathologie moléculaire (classe 2) <sup>g</sup>	S.O.	10 jours ouvrables	

<sup>a</sup> : L'atteinte de ces cibles serait favorisée par la présence des ressources suffisantes en pathologie (1-ETC par pathologiste) dans un laboratoire adéquatement pourvu en secrétaires et en personnel de soutien et en technologues médicaux.

<sup>b</sup> : Cible 1 : temps de la réception du spécimen au laboratoire à la validation du rapport, sauf pour les extemporanés (rapport verbal).

<sup>c</sup> : Cible 2 : pourcentage des cas devant se situer à l'intérieur de la cible 1, incluant du temps additionnel pour les techniques spéciales (TAPS).

<sup>d</sup> : Biopsies avec techniques spéciales de niveau 1, incluant niveaux ou colorations spéciales ou colorations immunohistochimiques et en immunofluorescence.

<sup>e</sup> : Biopsies avec techniques spéciales de niveau 2, incluant pathologie moléculaire de classe 1 ou microscopie électronique.

<sup>f</sup> : Pathologie moléculaire de classe 1 : marqueurs diagnostiques comme la clonalité des lymphocytes.

<sup>g</sup> : Pathologie moléculaire de classe 2 : marqueurs prédictifs à un traitement comme HER2, ou ALK.

\* Voir les trajectoires en annexe pour des suggestions sur les temps techniques et de transcription.

<b>Tableau 2. Temps additionnels pour les procédures spéciales (TAPS) inclus dans les cibles du tableau 1</b>	
<b>Procédure</b>	<b>Temps additionnel</b>
Fixation additionnelle	1 jour ouvrable
Décalcification	1 jour ouvrable
Prélèvements additionnels sur tissu en réserve	2 jours ouvrables
Recoupes <sup>a</sup>	1 jour ouvrable
Immunohistochimie <sup>a</sup>	2 jours ouvrables
Microscopie électronique <sup>a</sup>	3 jours ouvrables
Biologie moléculaire (classe 1) <sup>a, b</sup>	5 jours ouvrables
Consultation intradépartementale et télépathologie	1 jour ouvrable
Consultation extérieure <sup>a</sup>	Même que la cible du spécimen

<sup>a</sup> Exclu le temps de transport

<sup>b</sup> Marqueurs moléculaires diagnostiques (ex. : clonalité des lymphomes, t(X;18) du sarcome synovial, etc.)

## Le statut des rapports de pathologie

Le statut du rapport est un élément important de la mesure du temps de réponse, car il marque généralement la fin du cheminement du spécimen et devient, par le fait même, le temps d'arrêt de la mesure. Pour certains spécimens, la mesure du TR est effectuée à partir de la réception du spécimen au laboratoire jusqu'à la production d'un rapport préliminaire, transmis verbalement ou par écrit, ou du rapport final, signé ou validé. Les définitions du statut des rapports pour les différents spécimens doivent être précisées :

**Rapport extemporané :** la mesure du TR s'effectue sur le **rapport verbal** transmis au chirurgien. Toutefois, il doit être inscrit au rapport final.

**Rapport final de pathologie :** rapport **validé ou signé** par le pathologiste.

**Rapport préliminaire d'autopsie :** rapport écrit transmis au médecin référent ou au coroner. La date de l'autopsie, la date du rapport et le nom du médecin référent ou du coroner doivent être indiqués au rapport préliminaire de même que le fait que ce rapport préliminaire a été discuté ou non verbalement avec le médecin demandeur ou le coroner.

**Rapport final d'autopsie :** rapport validé et signé contenant toutes les informations et les consultations.

**Rapport de consultation inter établissement :** rapport apportant les précisions d'un expert (exclu de la mesure du TR, mais il s'agit d'un critère important concernant la pertinence du TR du diagnostic).

Il est à noter que la correction d'un rapport, par amendement ou addendum, ne sera pas considérée dans la mesure de TR, mais demeure un indicateur important de la qualité de la pratique pour lequel un suivi local est recommandé dans le cadre d'un programme global d'assurance qualité au sein des laboratoires.

## Descriptions des catégories de spécimens incluant les autopsies

1. Extemporané (peropératoire) : spécimen soumis à une évaluation rapide des lésions tissulaires pendant la chirurgie, sur des coupes congelées de tissus. Noter les TR pour tous les spécimens avec coupe congelée, excluant les états frais. La cible s'applique seulement pour les spécimens simples avec une seule coupe congelée, sans autre congélation simultanée.
2. Biopsie urgente : spécimen issu d'une biopsie qu'un clinicien demande en urgence ou en « stat » et validée par le pathologiste comme défini dans la politique intralaboratoire de gestion des situations urgentes.
3. Biopsies « avec techniques spéciales de niveau 1 incluant niveaux ou colorations spéciales ou colorations immunohistochimiques », temps-réponse de sept jours (cinq jours pour la biopsie et deux jours de techniques spéciales incluant niveaux, colorations spéciales, immunohistochimie) :
  - Biopsies pulmonaires : biopsies bronchiques, transbronchiques, transthoraciques, biopsie ouverte (10711, 10703, 10704);
  - Biopsies du sein : biopsies au trocart, biopsies stéréotaxiques (12421, 12432);
  - Biopsies cutanées pour dermatite, tumeur annexielle ou infiltrat (10225, 10226);
  - Biopsies hépatiques (10905, 10906);
  - Biopsies de moelle osseuse pour condition hématologique ou métastase (11556, 11558);
  - Biopsies ganglionnaires lymphatiques pour métastase (11551);
  - Biopsies au trocart de la prostate (11035);
  - Biopsies pour sarcome (10301);
  - Biopsies cérébrales pour tumeur primitive ou métastase (10504);
  - Biopsies péricardiques, pleurales, péritonéales (11312);
  - Biopsie au trocart d'une masse rénale (11034);
  - Biopsies au trocart « autres organes » (11432, 11433);

- Biopsies myocardiques (10801, 11405);
  - Biopsies ORL : biopsies de cavité buccale, pharynx, larynx, thyroïde, glandes salivaires (10611).
4. Biopsies « avec techniques spéciales de niveau 2 incluant pathologie moléculaire de classe 1 ou microscopie électronique », temps-réponse de 10 jours (cinq jours pour biopsie et cinq jours pour techniques spéciales supplémentaires soit biologie moléculaire diagnostique ou microscopie électronique) :
- Biopsies rénales pour condition médicale (11002);
  - Biopsies de ganglion lymphatique pour conditions hématologiques (11553, 11554);
  - Lymphome extraganglionnaire (11552);
  - Biopsies musculaires (11502);
  - Biopsies de nerf (11501).
5. Biopsies « habituellement sans techniques spéciales » avec temps-réponse de cinq jours :
- Biopsies non incluses dans les biopsies avec techniques spéciales;
  - Biopsies digestives incluant les polypes (10911, 10912, 10913);
  - Biopsies gynécologiques : biopsies et curetage du col utérin, endomètre, vagin et vulve (11111, 11112, 11123, 11124);
  - Biopsies urologiques : biopsies de vessie et du tractus urinaire (11013, 11027).
6. Chirurgies pour un cancer : ce sont tous les spécimens chirurgicaux pour un cancer dont la valeur est de 15 L4E en général. Les codes d'actes sont entre parenthèses : chirurgies mammaires (12405, 12407), tissus mous (10313), osseuses (10418), ORL (10623), respiratoires (10724), digestives (10928, 10931), urinaires (11044), gynécologiques (11131, 11144, 11147), endocriniennes (11223), ophtalmologiques (11655, 11657).
7. Chirurgies pour un cancer (quatre grands types de cancer séparément) : **Poumon** – respiratoires (10724), **Sein** – mammaires (12407), **colorectal** – digestives (10931), **Prostate** – urinaires (11044).
8. Chirurgies autres : tous les types de chirurgies sauf ceux de chirurgies pour un cancer tels que définis précédemment. Incluent les cas routiniers et complexes. Incluent les biopsies cutanées CBC, CSC, bénignes (10221, 10223). Excluent les macroscopies seules.
9. Cytologie gynécologique (colposcopie) : tous les prélèvements cytologiques gynécologiques guidés par colposcope pour rechercher et repérer des lésions inflammatoires, précancéreuses ou cancéreuses.
10. Cytologie gynécologique (dépistage) : tous les frottis cytologiques du col utérin (test PAP) utilisés pour le dépistage.
11. Cytologie non gynécologique : tous les prélèvements (liquide pleural, péritonéal, kystique, lavages, brossages, aspiration à l'aiguille fine, tout spécimen pour examen cytologique excluant la cytologie gynécologique) envoyés au laboratoire pour la recherche de cellules anormales ou autres agents représentatifs excluant la gynécologie (12034, 12037, 12038, 12031).
12. Autopsie :
- Rapport préliminaire : tous les cadavres sur lesquels est pratiquée une autopsie pour déterminer les causes de décès. Le rapport préliminaire d'autopsie établit un diagnostic préliminaire basé sur l'examen externe du cadavre et l'examen macroscopique des organes. Il doit indiquer si une cause de décès probable est identifiée et la préciser le cas échéant. Le diagnostic préliminaire doit ensuite être confirmé dans le rapport final.
- Rapport final : tous les cadavres sur lesquels est pratiquée une autopsie pour déterminer les causes de décès et les conditions comorbides associées. Le rapport final d'autopsie établit un diagnostic final sur la cause de décès basé sur l'examen externe du cadavre, l'examen macroscopique des organes, l'examen histologique et les autres analyses et expertises qui peuvent être requises à savoir

les colorations spéciales, l'immunohistochimie, l'analyse toxicologique, les consultations d'un pathologiste spécialisé en neuropathologie ou pathologie cardiovasculaire.

13. Pathologie moléculaire de classe 1 : marqueurs diagnostiques comme la clonalité des lymphocytes.
14. Pathologie moléculaire de classe 2 : tous les spécimens envoyés au laboratoire pour la détermination du statut d'un marqueur prédictif (classe 2 = marqueurs prédictifs de la réponse à un traitement) : HER2, ALK, etc. Sont exclus de cette catégorie, tous les spécimens dont les résultats de biologie moléculaire sont inclus dans le rapport d'une précédente catégorie, par exemple des résultats de clonalité des lymphocytes inclus dans le rapport de chirurgie pour un cancer.

### Trajectoires des spécimens

Une image représentative des mesures de TR a été modélisée afin de mieux visualiser les paramètres de la mesure, dans la représentation des principales activités réalisées, pour chacun des spécimens (**voir annexes**).

### Les unités de mesure et le calcul du TR

Le calcul des TR en laboratoire d'anatomopathologie doit être balisé par des unités de mesure définies. Il détermine la durée utilisée pour rendre le rapport diagnostique de pathologie final disponible en temps opportun pour le patient dans la considération de facteurs opérationnels et environnementaux de l'activité en laboratoire, tels la disponibilité des ressources en laboratoire, les délais de transport et l'accès aux services spécialisés.

Les balises suivantes sont considérées pour le calcul du :

- **Temps de réponse** : c'est la différence de temps entre la date et heure de réception réelle du spécimen ou de l'enregistrement dans le SIL et la date et l'heure de validation du rapport final (signature). L'enregistrement doit être effectué au plus tard le jour ouvrable suivant son arrivée au laboratoire;
- **Jour ouvrable** : c'est la disponibilité des ressources en laboratoire prévue en temps normal excluant les fins de semaine et les jours fériés prévus aux calendriers annuels. Ce facteur est considéré pour la majorité des spécimens et pour le rapport d'autopsie préliminaire;
- **Jour civil** : c'est le temps mesuré en continu pour le rapport final d'autopsie, entre la date de l'autopsie et celle de la validation du rapport (signature) sans égard aux fins de semaine ni aux jours fériés;
- **Le temps additionnel alloué pour les procédures spéciales (TAPS)** fait référence à des durées allouées aux techniques spéciales, réalisées sur le spécimen dans le cadre de son analyse. Il est mesuré en jours ouvrables (voir le Tableau 2. Temps additionnel pour les procédures spéciales (TAPS), page 7). Le calcul du TAPS fait référence au temps alloué à une procédure spéciale ou à l'addition des temps alloués aux les visées.

## Les cibles

L'accessibilité au résultat diagnostique en pathologie tient compte de la composante qu'est la capacité du RSSS à répondre adéquatement à la demande d'accès et à la qualité du service. Cette capacité de fournir les soins et services prend en compte des conditions structurelles (ressources humaines, financières, matérielles, mission de l'établissement, informatisation et équipement, guide de pratique, etc.) qui créent des possibilités ou des contraintes qui ont un effet sur le rendement en laboratoire. Cette mesure de la capacité pour cet indicateur d'accès est désignée comme *le taux de réponse dans les délais prescrits concernant les tests diagnostiques en anatomopathologie*.

Par ailleurs, les cibles de performance, établies sur les meilleures pratiques, déterminent le seuil du taux de réponse attendu. Elles permettent d'apprécier globalement l'accessibilité nationale pour les laboratoires et de comparer les résultats entre les laboratoires québécois. En anatomopathologie, une cible a été identifiée pour chacun des spécimens. Elle est définie comme le pourcentage des cas devant se situer à l'intérieur du temps de réponse alloué, en tenant compte du temps additionnel alloué pour les techniques spéciales.

### Deux cibles ont été déterminées :

80 % : extemporané, biopsie urgente, biopsie non urgente, chirurgie pour un cancer, chirurgie autre, cytologie gynécologique (colposcopie), cytologie gynécologique (dépistage), cytologie non gynécologique et autopsie

100 % : pathologie moléculaire (classe 1 et 2)

## **Mobilisation des acteurs interpellés par l'accès (gestion du changement)**

Afin de s'approprier ce changement, les différentes instances sont interpellées pour se mobiliser pour relever les principaux défis :

### **1. Un suivi structuré et soutenu de l'application des temps de réponse en laboratoire par le Ministère**

Le MSSS demande à chacune des grappes de planifier, de mettre en œuvre et d'évaluer des stratégies et des moyens efficaces pour implanter et suivre l'application des critères de TR et pour assurer leur compréhension et leur réalisation par l'ensemble des acteurs concernés. À cet effet, le MSSS s'engage à fournir le cadre de référence, les outils de saisie des données, à offrir la formation au RSSS et à soutenir les ressources en laboratoire pour une collecte de données de qualité. Il suit et analyse les résultats et s'assure, après consultation de ses comités-conseils, d'orienter les actions pour l'amélioration de la qualité en pathologie.

### **2. L'implantation rigoureuse et conforme par la grappe**

La réussite de l'implantation des actions pour obtenir l'accès au résultat diagnostique en pathologie en temps opportun pour le patient implique nécessairement des changements qui passent par l'engagement des établissements. Ainsi, il est important de mobiliser tous les acteurs de la grappe afin qu'ils soient informés, qu'ils comprennent le sens de ce changement et qu'ils s'engagent dans leur implantation. Tous les intervenants, les utilisateurs et les producteurs du service du laboratoire, internes ou externes à l'établissement, impliqués dans le processus de cheminement d'un spécimen, c'est-à-dire du prélèvement jusqu'à la signature du rapport diagnostique, doivent être sensibilisés à l'implantation de la gestion de l'accès au résultat diagnostique. Des politiques et des procédures sont émises par les laboratoires et transmises à leurs partenaires afin de s'inscrire dans les activités visant à répondre aux normes. La grappe suit les résultats des temps de réponse, les analyse en décortiquant chacun des processus et met en place les actions nécessaires au redressement des situations défavorables.

### **3. Des accords harmonieux et efficaces entre les établissements, les grappes et les ressources**

Les établissements, les grappes et les ressources jouent un rôle complémentaire dans la prestation de services. La fluidité et l'efficacité des processus les liant ont des répercussions importantes sur la qualité du service rendu au patient, de même que sur sa survie. Les parties sont invitées à développer des mécanismes de collaboration et à s'assurer de l'atteinte de l'efficacité selon les cibles attendues. La mesure de l'accès par laboratoire (installation) et par grappe doit contribuer, comme indicateur, à soutenir la création d'une organisation efficace basée sur des partenariats respectueux pour l'atteinte d'un objectif commun.

### **Rôles clés et responsabilités de gestion de l'accès**

Pour assurer cette gestion du changement, des ressources clés doivent être mandatées pour exercer les rôles et les responsabilités spécifiques.

### **Ministère de la Santé et des Services sociaux**

Pour ce qui concerne ses responsabilités, le MSSS diffuse les attentes ministérielles pour la mise en place de l'indicateur ainsi que les modalités de gestion, de suivi et de reddition de compte.

#### **Un répondant MSSS de la gestion du TR**

1. Élabore en fonction des orientations ministérielles et en collaboration avec les partenaires concernés les différents outils du TR et les diffuse. Il s'assure de la qualité de la collecte des données en offrant formation et soutien auprès du RSSS.
2. Il analyse et valide les résultats obtenus auprès du RSSS. Il s'assure :
  - 2.1 **auprès du laboratoire** de la mise en place de plans de redressement visant à corriger les écarts défavorables;
  - 2.2 **au sein du MSSS**, il émet des constats qu'il soumet aux comités-conseils afin d'obtenir leurs interprétations et recommandations. Ces recommandations sont soumises aux

instances du Ministère, au ministre et enfin au comité de gestion du réseau pour orienter les actions nationales à mettre en place au sein du RSSS.

## **Grappe**

### **Un répondant par grappe de l'accès au résultat diagnostique en pathologie**

C'est un gestionnaire de laboratoire qui est mandaté par la direction de la grappe, qui s'approprie l'indicateur et met en place les actions pour répondre aux délais d'accès selon les cibles attendues pour l'ensemble des spécimens. Aussi il s'assure de la compréhension commune au sein de la grappe des différents éléments de la mesure et que ceux-ci sont colligés au sein du système d'information en laboratoire (SIL) et de la qualité des données. Il analyse les résultats, en décortiquant chacun des processus technique, médical et administratif, et identifie les enjeux ayant des répercussions sur l'atteinte des TR et des cibles. Il recommande à la direction du laboratoire les actions pour améliorer la qualité des services.

Il communique avec le répondant du MSSS afin de fournir les explications concernant les écarts observés et fait part des solutions retenues au plan adopté au sein du laboratoire pour corriger la situation.

### **Le responsable par installation de la collecte et de la saisie des données**

Cette personne s'assure de la compréhension des définitions des spécimens et des critères de mesure du TR. Elle collecte les données selon le format attendu dans le SIL et saisit les données dans l'outil prévu pour la mesure. Elle transmet les questionnements ou souligne les ambiguïtés au répondant de l'accès en pathologie de la grappe.

## **Règles et procédures relatives à la saisie des données**

### **Produits informationnels :**

**La mesure de l'accessibilité en laboratoire sera, comme mentionné, réalisée par le *taux de réponse dans les délais prescrits concernant les tests diagnostiques en anatomopathologie*.** Pour en arriver à ce résultat global, la mesure de différents paramètres est considérée. Ils tiennent compte des unités de mesure définies précédemment, sont adaptés pour chacun des spécimens et pour l'autopsie. Ils s'expriment ainsi :

**Le nombre total de cas (rapport de pathologie) :** collecté par type de spécimen, le nombre de cas demandé sera fixé par les règles et consignes lors des exercices de mesure du TR deux fois par an. Elle s'effectue actuellement par échantillonnage, sur une période établie. La première mesure sera effectuée rétroactivement sur un mois (période financière 1, du 1<sup>er</sup> au 30 avril 2017) et sur **la totalité** des cas collectés par type de spécimen. Par contre, les spécimens extemporanés seront mesurés de façon prospective du 8 janvier 2017 au 2 février 2017. Dans le cas de prélèvements multiples, on assigne le cas au type de spécimen dont le temps de réponse requis est le plus long. Il y a qu'un seul temps de réponse pour un rapport de pathologie. Les cas non validés doivent être comptabilisés dans l'étude.

**Respect du temps réponse cible : taux de rapport ayant respecté le TR cible, décrit en pourcentage (%);**

**Respect du TR cible (oui) : nombre de cas respectant le TR cible, en nombre;**

**Respect du TR cible (non) : nombre de cas ne respectant pas le TR cible, en nombre;**

**Le bilan global du laboratoire : portrait national des résultats des laboratoires, pour chacun des spécimens et les autopsies, pour l'exercice visé, résumé :**

- La date de la période mesurée (si échantillonnage);
- Le nombre de cas;
- Le respect de la cible ou le taux de réponse dans les délais prescrits;
- Le respect de TR (oui), nombre de cas respectant le TR cible;
- Le respect de TR (non), nombre de cas ne respectant pas le TR cible.

**Le bilan par catégorie**

**Extemporane**

- A) Six données à saisir : trois temps et trois notes :
- Temps 1 = temps d'envoi (salle d'op);
  - Temps 2 = temps de réception (labo);
  - Temps 3 = temps de rapport verbal au chirurgien;
  - Note 1 = congélation : Oui ou Non;
  - Note 2 = complexité (spécimen avec plus d'une congélation) : Oui ou Non;
  - Note 3 = simultanéité (plusieurs spécimens simultanés) : Oui ou Non;
- B) Deux résultats bruts à calculer :
- Temps de réponse(TR) : temps 3 moins temps 2 ;
- C) Regrouper les TR de la façon suivante :
- TR sans congélation peu importe la complexité ou la simultanéité;
  - TR avec congélation sans complexité ni simultanéité;
  - TR avec congélation avec complexité ou simultanéité;
  - La date de la période mesurée (si échantillonnage);
  - Le respect de la cible ou le taux de réponse dans les délais prescrits;
  - Le respect de TR (oui);
  - Le respect de TR (non).

**Biopsie :**

- La date de la période mesurée (si échantillonnage);
- Le respect de la cible ou le taux de réponse dans les délais prescrits;
- Le respect de TR (oui);
- Le respect de TR (non).

**Chirurgie oncologique :**

- La date de la période mesurée (si échantillonnage);
- Le respect de la cible ou le taux de réponse dans les délais prescrits;
- Le respect de TR (oui);
- Le respect de TR (non).

**Chirurgie générale :**

- La date de la période mesurée (si échantillonnage);
- Le respect de la cible ou le taux de réponse dans les délais prescrits;
- Le respect de TR (oui);
- Le respect de TR (non).

**Cytologie gynécologique (colposcopie) et non gynécologique :**

- La date de la période mesurée (si échantillonnage);
- Le respect de la cible ou le taux de réponse dans les délais prescrits;
- Le respect de TR (oui);
- Le respect de TR (non).

**Cytologie gynécologique de dépistage :**

- La date de la période mesurée (si échantillonnage);
- Le respect de la cible ou le taux de réponse dans les délais prescrits;
- Le respect de TR (oui);
- Le respect de TR (non).

**Autopsie :**

**Rapport préliminaire :**

- La date de la période mesurée (si échantillonnage);
- Le respect de la cible ou le taux de réponse dans les délais prescrits;
- Le respect de TR (oui);
- Le respect de TR (non);

**Rapport final :**

- La date de la période mesurée (si échantillonnage);
- Le respect de la cible ou le taux de réponse dans les délais prescrits;
- Le respect de TR (oui);
- Le respect de TR (non);
- Le nombre de cas dépassant six mois;
- La médiane des TR (jours civils) dépassant six mois;

**Pathologie moléculaire classe 1 et 2 :**

- La date de la période mesurée (si échantillonnage);
- Le respect de la cible ou le taux de réponse dans les délais prescrits;
- Le respect de TR (oui);
- Le respect de TR (non).

**À terme, lorsque les outils informatiques le permettront, cette information sera mesurée en temps réel selon les consignes émises.**

## **Stratégie d'évaluation de l'accessibilité**

Pour comprendre les résultats de l'accessibilité, des paramètres additionnels d'analyse basés sur des indicateurs d'activités en laboratoire sont mis en corrélation pour établir des seuils d'efficacité et de comparabilité. Ils sont traités spécifiquement par installation et tentent par des critères comparables de démontrer des constats. Différentes analyses seront aussi faites en mode exploratoire.

### **Rétroaction en laboratoire**

L'évaluation des résultats suit la mesure de l'accessibilité en anatomopathologie. Elle découle, en laboratoire, d'évaluations plus précises et permet de décortiquer les éléments du processus de cheminement du spécimen pour relever les difficultés menant aux écarts défavorables observés, le cas échéant.

La révision des processus en laboratoire est le premier geste attendu de la part des gestionnaires en laboratoire. Elle permet d'identifier les lacunes et de redresser les situations pour l'atteinte des cibles. Elle permet de revoir les priorités, d'assurer une planification des actions (coordination) ainsi qu'une meilleure répartition des ressources. Cette gestion du changement exige le suivi de la progression (contrôle) dans le temps et des réajustements, le cas échéant.

La mise en place de partenariats au sein des laboratoires apporte des leviers à des solutions additionnelles, issues de partenariats qui devront être développés et optimisés.

Cet exercice d'amélioration continue impliquera la mise en place de nouvelles politiques et procédures qui auront des conséquences pour l'ensemble des intervenants impliqués dans la gestion d'un prélèvement en laboratoire de pathologie jusqu'à son résultat d'analyse. Ils devront être impliqués et informés des changements et de leur collaboration attendue.

Déoulant de ces analyses, des besoins d'évaluation plus précis seront identifiés et demanderont des sujets d'étude ou d'analyse en laboratoire ou du système de santé. Ils permettront, à terme, de fournir des orientations et des assises supplémentaires à la gestion des soins et services.

### **Suivi du MSSS**

Pour les situations jugées problématiques, le MSSS par sa direction mandatée s'assurera de la mise en place d'un plan de redressement. Il encourage le partage des modèles de gestion efficiente existant au sein du RSSS pour favoriser des solutions émergentes, basées sur les meilleures pratiques en laboratoire.

## **Conclusion**

Le présent cadre a pour but d'explicitier la mesure de l'accessibilité au résultat diagnostique en anatomopathologie sur laquelle le MSSS entend s'appuyer pour évaluer la performance des laboratoires à des fins de gestion et pour implanter cette fonction de façon structurée au sein des laboratoires.

Dans le contexte de réorganisation des laboratoires, le TR sert de balise et de levier à la mise en place de solutions. Il interpelle les différents niveaux de gestion pour son appropriation et son suivi. Et bien qu'utilisé de façon stratégique, le TR vise prioritairement à améliorer la qualité des services en donnant accès au résultat diagnostique en pathologie dans des délais cliniquement acceptables pour le patient.

## Bibliographie

Agrément Canada (2015). *Accréditation Agrément Canada: Qmentum- Normes – services de laboratoires médicaux pour les visites qui commencent après le 1<sup>er</sup> janvier 2016*, version 10.

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (2015). *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2015-2020*, Québec.

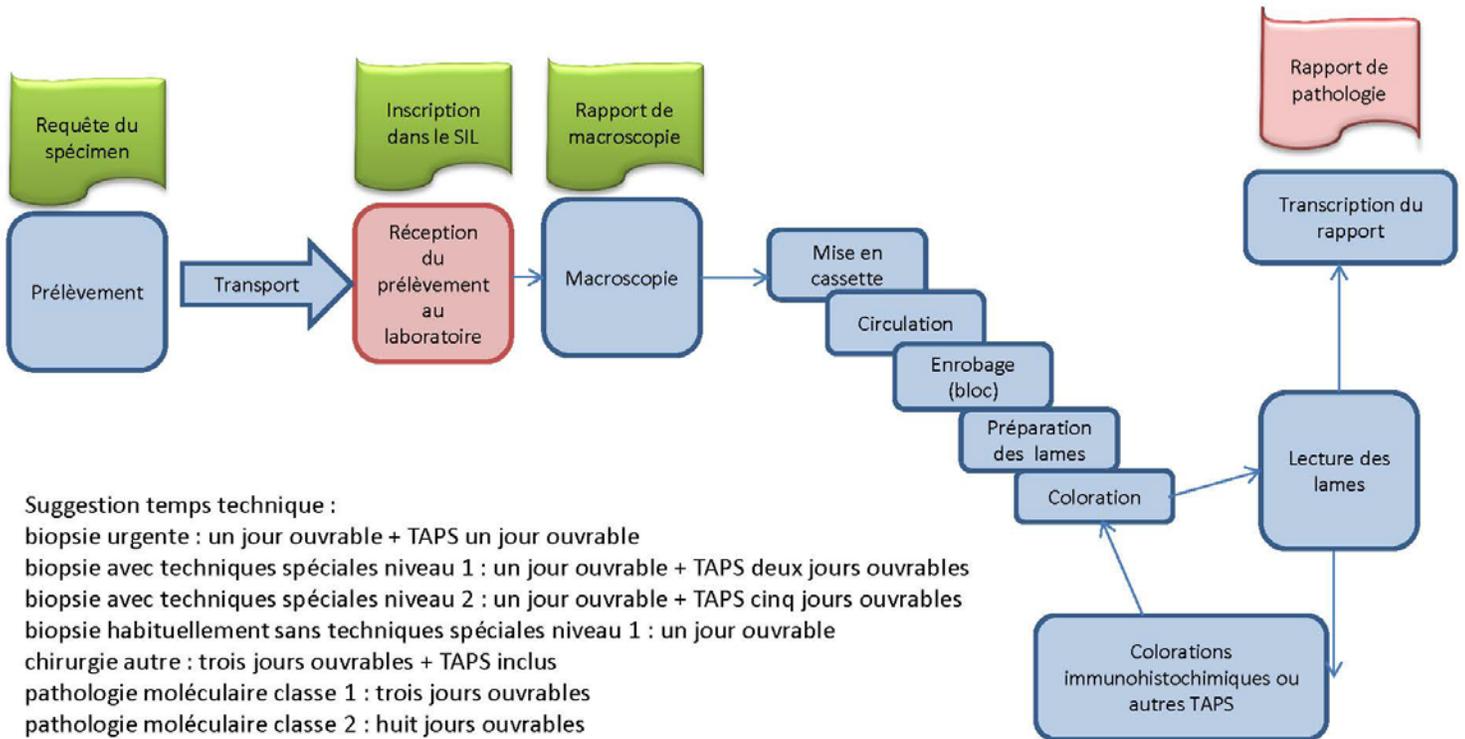
Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (2016). *Rapport du comité consultatif sur la démarche d'amélioration et de maintien de la performance du Programme national de cancérologie*, Québec.

Nakhleh, R. E., Fitzgibbons, P. L., & College of American Pathologists. (2005). *Quality management in anatomic pathology: Promoting patient safety through systems improvement and error reduction*. Northfield, Ill.: College of American Pathologists.

Weller, D et al. (2012). *Guideline. The Asrhus statement: improving design and reporting of studies on early cancer diagnosis*. *British Journal of Cancer*, Vol.106, 1262-1267.



## Annexe 2 – Trajectoire du spécimen en laboratoire de biopsie et chirurgie



### Suggestion temps technique :

biopsie urgente : un jour ouvrable + TAPS un jour ouvrable

biopsie avec techniques spéciales niveau 1 : un jour ouvrable + TAPS deux jours ouvrables

biopsie avec techniques spéciales niveau 2 : un jour ouvrable + TAPS cinq jours ouvrables

biopsie habituellement sans techniques spéciales niveau 1 : un jour ouvrable

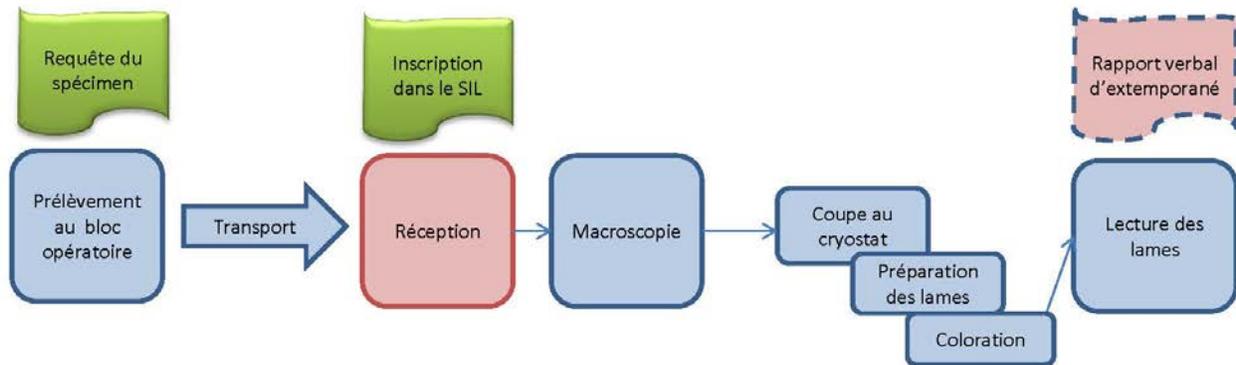
chirurgie autre : trois jours ouvrables + TAPS inclus

pathologie moléculaire classe 1 : trois jours ouvrables

pathologie moléculaire classe 2 : huit jours ouvrables

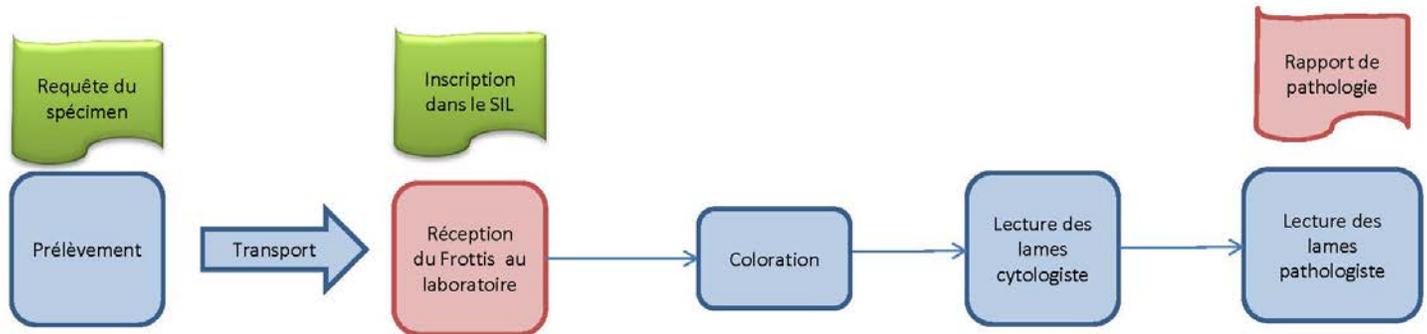
Suggestion temps de transcription : un jour ouvrable sauf biopsie urgente trois heures

### Annexe 3 – Trajectoire du spécimen en laboratoire extemporané



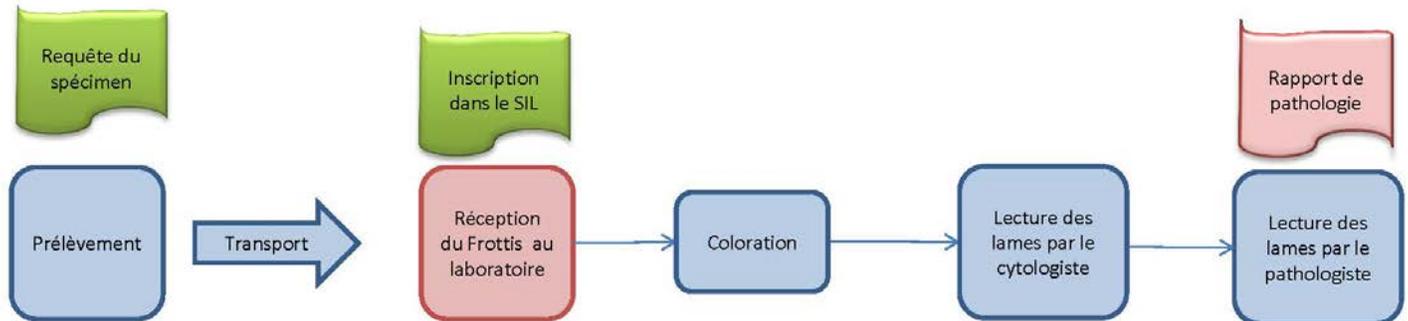
Suggestion temps technique : 12 minutes

## Annexe 4 – Trajectoire du spécimen en laboratoire cytologie gynécologie (dépistage)



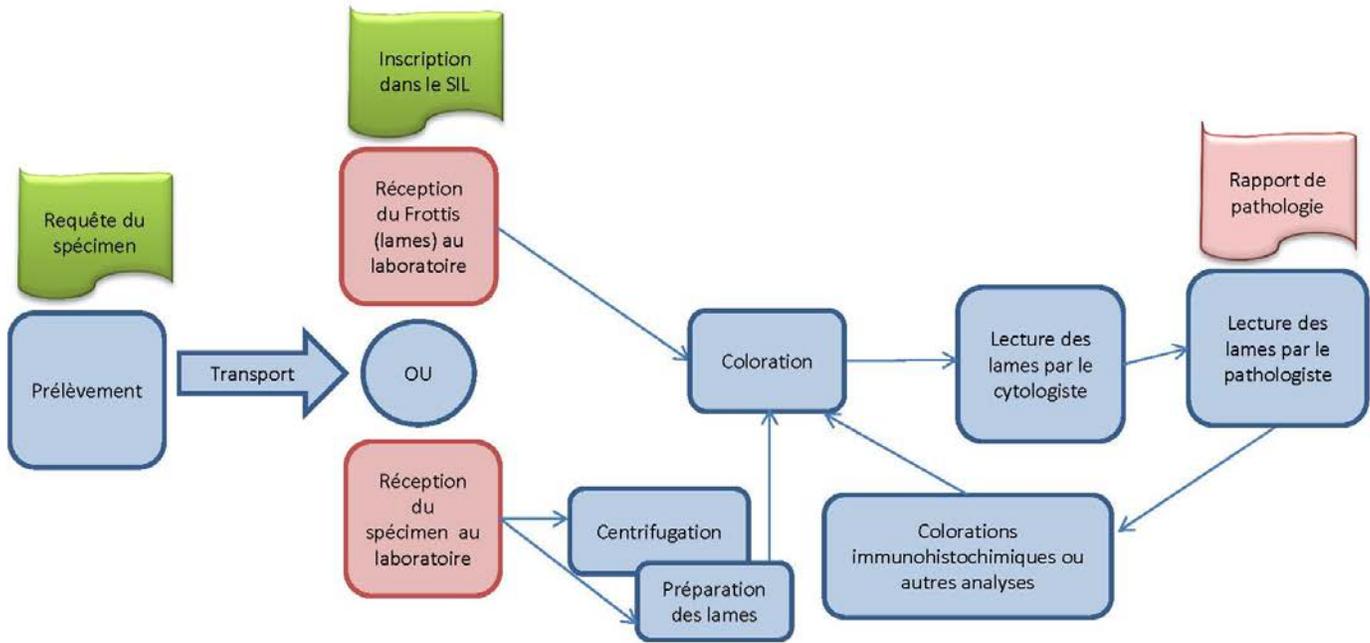
Suggestion temps de prise en charge : 50 jours ouvrables

## Annexe 5 – Trajectoire du spécimen en laboratoire cytologie gynécologie (colposcopie)



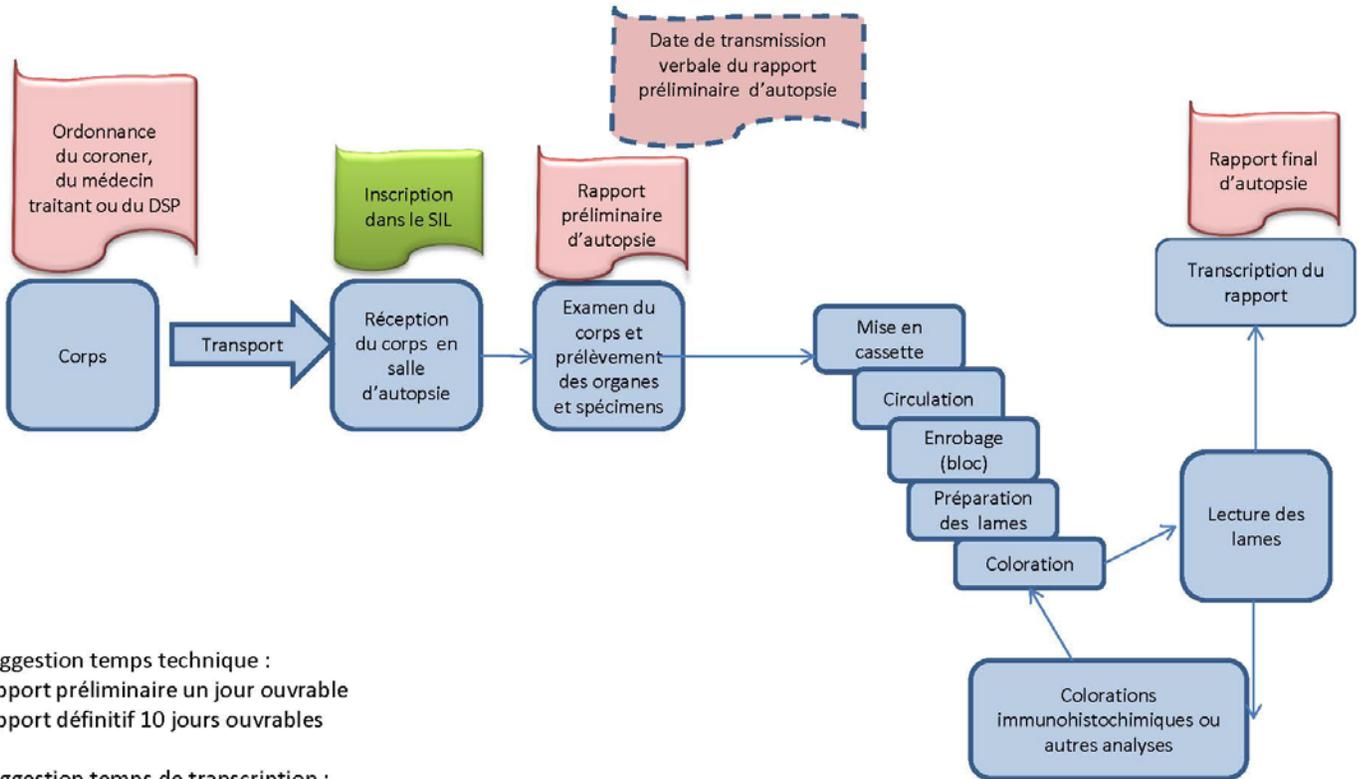
Suggestion temps technique : deux jours ouvrables

## Annexe 6 – Trajectoire du spécimen en laboratoire cytologie non gynécologique



Suggestion temps technique : deux jours ouvrables

## Annexe 7 – Trajectoire de l'autopsie par ordonnance du coroner, du médecin traitant ou du directeur des services professionnels de l'établissement (DSP)



Suggestion temps technique :  
rapport préliminaire un jour ouvrable  
rapport définitif 10 jours ouvrables

Suggestion temps de transcription :  
rapport préliminaire un jour ouvrable  
rapport définitif cinq jours ouvrables