

Recommandations de la CAR pour améliorer les réunions et les processus des équipes multidisciplinaires

Approbation du Conseil d'administration : avril 2026

Sommaire

Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) constituent un pilier des soins de haute qualité en oncologie et dans la prise en charge de maladies complexes. Les radiologistes jouent un rôle central dans ces réunions en synthétisant les résultats d'imagerie, en intégrant le contexte clinique et en appuyant les décisions thérapeutiques collaboratives. Cependant, les radiologistes partout au Canada signalent une augmentation de la charge de travail, des inefficacités administratives et des obstacles technologiques qui menacent de plus en plus la viabilité et l'efficacité de ces RCP.

Les résultats d'une enquête nationale démontrent une variation substantielle dans les pratiques de soumission de cas, des listes de cas fréquemment tardives ou incomplètes, une communication incohérente des questions cliniques, un temps de préparation limité et une absence généralisée de rémunération ou de reconnaissance formelle pour la participation aux RCP. Par conséquent, les radiologistes se préparent souvent aux RCP en dehors des heures normales de travail ou tout en gérant simultanément les demandes de service clinique, ce qui nuit à la fois à l'efficacité et au bien-être. Ces défis systémiques risquent de diminuer la qualité et la rapidité de la contribution de l'imagerie aux RCP, affectant ainsi la prise de décision centrée sur le patient.

Cet énoncé de position présente **15 recommandations fondées sur un consensus** élaborées dans le cadre d'un processus Delphi national éclairé par le *CAR Survey of Patterns and Perspectives on Multidisciplinary Team Rounds in Canada*.¹ Les recommandations établissent des normes opérationnelles minimales pour améliorer la communication, définir des échéances de soumission claires, normaliser les formats de cas, gérer le volume de cas et assurer un temps de préparation adéquat. Elles soulignent en outre l'importance d'un soutien administratif et informatique renforcé, d'une facilitation structurée des discussions, d'une meilleure intégration technologique et de modèles de rémunération équitables qui reconnaissent la participation aux RCP comme un travail clinique essentiel.

Ensemble, ces recommandations fournissent un cadre national pratique pour les services de radiologie, les établissements de santé et les systèmes provinciaux afin d'améliorer l'efficacité, la viabilité et l'impact clinique des RCP. La mise en œuvre de ces normes soutiendra le bien-être des radiologistes, améliorera la collaboration interprofessionnelle et garantira que les RCP continuent d'offrir des soins de haute qualité et centrés sur le patient dans l'ensemble des milieux de soins de santé canadiens.

Introduction

Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) sont largement considérées comme la norme d'excellence dans la prise en charge de patients complexes, particulièrement en oncologie et dans les soins de maladies chroniques complexes. Les RCP offrent aux diverses spécialités l'occasion de communiquer, de collaborer et de coordonner la prise de décision, souvent obligatoire pour les cas oncologiques, mais aussi dans le contexte d'une pathologie complexe.²⁻⁴ De nombreuses études font état d'une amélioration des résultats cliniques liée aux RCP, souvent associée à une meilleure planification du traitement et à une collaboration interprofessionnelle accrue.⁵⁻⁷ La mise en œuvre des RCP a démontré des avantages substantiels, mais elles présentent également des défis importants liés à la communication, au fardeau administratif et à l'intégration de la technologie. D'autres études ont mis en évidence l'augmentation de la charge de travail pour les radiologistes résultant du nombre croissant de RCP et de la complexité des cas au cours des deux dernières décennies.^{8,9} Des initiatives d'amélioration de la qualité réussies ont visé à améliorer la normalisation et l'efficacité des conférences de cas multidisciplinaires dans certains établissements canadiens.¹⁰

Cet énoncé de position unifie ces constatations en recommandations pratiques fondées sur un consensus et en normes opérationnelles minimales destinées à être adoptées par les services et les systèmes de santé. Le groupe de travail propose que les recommandations consensuelles ci-dessous puissent servir à susciter des améliorations aux processus de travail et à rationaliser les processus administratifs systémiques dans d'autres hôpitaux et établissements.

Améliorer la communication

Les réunions de concertation pluridisciplinaire efficaces reposent sur une collaboration structurée, une communication claire et une préparation adéquate pour soutenir une prise de décision de haute qualité et centrée sur le patient. Les équipes doivent être claires sur les informations nécessaires et le moment où elles le sont. Cette section aborde les lacunes persistantes dans la façon dont les cas sont identifiés, soumis et communiqués avant les RCP.

Poser des questions cliniques claires

Recommandation 1 : Veiller à ce que les questions cliniques ou les objectifs associés à chaque cas soient clairement énoncés et communiqués à l'avance. L'étude (ou les études) en question devrait également être identifiée.

Du point de vue des radiologistes, dont les évaluations d'imagerie encadrent et guident souvent ces discussions, la cohérence et la clarté dans la sélection des cas, le format de présentation et la préparation préalable sont essentielles pour assurer des contributions significatives. Formuler clairement les questions cliniques et les objectifs associés à chaque cas, et préciser le nombre, la date et le type d'études d'imagerie à examiner permet une préparation ciblée par les radiologistes et une contribution d'imagerie directement utilisable. De même, lorsque les patients ont plusieurs examens de comparaison, l'identification des études les plus pertinentes à l'avance rationalise la préparation et favorise une discussion efficace et cliniquement ciblée. S'il y a une constatation d'imagerie spécifique que l'équipe clinique juge digne de discussion, fournir cette information à l'avance permet un examen plus approfondi.

Préavis pour les cas supplémentaires

Recommandation 2 : Limiter les demandes de dernière minute pour éviter les évaluations incomplètes. Tout nouveau cas devrait être communiqué au moins 48 heures avant la réunion.

L'établissement d'attentes claires pour la soumission de cas en temps opportun, la minimisation des ajouts de dernière minute et l'encouragement d'une large participation multidisciplinaire améliorent davantage la qualité, l'efficacité et la valeur clinique des RCP. Ensemble, ces pratiques renforcent la compréhension partagée entre les spécialités, réduisent la duplication inutile et soutiennent la prise de décision collaborative qui améliore les soins aux patients.

Une politique normalisée et systématiquement appliquée pour les demandes d'ajout est fortement recommandée, avec un préavis d'au moins 48 heures requis pour les nouveaux cas. Tout ajout urgent de dernière minute devrait être discuté avec le radiologiste assigné à la réunion et approuvé par celui-ci pour assurer un examen adéquat et maintenir une qualité de réunion constante.

Rationaliser le processus administratif

Même lorsque les objectifs cliniques sont clairs, des processus administratifs inefficaces peuvent considérablement nuire à la préparation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et au déroulement de la réunion. Cette section décrit les normes opérationnelles pour rationaliser la soumission de cas, faire respecter les échéances convenues et réduire le fardeau administratif évitable.

Faire respecter les échéances

Recommandation 3 : Établir des échéances strictes pour les soumissions de cas afin d'assurer une distribution de cas en temps opportun et un examen adéquat.

L'établissement et le respect constant d'échéances claires pour les soumissions de cas sont essentiels pour veiller à ce que les radiologistes disposent de suffisamment de temps pour se préparer aux RCP, en particulier lorsque les cas sont complexes ou impliquent un examen d'imagerie externe. Les résultats de l'enquête démontrent que la plupart des radiologistes reçoivent actuellement les listes de cas seulement un à deux jours avant les tournées, avec plus de 10 % recevant les cas moins de 24 heures à l'avance et seulement 2,3 % recevant un préavis de plus d'une semaine.¹ Pour soutenir une préparation approfondie et une discussion de cas de haute qualité, les soumissions de cas devraient être reçues, et une liste de cas finalisée diffusée, au plus tard trois à cinq jours ouvrables avant la réunion prévue.

Les échéances devraient être convenues mutuellement par les radiologistes et les cliniciens référents, en équilibrant un temps de préparation approprié avec la nécessité de discuter de cas urgents. Les RCP avec des volumes de cas élevés, une complexité substantielle ou des demandes d'examen de double lecture d'études externes justifient des délais plus longs d'au moins cinq à sept jours. Bien que de nombreux établissements signalent avoir des politiques de date limite pour les cas ajoutés, environ un tiers n'a pas de politique formelle et les commentaires de l'enquête soulignent un non-respect généralisé.

Normaliser le format

Recommandation 4 : Mettre en œuvre un format institutionnel ou local normalisé pour les soumissions de cas afin de faciliter l'examen et la préparation.

d'imagerie pertinentes entravent fréquemment la préparation; plus de la moitié des radiologistes ont déclaré ne pas être sûrs de l'étude spécifique à laquelle la question clinique se rapportait.¹ Le modèle de soumission de cas devrait inclure :

- Les données démographiques pertinentes du patient
- Les antécédents médicaux et chirurgicaux pertinents
- Les résultats de pathologie ou de biopsie (si disponibles)
- Une question clinique claire et spécifique (si la question se rapporte à une constatation d'imagerie spécifique, celle-ci devrait être indiquée)
- L'identification des études d'imagerie nécessitant un examen (modalité et date de l'examen)

Fournir ces informations à l'avance permet aux radiologistes de concentrer leur examen sur l'imagerie la plus significative sur le plan clinique, évitant la préparation inutile de plusieurs études et permettant une discussion plus efficace et ciblée lors des RCP.

Allouer suffisamment de temps pour l'examen radiologique

Recommandation 5 : Viser à discuter d'un nombre gérable de cas pour assurer une discussion et une compréhension approfondies, en tenant compte de l'intention et du format des réunions.

Les RCP devraient être structurées pour soutenir une discussion équitable et approfondie de chaque cas. Partout au Canada, la plupart des RCP comprennent de six à dix cas et durent de 30 à 60 minutes; lorsque les volumes de cas dépassent ce qui peut être examiné de manière significative dans le temps alloué, la qualité et l'efficacité de la discussion sont compromises. L'établissement d'un nombre maximum convenu de cas pour l'examen radiologique, reconnaissant que certains cas nécessitent un examen plus approfondi, est essentiel pour assurer une attention appropriée à chaque patient et pour respecter le temps de préparation requis. Les limites de volume de cas devraient être déterminées en collaboration par les spécialités participantes principales pour chaque série de réunions.

Les attentes en matière de volume de cas devraient refléter l'intention et le format de la réunion. Les réunions axées sur le triage rapide ou l'examen peuvent accommoder un nombre modestement plus élevé de cas simples, tandis que les réunions consacrées à une discussion approfondie, à la prise de décision oncologique complexe ou à l'examen de double lecture externe nécessitent des listes de cas plus petites pour soutenir une prise de décision de haute qualité et centrée sur le patient. Le respect de ces limites de cas précédemment convenues favorise l'achèvement en temps opportun des réunions, réduit le report de la prise de décision et soutient une planification prévisible pour tous les participants aux RCP.

Protéger le temps de préparation

La participation de haute qualité aux RCP nécessite un temps de préparation adéquat, mais la pratique actuelle repose souvent sur des efforts non rémunérés ou du cas par cas des radiologistes. Cette section établit les attentes pour le temps de préparation protégé comme une exigence fondamentale pour une participation efficace et durable des RCP.

Allouer des heures spécifiques

Recommandation 6 : Désigner un temps protégé pendant les heures de travail pour que les radiologistes se préparent aux réunions de concertation pluridisciplinaire, réduisant ainsi le besoin de travail après les heures normales de travail.

Une préparation adéquate par les radiologistes est essentielle pour des discussions de RCP de haute qualité et une gestion efficace des patients. Cependant, la préparation des RCP est rarement intégrée dans les horaires de travail formels, malgré la complexité et l'importance clinique de ce travail. Les modèles de pratique actuels démontrent un manque important de soutien structurel pour ce travail. Seulement 6,2 % des radiologistes ont déclaré avoir un temps de préparation protégé intégré dans leurs horaires cliniques ou académiques, tandis que 78,3 % se préparent en dehors des heures normales de travail et 44,7 % effectuent ce travail pendant le service clinique au milieu de leurs autres tâches cliniques.¹

En l'absence de temps protégé, la préparation est fréquemment effectuée parallèlement aux obligations cliniques ou après les heures. Cette dépendance à l'égard d'efforts *au cas par cas* ou non rémunérés augmente la charge cognitive, contribue aux attentes après les heures normales de travail et nuit à la viabilité de la participation aux RCP.

Les établissements devraient donc allouer formellement un temps de préparation protégé dans les horaires réguliers des radiologistes, en particulier pour les radiologistes spécialisés qui sont censés diriger l'examen de cas ou présenter les résultats d'imagerie. Reconnaître la préparation des RCP comme un travail clinique essentiel soutient une participation constante, améliore la qualité de la contribution de l'imagerie et favorise le bien-être de la main-d'œuvre.

Le temps protégé pendant les heures de travail est essentiel pour permettre aux radiologistes d'examiner adéquatement les cas complexes, d'accéder aux dossiers cliniques et de préparer des contributions réfléchies. Les établissements et les groupes de radiologie devraient allouer formellement ce temps dans l'horaire hebdomadaire, en particulier pour les radiologistes spécialisés qui sont censés diriger ou présenter lors des réunions. Assurer des heures de préparation dédiées améliorera la qualité de la discussion, réduira le besoin de travail en dehors des heures normales de travail et soutiendra la viabilité de la main-d'œuvre.

Soutenir le personnel

Recommandation 7 : Augmenter le soutien administratif et informatique pour aider à gérer la logistique des cas, permettant aux radiologistes de se concentrer sur leur évaluation radiologique.

Les tâches non interprétatives associées aux réunions de concertation pluridisciplinaire, y compris la localisation des détails cliniques, la clarification des questions de référence et la gestion de l'accès à l'imagerie, continuent d'imposer un fardeau administratif substantiel aux radiologistes. Le manque d'informations cliniques et la communication incohérente entre les équipes cliniques entraînent des inefficacités qui détournent le temps de l'examen radiologique et diminuent la qualité de la préparation des RCP.

De plus, bien que la plupart des établissements importent des études externes dans le PACS (68,2 %), 15,5 % des radiologistes effectuent encore cette tâche eux-mêmes. 50,4 % des répondants ont trouvé l'examen des images sur des référentiels externes inférieur à l'examen sur leur PACS local.¹

Un soutien administratif et informatique amélioré est donc essentiel. Le personnel de soutien devrait superviser la planification, appuyer le respect des échéances de soumission, veiller à ce que les questions cliniques soient clairement formulées et gérer l'importation d'imagerie externe. Bien que 83,7 % des études externes soient actuellement importées par le personnel de soutien, cette pratique devrait être universelle et élargie pour inclure une assistance plus robuste avec la recherche de données et l'organisation des cas. Le renforcement du soutien administratif et technique réduirait considérablement la charge de travail non interprétative et permettrait aux radiologistes de se concentrer sur les tâches critiques d'évaluation d'images, d'intégration d'informations cliniques et de contribution à la prise de décision collaborative.

Équilibrer les discussions académiques et cliniques

Les réunions de concertation pluridisciplinaire servent à la fois des fonctions cliniques et éducatives, mais ces objectifs doivent être soigneusement équilibrés pour assurer des décisions de soins aux patients opportunes et exploitables. Cette section aborde le besoin d'une facilitation structurée et de normes claires pour maintenir les discussions d'équipes multidisciplinaires ciblées, efficaces et cliniquement pertinentes.

Faciliter les discussions

Recommandation 8 : Désigner un facilitateur pour les réunions de concertation pluridisciplinaire afin de maintenir les discussions ciblées et sur la bonne voie, en évitant les débats trop longs ou hors sujet.

Des discussions trop larges ou non ciblées compromettent l'efficacité des réunions de concertation pluridisciplinaire et limitent le temps disponible pour aborder les cas prévus. Les répondants à l'enquête ont signalé que, dans certains contextes, les discussions peuvent devenir prolongées ou dériver vers une évaluation détaillée de la littérature académique, entraînant le retard des décisions de gestion des patients.¹

La désignation d'un facilitateur fournit un mécanisme de gouvernance pour soutenir une performance de réunion efficace. Le rôle du facilitateur est de gérer le temps, de maintenir le respect de l'ordre du jour et de veiller à ce que les discussions progressent vers des conclusions cliniquement exploitables. Les facilitateurs devraient être habilités à résumer les points clés, à rediriger la discussion si nécessaire et à clore la discussion une fois qu'un consensus ou un plan clair a été atteint.

Pour soutenir la cohérence et la continuité, le rôle de facilitateur devrait être clairement défini et soutenu par un document de mandat décrivant les attentes, l'autorité décisionnelle et les règles opérationnelles (par exemple, les limites de volume de cas, les échéances de soumission et les politiques pour les ajouts tardifs). Cette structure formalise la responsabilité du déroulement de la réunion tout en permettant la participation multidisciplinaire.

Se concentrer sur l'utilité clinique

Recommandation 9 : Favoriser une culture partagée au sein des réunions de concertation pluridisciplinaire qui privilégie une discussion cliniquement pertinente et centrée sur le patient tout en préservant une valeur éducative appropriée.

Les réunions de concertation pluridisciplinaire sont valorisées non seulement pour leur fonction clinique, mais aussi pour leurs avantages éducatifs et collaboratifs. Les données de l'enquête nationale indiquent que les radiologistes apprécient fréquemment l'exposition aux cadres de prise de décision clinique, la rétroaction sur l'interprétation de l'imagerie et les occasions d'apprentissage et de collaboration en recherche.¹

Cependant, maintenir cette valeur éducative nécessite des attentes partagées concernant la façon dont les discussions sont menées. Les participants devraient être encouragés à formuler leurs contributions autour de la question clinique spécifique en question, en mettant l'accent sur les informations qui éclairent directement le diagnostic, la stadification, la sélection du traitement ou la planification du suivi. La discussion axée sur la recherche ou le milieu académique devrait être incorporée de manière sélective et proportionnée, en veillant à ce qu'elle complète plutôt que de remplacer la prise de décision clinique.

L'établissement et le renforcement de ces normes favorisent un dialogue respectueux et efficace et aident à veiller à ce que les réunions de concertation pluridisciplinaire restent pratiques, inclusives et axées sur la prestation de soins opportuns et centrés sur le patient.

Améliorer la technologie et l'infrastructure

Les RCP efficaces dépendent de plus en plus d'une technologie fiable et interopérable qui soutient un accès efficace à l'imagerie et aux informations cliniques. Cette section décrit les exigences en matière d'infrastructure et de systèmes nécessaires pour réduire la duplication, améliorer la qualité de l'image et soutenir un examen multidisciplinaire transparent.

Intégrer les systèmes d'imagerie

Recommandation 10 : Améliorer l'intégration entre les systèmes d'imagerie externes et les bases de données locales pour rationaliser l'accès aux études antérieures et au contexte clinique. Idéalement, une fonctionnalité équivalente devrait être disponible pour les images et études stockées dans des référentiels externes.

Les établissements de santé doivent améliorer l'intégration entre les systèmes d'imagerie et les bases de données cliniques pour permettre un accès rationalisé aux études. Les réseaux PACS provinciaux et régionaux peuvent fournir un accès sécurisé et en temps réel aux études d'imagerie dans toutes les autorités sanitaires. Ce réseau devrait incorporer les cliniques d'imagerie communautaires par le biais d'accords de partage de données appropriés et de solutions de réseautage sécurisées, assurant un accès complet à toutes les études d'imagerie pertinentes, quel que soit le site d'acquisition.

L'accès au dossier de santé électronique provincial devrait être disponible directement à partir de postes de travail PACS interopérables, assurant une intégration transparente et un accès rationalisé à toutes les informations pertinentes sur les patients pendant l'interprétation des images et l'examen de cas multidisciplinaire. La mise en œuvre de réseaux robustes de partage d'images entre les autorités sanitaires peut faciliter la consultation spécialisée en temps opportun et réduire l'imagerie en double inutile.

Normaliser les protocoles

Recommandation 11 : Élaborer et mettre en œuvre des protocoles d'imagerie normalisés dans tous les établissements pour réduire l'exigence d'examens en double, diminuer l'exposition inutile aux rayonnements, réduire le fardeau administratif et améliorer la qualité des cas externes.

Les établissements de santé devraient élaborer et mettre en œuvre des protocoles d'imagerie normalisés dans tous les sites pour réduire les examens en double, minimiser l'exposition inutile aux rayonnements, diminuer le fardeau administratif et améliorer la qualité des cas externes. La normalisation des protocoles devrait être régie par des lignes directrices fondées sur des données probantes et des examens réguliers d'assurance de la qualité.

Les outils d'intelligence artificielle (IA) peuvent être intégrés stratégiquement dans les processus de travail d'imagerie pour améliorer la normalisation et accroître l'efficacité clinique. Ces outils devraient soutenir la priorisation des images, les mesures automatisées, l'assurance de la qualité des protocoles et la détection de constatations critiques. Il est impératif que la mise en œuvre de l'IA se fasse dans le cadre de processus de travail établis et comprenne des cadres de validation et de gouvernance appropriés.

Rémunération et reconnaissance

Malgré le rôle vital que jouent les radiologistes dans les RCP, leurs contributions sont fréquemment sous-reconnues et insuffisamment rémunérées. Cette section souligne le besoin de modèles de rémunération et de reconnaissance formelle qui reflètent la participation aux RCP comme un travail clinique essentiel.

Examiner les modèles de rémunération

Recommandation 11 : Plaider pour une rémunération appropriée qui reflète le temps et l'expertise requis pour la participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire, y compris plaider pour des codes de facturations provinciales.

Les radiologistes jouent un rôle critique dans les réunions de concertation pluridisciplinaire, mais les structures de rémunération actuelles reflètent rarement le temps, la préparation et l'expertise requis pour une participation significative. Plus de 80 % des radiologistes signalent une augmentation de la charge de travail liée aux RCP au fil du temps. Malgré cette demande croissante, 93,8 % des répondants à l'enquête nationale ont indiqué que la participation aux RCP n'est pas adéquatement rémunérée dans leur pratique, et 92,2 % ont signalé une rémunération insuffisante au niveau provincial.¹ Dans de nombreuses instances, les radiologistes ne reçoivent aucune rémunération pour le travail des RCP, et la rémunération existante, lorsqu'elle est disponible, est très variable, s'appuyant sur des codes de facturation (23,2 %), un financement de plan de pratique (18,6 %) ou d'autres moyens non définis.

La participation aux RCP nécessite une préparation substantielle qui n'est pas systématiquement reconnue ou rémunérée. La CAR recommande l'élaboration, le raffinement et la mise en œuvre cohérente de codes de facturations provinciales qui reflètent avec précision le temps, l'expertise et la valeur clinique apportés par les radiologistes lors des réunions de concertation pluridisciplinaire. Les établissements devraient également être tenus d'examiner et de mettre à jour les structures internes de plan de pratique pour incorporer une rémunération protégée pour la préparation et la participation aux RCP. L'alignement de la rémunération sur la charge de travail est nécessaire pour maintenir l'engagement des radiologistes, maintenir une contribution d'imagerie de haute qualité et soutenir des soins multidisciplinaires équitables et centrés sur le patient.

Reconnaître les contributions

Recommandation 13 : Reconnaître régulièrement les contributions des radiologistes dans les réunions de concertation pluridisciplinaire pour améliorer la satisfaction au travail et le moral.

Bien que la rémunération demeure une question critique, la reconnaissance joue également un rôle important dans l'engagement et la satisfaction au travail des radiologistes. Les résultats de l'enquête montrent que les radiologistes apprécient grandement la participation aux RCP pour ses avantages collaboratifs et éducatifs : 93,8 % apprécient l'interaction avec les collègues cliniques, 64,3 % accueillent favorablement la rétroaction sur les cas, et 64,3 % supplémentaires notent la valeur des occasions de recherche et académiques.¹ Malgré ces facteurs de motivation positifs, le manque de reconnaissance formelle peut éroder le moral, en particulier dans le contexte d'une charge de travail croissante et d'une rémunération insuffisante.

Les établissements devraient donc mettre en œuvre des approches systématiques pour reconnaître les contributions des radiologistes aux RCP. Cela pourrait inclure une reconnaissance annuelle dans les évaluations départementales, la mise en évidence du travail des RCP dans les évaluations de rendement, l'incorporation du leadership des RCP dans les critères de promotion académique et la reconnaissance officielle de l'impact de la radiologie sur la prise de décision centrée sur le patient dans les cadres de qualité et de sécurité hospitaliers. Démontrer l'appréciation institutionnelle pour l'expertise que les radiologistes apportent aux RCP aide à renforcer la valeur de leurs contributions, favorise l'engagement et soutient l'environnement collaboratif essentiel pour des soins multidisciplinaires efficaces.

Solliciter des commentaires et promouvoir l'amélioration continue

L'établissement de normes opérationnelles n'est efficace que si les processus des RCP sont régulièrement examinés et affinés. Cette section décrit les mécanismes de vérification de l'efficacité des RCP et d'incorporation de commentaires structurés pour soutenir l'amélioration continue au fil du temps.

Vérifier l'efficacité

Recommandation 14 : Vérifier l'efficacité des pratiques de travail des réunions de concertation pluridisciplinaire sur une base régulière pour identifier les domaines d'amélioration.

La vérification régulière des pratiques de travail des RCP est essentielle pour veiller à ce que les réunions restent efficaces, cliniquement ciblées et alignées sur les attentes institutionnelles et provinciales en matière de soins de haute qualité pour les patients. Des problèmes répandus, notamment des échéanciers de préparation de cas incohérents, des questions cliniques peu claires, une adhésion variable aux échéances de soumission et une rémunération insuffisante dans les hôpitaux à travers le pays, signalent des lacunes systémiques qui nécessitent une surveillance structurée pour être traitées efficacement.

Les établissements devraient mettre en œuvre des vérifications de routine des opérations des RCP, y compris des indicateurs capturant les volumes de cas, la rapidité des soumissions de cas, l'adhésion aux politiques de date limite, le temps de préparation, la durée de la réunion par rapport à l'ordre du jour et le nombre de cas reportés en raison d'inefficacités de réunion. Les vérifications devraient également inclure une évaluation du fardeau du processus de travail sur les radiologistes et les autres participants des RCP. Ces constatations devraient être examinées à intervalles réguliers au niveau départemental ou organisationnel, avec des mécanismes de responsabilité clairs pour signaler et traiter les domaines de préoccupation répétés. L'établissement de vérifications structurées soutiendra l'amélioration continue de la qualité et garantira que les réunions de concertation pluridisciplinaire fonctionnent comme des forums de prise de décision efficaces et centrés sur le patient.

Établir des boucles de rétroaction

Recommandation 15 : Créer des mécanismes permettant aux radiologistes de fournir des commentaires sur les processus des réunions de concertation pluridisciplinaire et de suggérer des améliorations continues, favorisant une culture d'amélioration continue.

Les résultats de l'enquête nationale démontrent que les radiologistes sont très engagés dans le travail des RCP et apprécient les avantages collaboratifs, éducatifs et cliniques de ces réunions. Les radiologistes sont donc bien placés pour identifier les inefficacités, les obstacles au processus de travail et les occasions d'amélioration dans les processus de RCP.

Les établissements devraient établir des mécanismes de rétroaction structurés qui permettent aux radiologistes de commenter la logistique des réunions, le flux de cas, le soutien administratif, les obstacles technologiques et l'efficacité globale. Ces mécanismes peuvent inclure des sondages périodiques, des évaluations structurées après les réunions, des comités de qualité des RCP dédiés ou des réunions d'examen interdisciplinaires régulières.

Les commentaires devraient être systématiquement examinés, avec des rapports transparents et des plans d'action clairement communiqués pour combler les lacunes identifiées. L'intégration de commentaires continus dans la gouvernance des RCP soutient la responsabilité, renforce la collaboration multidisciplinaire et garantit que les processus de ces RCP évoluent de manière responsable et durable au fil du temps.

Conclusion

Les tournées d'équipes multidisciplinaires sont une composante essentielle du parcours de soins de santé pour de nombreux patients, et les radiologistes jouent souvent un rôle vital dans de telles réunions. En adoptant ces normes fondées sur un consensus, les établissements de santé canadiens peuvent contribuer à veiller à ce que les radiologistes puissent continuer à contribuer de manière significative et équitable. Ces recommandations servent de modèle pour offrir des soins multidisciplinaires de haute qualité aux patients atteints de conditions oncologiques complexes et à risque médical élevé tout en équilibrant les demandes croissantes imposées aux radiologistes dans un système de santé durable et résilient.

Méthodologie

Pour arriver à ces recommandations, le groupe de travail a évalué les données recueillies via le sondage, *CAR Survey of Patterns and Perspectives on Multidisciplinary Team Rounds in Canada*.¹ et a participé à un processus de consensus Delphi. Le panel Delphi était composé de 9 radiologistes de partout au Canada, représentant différentes régions, environnements de pratique et domaines de spécialisation. Le panel a évalué 15 énoncés de base. Le consensus a été défini comme un seuil d'accord de $\geq 60\%$ (note de 4,0 à 5,0 sur une échelle de 5 points). Les 15 énoncés ont atteint un consensus lors du premier tour et ont ensuite été affinés pour incorporer des commentaires qualitatifs concernant les exceptions cliniques urgentes et la prévention de la fatigue administrative.

Remerciements

Le CAR tient à remercier les membres qui ont consacré leur temps, apporté leurs commentaires et partagé leur expérience lors de l'élaboration de cet énoncé.

Groupe de travail sur les équipes multidisciplinaires de la CAR

Tanya Chawla (Ont.), Présidente
Carolyn Flegg (Sask.)
Cameron Hague (C.-B.)

Emil Lee (C.-B.)
Elka Miller (Ont.)
Elsie Nguyen (Ont.)

Adnan Sheikh (C.-B.)
David Volders (N.-É.)
Kaitlin Zaki-Metias (Man., Ont.)

References

1. Zaki-Metias K, Hurrell C, Miller E, Volders D, Chawla T. CAR Survey of Patterns and Perspectives on Multidisciplinary Team Rounds in Canada. *Can Assoc Radiol J*. Published online September 1, 2025: 08465371251365205. doi:10.1177/08465371251365205
2. Digby GC, Lam S, Tammemägi MC, et al. Recommendations to Improve Management of Incidental Pulmonary Nodules in Canada: Expert Panel Consensus. *Can Assoc Radiol J J Assoc Can Radiol*. Published online June 13, 2024:8465371241257910. doi:10.1177/08465371241257910
3. Gouliaev A, Berg J, Bibi R, et al. Multi-disciplinary team meetings for lung cancer in Norway and Denmark: results from national surveys and observations with MDT-MODE. *Acta Oncol Stockh Swed*. 2024;63:678-684. doi:10.2340/1651-226X.2024.40777
4. Lamb BW, Brown KF, Nagpal K, Vincent C, Green JSA, Sevdalis N. Quality of care management decisions by multidisciplinary cancer teams: a systematic review. *Ann Surg Oncol*. 2011;18(8):2116-2125. doi:10.1245/s10434-011-1675-6
5. Forrest LM, McMillan DC, McArdle CS, Dunlop DJ. An evaluation of the impact of a multidisciplinary team, in a single centre, on treatment and survival in patients with inoperable non-small-cell lung cancer. *Br J Cancer*. 2005;93(9):977-978. doi:10.1038/sj.bjc.6602825
6. Jiang W, Dou X, Zhang N, Yu J, Zhao L, Yue J. Multidisciplinary Team Meeting Significantly Enhances Disease-Free Survival in Stage II-III Rectal Cancer. *Clin Colorectal Cancer*. Published online December 28, 2024. doi:10.1016/j.clcc.2024.12.006
7. de Castro G, Souza FH, Lima J, Bernardi LP, Teixeira CHA, Prado GF. Does Multidisciplinary Team Management Improve Clinical Outcomes in NSCLC? A Systematic Review With Meta-Analysis. *JTO Clin Res Rep*. 2023;4(12):100580. doi:10.1016/j.jtocrr.2023.100580
8. Balasubramaniam R, Drinkwater K, Howlett DC. A national audit of radiology practice in cancer multidisciplinary team meetings. *Clin Radiol*. 2020;75(8):640.e17-640.e27. doi:10.1016/j.crad.2020.03.031
9. Balasubramaniam R, Subesinghe M, Smith JT. The proliferation of multidisciplinary team meetings (MDTMs): how can radiology departments continue to support them all? *Eur Radiol*. 2015;25(12):3679-3684. doi:10.1007/s00330-015-3760-x
10. Elias Z, Tarique U, Veit-Haibach P, Kielar AZ. Standardizing Multidisciplinary Case Conferences and Improving Communication Between Referring Physicians and Radiologists: A Quality Improvement Initiative. *Can Assoc Radiol J*. Published online September 18, 2024:08465371241281055. doi:10.1177/08465371241281055