



# Normes de la CAR sur la communication de résultats d'examens d'imagerie diagnostique

*Les normes de l'Association canadienne des radiologistes (CAR) ne constituent pas des règles, mais des lignes de conduite visant à définir les principes d'exercice qui devraient généralement s'appliquer aux actes radiologiques. Les médecins et les physiciens médicaux peuvent modifier une norme existante, selon le patient et les ressources disponibles. Le respect des normes de la CAR ne garantit pas un résultat positif en toutes circonstances. Les normes ne doivent pas être considérées comme exhaustives ou comme excluant tout autre acte qui vise raisonnablement à obtenir les mêmes résultats. Elles n'ont pas pour but d'établir une norme juridique s'appliquant aux actes ou à la conduite; un écart par rapport à ces normes ne signifie pas en soi qu'un tel acte médical ne correspond pas à un niveau de soin acceptable. La décision définitive concernant l'opportunité de toute procédure ou conduite précise doit être prise par le médecin et le physicien médical en fonction de toutes les circonstances entourant le cas particulier.*

**Approuvé : le 25 septembre 2010**

**Les présentes normes sont fondées en partie sur les lignes directrices de l'ACR, que nous reconnaissons.**

**Gregory Butler, président; Reza Forghani; Mehran Midia et Shia Salem**

## TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION .....	3
II. RAPPORT D'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE FINAL .....	3
1. Renseignements démographiques .....	4
2. Corps du rapport .....	5
3. Évaluation et recommandations .....	5
4. Modèles de rapports standardisés créés par ordinateur .....	6
III. RAPPORT PRÉLIMINAIRE .....	6
IV. COMMUNICATIONS DIRECTES, VERBALES OU AUTRES .....	6
V. COMMUNICATION NON OFFICIELLE .....	7

## I. INTRODUCTION

La communication, qui est une composante fondamentale de la médecine en tant qu'art et science, s'avère tout particulièrement importante en imagerie diagnostique. Il incombe aux radiologistes et aux services dans lesquels ils travaillent de veiller à ce que les résultats d'examens diagnostiques soient communiqués rapidement et avec précision, de façon à optimiser les soins aux patients. Les services cliniques qui acheminent les patients exigent de plus en plus que les rapports d'imagerie diagnostique leur soient communiqués rapidement et efficacement. En outre, ce type de communication peut améliorer les soins aux patients.

Toute consultation débouche sur la soumission d'un rapport qui en présente les résultats. De plus, le radiologiste et le médecin traitant peuvent communiquer directement à plusieurs reprises au cours de la prise en charge thérapeutique d'un patient. La communication directe est encouragée parce qu'elle mène à une utilisation plus efficace et plus appropriée des services d'imagerie diagnostique et qu'elle peut améliorer le rendement diagnostique de l'examen demandé. Du point de vue de l'utilisation, les discussions avec l'équipe traitante permettent de se pencher sur certaines questions comme l'exposition aux radiations, la détermination des examens d'imagerie appropriés, l'efficacité clinique et l'efficience des examens. S'ils ont accès à une question clinique bien définie et au contexte clinique global, les radiologistes peuvent mieux interpréter les cas complexes et concentrer leur impression diagnostique sur quelques considérations différentielles pertinentes, au lieu de fournir une liste de tous les diagnostics différentiels possibles, dont l'utilité et la portée risquent d'être moindres. Ces principes s'appliquent à toutes les consultations en imagerie, sans égard à la technologie utilisée, même en ce qui a trait à la téléradiologie et aux PACS. Le rapport radiologique idéal est clair et concis et contient soit l'opinion du radiologiste, soit une explication des limites de l'examen ainsi que des suggestions d'autres examens diagnostiques, au besoin.

Il est important de souligner qu'une communication adéquate ne relève pas uniquement du radiologiste. Il incombe au service clinique d'effectuer une évaluation clinique complète avant de demander un examen d'imagerie et de communiquer les données cliniques pertinentes au radiologiste. Cela permet d'accroître le rendement diagnostique de l'examen demandé, d'utiliser les ressources d'imagerie de manière optimale et d'améliorer les soins aux patients de façon globale. De son côté, le radiologiste doit veiller à ce que les résultats soient communiqués de façon précise et en temps opportun pour optimiser la prise en charge du patient. La CAR appuie les radiologistes qui insistent pour qu'on leur fournisse les données cliniques pertinentes à chaque demande de consultation.

Toute communication doit s'effectuer de manière à respecter la confidentialité des renseignements sur les patients. Les images et les rapports médicaux constituent des renseignements confidentiels sur les patients et doivent être traités comme tels. Il incombe aux chefs de service et à l'ensemble du personnel des services d'imagerie, y compris les radiologistes, de veiller au respect de la vie privée des patients. Ceci comprend la mise en place de procédures appropriées en matière de confidentialité et la réglementation adéquate des procédures du service en matière de divulgation d'images médicales ou de rapports concernant ces images à des tierces parties.

## II. RAPPORT D'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE FINAL

- a. Le rapport final est considéré comme le moyen probant de communiquer les résultats d'un examen ou d'une intervention d'imagerie au médecin traitant ou à un autre professionnel de la santé. Dans certaines situations, d'autres moyens de communication doivent également être adoptés.
- b. Le rapport final doit être transmis au médecin traitant ou au professionnel de la santé qui est responsable du suivi clinique. Le médecin traitant ou le professionnel de la santé chargé du suivi partage également la responsabilité d'obtenir les résultats des examens d'imagerie qu'il a demandés.
- c. La rapidité avec laquelle les rapports d'examen d'imagerie sont fournis varie en fonction de la nature et de l'urgence du problème clinique. Le rapport écrit final doit être fourni de manière cliniquement appropriée et en temps opportun.

- d. Le rapport final doit être révisé attentivement pour corriger d'éventuelles coquilles, omissions accidentelles et affirmations déroutantes ou contradictoires. Si possible, il doit être authentifié par le radiologiste déclarant.
- e. Les signatures électroniques ou à l'aide de timbres en caoutchouc peuvent remplacer les signatures manuscrites si l'accès aux dispositifs en question est sécurisé. Dans tous les cas, le nom du radiologiste qui a dicté le rapport doit y être consigné.
- f. Il arrive que le radiologiste qui signe le rapport ne soit pas celui qui l'a dicté; ce genre de situation doit être clairement signalé dans le rapport. Dans la mesure du possible, les radiologistes doivent signer eux-mêmes les rapports qu'ils ont dictés. La signature par procuration, moins recommandée, doit être effectuée uniquement par un autre radiologiste, dans des circonstances où le radiologiste ayant dicté le rapport n'est pas disponible.
- g. De la même façon, les différences importantes entre le rapport préliminaire et le rapport final doivent être signalées. Le médecin traitant doit être informé des modifications si elles risquent d'avoir une incidence sur la prise en charge immédiate du patient.
- h. Les systèmes de reconnaissance vocale sont largement utilisés pour faciliter la production de rapports en temps opportun. Ces systèmes ne sont toutefois pas infaillibles et des procédures doivent être en place pour détecter et corriger les erreurs qui découlent de leur utilisation.
- i. Le rapport final peut être transmis en format papier, par télécopieur ou par courriel, si les mesures de sécurité adéquates sont en place. Les services devraient envisager de mettre en place des mécanismes de « confirmation de lecture » pour déceler tout rapport qui n'a pas été consulté par le médecin traitant.
- j. Une copie du rapport final doit être archivée par l'établissement d'imagerie dans le dossier médical du patient (format papier ou électronique) aux fins de consultation ultérieure. Ces dossiers doivent être conservés conformément aux règlements provinciaux et aux politiques de l'établissement.

Une interprétation finale officielle doit être fournie sous forme écrite pour tous les examens et interventions d'imagerie, et doit contenir les éléments décrits ci-dessous.

## 1. Renseignements démographiques

Le rapport doit contenir les renseignements suivants :

- A. Le nom du patient accompagné d'un autre identificateur, comme le sexe, la date de naissance, un numéro d'identification pertinent ou le numéro assigné par l'hôpital ou le bureau.
- B. L'établissement ou le lieu où l'examen a été effectué.
- C. Le nom du (ou des) médecin(s) traitant(s).
- D. Le nom du médecin principal, dans le cas de patients pris en charge par plusieurs services cliniques.  
Justification : Favoriser un acheminement précis du rapport aux destinataires indiqués par le médecin traitant (hôpital, bureau, clinique, etc.) Tous les bureaux et services doivent se doter d'une politique pour veiller à ce que le rapport écrit soit versé au dossier hospitalier et transmis au(x) médecin(s) traitant(s), dans le cas de patients hospitalisés, et envoyé au(x) médecin(s) traitant(s), dans le cas de patients externes.
- E. Le nom ou le type d'examen.
- F. La date de l'examen.  
Si possible, le mois doit être écrit en toutes lettres plutôt qu'en chiffres pour éviter toute ambiguïté liée aux formats internationaux (p. ex. 3 juillet 2010, plutôt que 03-07-10 ou 07/03/10).
- G. L'heure de l'examen, au besoin.  
Justification : Différencier les examens effectués le même jour (p. ex., chez les patients aux soins intensifs).
- H. La date à laquelle le rapport a été dicté.  
Justification : Contrôle de la qualité.

## 2. Corps du rapport

Le principal objectif du rapport est la transmission efficace de renseignements sur les examens d'imagerie du radiologiste au médecin traitant. Le rapport doit donc être clair et concis. Les rapports faisant état de résultats normaux ou indiscutablement positifs peuvent être courts et précis.

Le rapport doit porter sur les éléments suivants, dans les cas appropriés :

### A. Interventions et matériel :

Les examens ou les interventions doivent être décrits, ainsi que tout agent de contraste (type d'agent, concentration, volume et voie d'administration, le cas échéant), médicament, cathéter ou dispositif utilisé, s'ils n'ont pas été signalés ailleurs. Toute réaction ou complication connue et significative doit être indiquée.

Justification : Garantir l'exactitude de la communication et la disponibilité des renseignements aux fins de consultation ultérieure.

### B. Limites :

Le cas échéant, nommer les facteurs qui risquent de limiter la sensibilité et la spécificité de l'examen. De tels facteurs peuvent être d'ordre technique ou être liés à l'anatomie du patient (p. ex., des seins denses) ou aux limites de la technique d'examen utilisée (p. ex., la faible sensibilité de la radiographie thoracique pour le diagnostic des embolies pulmonaires).

### C. Résultats :

Employer une terminologie anatomique, radiologique et pathologique précise pour décrire les découvertes de façon précise. Pour réduire les ambiguïtés et le risque de malentendus, il est préférable d'éviter les abréviations, sauf si elles sont expliquées à la première occurrence.

### D. Questions cliniques :

Les antécédents cliniques, l'indication ou la question clinique peuvent être insérés au début du rapport. Bien qu'elle ne soit pas obligatoire, cette pratique est encouragée.

Le rapport doit aborder ou répondre à toutes les questions cliniques pertinentes soulevées dans la demande d'examen d'imagerie. Les facteurs qui empêchent le radiologiste de répondre à la question clinique doivent être indiqués dans le rapport, le cas échéant.

Remarque : pour écarter le diagnostic de pneumothorax, par exemple, indiquer « aucun signe de pneumothorax »; pour exclure l'hypothèse d'une fracture, indiquer « aucun signe de fracture ». Il n'y a pas lieu d'employer des formules de déni de responsabilité du type « cette mammographie n'exclut pas la possibilité d'un cancer », puisqu'il est entendu que l'équipe traitante sait que la sensibilité d'un examen diagnostique, même s'il est bien exécuté, n'atteint pas nécessairement 100 %. De façon générale, les rapports purement descriptifs qui ne fournissent aucune opinion ni conseils pouvant aider à répondre à la question clinique doivent être évités.

### E. Données comparatives :

La comparaison avec des examens et des rapports antérieurs, lorsqu'elle est possible, fait partie de la consultation et du rapport d'imagerie. Elle doit être incluse dans le corps ou la conclusion du rapport lorsque cela est approprié.

## 3. Évaluation et recommandations

- A. Le rapport doit se conclure par un commentaire présentant une interprétation des données décrites. Les termes *conclusion*, *impression*, *interprétation*, *opinion*, *diagnostic* et *lecture* font partie de la terminologie appropriée pour conclure le rapport.

- B. Chaque examen doit faire l'objet d'un tel commentaire interprétatif. Une exception peut toutefois être accordée lorsque la comparaison entre l'examen en question et d'autres examens récents ne révèle aucun changement, ou encore dans le cas d'un rapport très bref où une conclusion séparée serait redondante.
- C. Si possible, poser un diagnostic précis.
- D. Établir un diagnostic différentiel au besoin.
- E. Recommander des examens d'imagerie diagnostique de suivi ou supplémentaires pour préciser ou confirmer la conclusion du rapport seulement lorsque cela s'avère nécessaire.
- F. Toute réaction significative du patient doit être signalée.

#### 4. Modèles de rapports standardisés créés par ordinateur

Les modèles de rapports standardisés créés par ordinateur (ou autres formats de rapports structurés) qui satisfont aux critères énumérés ci-dessus sont considérés conformes aux présentes normes.

### III. RAPPORT PRÉLIMINAIRE

Dans certaines circonstances, un rapport préliminaire peut précéder la rédaction du rapport final. Ce premier rapport contient uniquement les renseignements pertinents dans le cadre de la prise en charge immédiate du patient. Il peut s'agir d'un rapport urgent, qui n'est pas tenu de contenir tous les résultats d'imagerie. Un tel rapport devrait être produit lorsqu'une communication rapide est requise, comme dans la plupart des cas acheminés par les services d'urgence, ou encore dans les cas de chirurgie élective inattendue où une urgence clinique nécessite la communication immédiate des résultats. Il est généralement reconnu qu'il n'est pas nécessaire de produire un rapport préliminaire si des données inquiétantes sont déjà connues ou auraient pu être raisonnablement prévues par le médecin traitant (p. ex., un cancer de l'intestin détecté à la suite d'un lavement baryté) pour autant que le rapport final soit produit à point nommé.

Il est possible que le rapport préliminaire ne puisse s'appuyer sur des examens ou des rapports d'imagerie antérieurs, ou qu'il soit fondé sur des renseignements incomplets en raison de changements dans les circonstances cliniques, ce qui peut nuire à son exactitude. Les rapports préliminaires peuvent être communiqués verbalement, par écrit ou sous forme électronique. Toute forme de communication doit être documentée. Le contenu des communications préliminaires doit être transcrit dans un format définitif aussitôt que possible. Le rapport préliminaire doit être clairement identifié comme tel pour le distinguer du rapport final.

### IV. COMMUNICATIONS DIRECTES, VERBALES OU AUTRES

Les radiologistes doivent tenter de coordonner leurs efforts avec ceux du médecin traitant de façon à favoriser le plus possible le bien-être du patient. Dans certaines circonstances, cela peut nécessiter la communication directe de résultats inhabituels, inattendus ou urgents au médecin traitant, avant la transmission du rapport écrit officiel. De tels résultats sont, notamment :

- A. La découverte d'affections associées à un risque de morbidité ou de mortalité à court terme et susceptibles de nécessiter la prise de décisions thérapeutiques immédiates.
- B. La découverte d'une maladie suffisamment grave pour que le patient en soit informé promptement et qu'une évaluation clinique soit effectuée ou qu'un traitement soit amorcé sans tarder.
- C. La détection d'anomalies qui mettent en danger la vie ou l'un des membres d'un patient et qui n'ont peut-être pas été anticipées par le médecin traitant.

- D. L'existence de tout écart cliniquement significatif entre un rapport d'urgence ou préliminaire et le rapport écrit final. De telles différences doivent être rapidement et directement communiquées au médecin traitant ou à son représentant.

Dans de telles circonstances, le radiologiste ou son représentant doit tenter de communiquer directement (en personne ou par téléphone) avec le médecin traitant ou son représentant. D'autres moyens de communication, comme l'envoi de télécopies, de messages texte ou de courriels, s'ils ne sont pas déjà utilisés, peuvent être employés si la réception du rapport peut être confirmée. La rapidité avec laquelle la communication directe est effectuée doit reposer sur l'urgence de la situation clinique.

Il peut être souhaitable pour les services d'établir une politique concernant la documentation des communications directes et des tentatives d'établir de telles communications.

Il incombe aux médecins traitants de veiller à ce que la communication des résultats puisse s'effectuer auprès d'un autre dispensateur s'ils sont absents, malades ou si leurs heures de travail sont restreintes.

## **V. COMMUNICATION NON OFFICIELLE**

À l'occasion, un radiologiste peut donner une opinion qui n'est pas inscrite dans un rapport officiel, mais qui peut servir à prendre des décisions thérapeutiques. Ceci inclut notamment les « consultations de couloir » ou l'évaluation rapide d'un examen provenant d'un organisme externe.

Il arrive que le radiologiste prononce une telle opinion sans avoir accès aux antécédents du patient ou aux examens de comparaison, et dans des conditions d'observation non optimales.

La communication non officielle comporte des risques inhérents. Souvent, les notes du clinicien constituent la seule documentation écrite de ce type de communication. Les radiologistes qui effectuent ce genre de consultation avec l'intention d'améliorer les soins aux patients doivent consigner leur interprétation et noter les circonstances dans lesquelles ils ont donné leur opinion. Si possible, un système de rapports sur les examens provenant d'un organisme externe doit être mis en place.