

Recommandations générales pour l'élaboration d'un compte-rendu radiologique (CRR)

Groupe de travail SFR — CRR

Composition du groupe

Coordonnateurs : Francis Joffre (Société Française de Radiologie) ; Jacques Remy (Société Française de Radiologie)

Membres : Marie-France Carette (Société d'Imagerie Thoracique) ; Didier Godefroy (GETROA) ; Michel Legman (FNMR — CNO) ; Yves Menu (Société d'Imagerie de l'Appareil Digestif) ; Norbert Telmon (Société Française de Médecine Légale et de Criminologie) ; Jean Nicolas Dacher (CERF — Société de Radio-Pédiatrie) ; Philippe Otal (Société Française d'Imagerie Cardio-Vasculaire) ; Olivier Helenon (Société d'Imagerie Génito-Urinaire) ; Vincent Hazebroucq (Société d'Imagerie Médico-Légale) ; André Gaston (Société Française de Neuro-Radiologie) ; Jean-Pierre Rouanet (Société d'Imagerie Génito-Urinaire).

Généralités

Définition du compte rendu radiologique

« Transcription écrite, en termes clairs et sans ambiguïté, et transmission, des différentes étapes de l'examen radiologique : indications, techniques de réalisation, résultats, synthèse et conclusion médicale ».

Objectifs généraux d'un CRR

- Répondre à l'objectif de communication des résultats de l'examen radiologique demandé.
- Fournir une trace écrite de l'acte radiologique ayant notamment une valeur médico-légale.
- Valoriser l'acte radiologique en tant qu'acte médical, dans la prise en charge d'un patient.

Obligations réglementaires

(Code de Déontologie Médicale : article 34, article 35, article 60, article 64) :

- Le CRR fait partie intégrante de l'acte d'imagerie médicale et est donc à ce titre indispensable et obligatoire. L'absence d'interprétation ne permet pas la cotation de l'acte et serait essentiellement constitutive d'une imprudence condamnable par les tribunaux en cas de problèmes résultants d'une mauvaise interprétation par d'autres médecins des clichés non interprétés.
- Selon le décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006, les dossiers médicaux doivent être archivés durant 20 ans après le dernier contact avec le patient et, pour les enfants, au moins jusqu'à la date de leur 28^e anniversaire. Par analogie, il est souhaitable que l'archivage interne du service de radiologie prévoit, pour les malades externes, une conservation de la même durée.

Quelque soit le support utilisé, il est suggéré de conserver un double de la demande et un double du CRR et de mentionner sur le CRR le type d'archivage.

- La communication des résultats doit obéir à certaines règles incontournables :

1°) le CRR doit être remis au malade en pratique libérale. En milieu hospitalier, privé ou public, il est intégré dans le dossier d'hospitalisation du patient auquel celui-ci a désormais directement accès. (Code de la Santé Publique article R-1111-1 à R-1111-16).

2°) l'information du médecin traitant et de tous les médecins demandeurs (dont la liste doit être demandée au patient), est également obligatoire et le radiologue doit s'assurer de la transmission de son compte rendu et de sa bonne réception (CNO — 30-01-04). L'information peut se faire par téléphone notamment en cas d'urgence mais ceci doit être mentionné dans le CRR. Ce point est l'occasion de rappeler que la circulation d'informations entre médecins doit se faire dans les deux sens : « Aucun acte exposants aux radiations ionisantes ne peut être pratiqué sans un échange préalable d'informations entre les demandeurs et les réalisateurs de l'acte » (Article R1533-66 du Code de santé publique).

3°) Le groupe insiste sur l'importance de deux points :

- la place fondamentale du CRR dans le rôle du radiologue en tant que consultant en imagerie ;
- l'intérêt d'une formation spécifique des futurs radiologistes dans le cursus du DES.

4°) L'information du patient. Le radiologue peut être amené à fournir une information à sa demande, sur l'examen pratiqué et le patient est en droit d'avoir cette information. Cette information sera donnée avec prudence, adaptée à chaque patient et en concertation et en accord avec le médecin demandeur. Il est surtout important d'insister auprès du patient sur l'attitude qu'il doit adopter à la suite de l'examen. Le niveau d'information donné au patient doit être éventuellement précisé.

5°) Les règles de rédaction :

– La longueur ne peut être standardisée et doit être adaptée à la pathologie à décrire et à la question posée. Il faut toutefois insister sur la concision en sachant, qu'en cas de CRR trop long, le lecteur va directement vers le chapitre « synthèse et conclusion ».

– L'utilisation de termes médicaux courants doit être préconisée plutôt que de rédiger des descriptions avec des termes radiologiques complexes et souvent peu connus des non spécialistes.

– Les abréviations doivent être évitées.

– La signature du radiologue doit être éclairée du nom en toutes lettres. Elle doit être apposée par l'auteur après relecture et éventuellement correction. En cas de relecture, par un tiers, les identités respectives doivent être mentionnées. Il en est de même pour la relecture d'un examen fait par une autre personne.

– Cas particulier de l'examen urgent. Le CRR, souvent manuel, doit être lisible, synthétique. Il doit être complété par un CCR final qui doit être annoncée et plus complet. Deux points doivent être mentionnés :

* un CRR final différent du CRR initial ;

* la transmission téléphonique du résultat et à qui.

Principes généraux

La rédaction d'un CRR doit obéir à des règles communes, ci-après proposées. Des spécificités inhérentes à chaque société de radiologie d'organes peuvent justifier des adaptations discutées à l'intérieur de chacune des sociétés.

Le CRR doit comporter 4 chapitres : indications, technique, résultats, synthèse et conclusion.

Identification du patient

Chaque CRR doit comporter les mentions habituelles : nom, prénom, sexe, date de naissance, nom de jeune fille, date et type d'examen, date du CRR, l'identité du ou des radiologues et leur fonction.

Il apparaît important que l'identité du demandeur ainsi que sa spécialité et ses coordonnées apparaissent.

Il ne paraît pas nécessaire de faire figurer la notion d'information du patient sur le CRR.

Indications

Les règles à retenir sont les suivantes : le chapitre « indications » doit résumer le problème clinique pour lequel l'examen a été demandé, et montrer que la demande a été bien comprise.

L'ensemble doit être aussi concis que possible.

L'acte radiologique étant un acte médical, l'éventualité d'un désaccord total ou partiel sur l'indication d'un examen n'est pas à exclure. Ceci peut concerner le protocole de réalisation d'un examen ou au maximum la substitution d'un examen irradiant par un examen non irradiant. Le non-respect de la demande d'examen doit être argumenté dans le CRR, en se basant en particulier sur l'article R43-52 du décret NY 2003-270 ainsi que sur les recommandations du « Guide de bon usage des examens d'imagerie médicale ».

La phrase « pas de renseignements cliniques » doit être proscrite. Le code de la santé publique impose depuis le 27 mars 1970 que le demandeur donne par écrit les renseignements qui justifient l'examen (Code de la Santé Publique article R-1111-1 à R-1111-16). Le radiologue peut et doit, par l'interrogatoire obtenir du patient un certain nombre d'informations, dans la mesure du possible et en fonction de l'examen demandé.

La justification d'une irradiation doit être mentionnée si besoin.

Technique

La description de la technique doit être concise, en particulier lorsque certains paramètres sont indiqués sur les images. Les points importants de la technique doivent être mis en exergue. L'appareillage utilisé, doit être éventuellement décrit, et, selon la réglementation actuelle, le type, la marque, la date de mise en route, le numéro d'agrément doivent être mentionnés. Il est possible de faire référence à des protocoles standardisés à condition que ceux-ci soient largement diffusés, consensuels et facilement accessibles.

Le type de produit de contraste et la quantité utilisée doivent être mentionnés. Il ne semble pas nécessaire de mentionner le numéro du lot (sauf en cas d'événement indésirable) mais celui-ci doit être noté dans les archives radiologiques dans une optique de traçabilité. Tout incident imputable à l'utilisation d'un produit de

contraste doit être mentionné dans ce chapitre et répété dans la conclusion.

De même, il paraît indispensable de mentionner tous les incidents survenus au cours de l'examen en indiquant les conséquences tant pour le patient que pour le déroulement de l'examen, ainsi que pour la surveillance et la réalisation d'examens ultérieurs.

Si les images ont fait l'objet d'un archivage quelconque il est suggéré de le mentionner en précisant le support, et en précisant que le patient a été informé et a donné son accord.

Les comparaisons avec les documents antérieurs (type et date) doivent être mentionnées ainsi que l'absence éventuelle de ces documents.

Résultats

Ce chapitre correspond à une description analytique des images observées et ne doit pas interférer avec le chapitre « synthèse et conclusion ». Il doit comporter l'étude systématique et complète des images anormales, en commençant par les données ciblées par l'indication, et décrire de façon précise et exhaustive leur sémiologie. Cette description doit être précise et utiliser des termes clairs, sans ambiguïté. Les données topographiques doivent également être précisées.

Tous les éléments pouvant influencer sur la qualité du résultat (techniques, inhérents au patient) doivent être mentionnés.

Il paraît important d'insister sur tous les points possibles ayant trait à la question posée. Les points négatifs et normaux ne doivent être précisés que dans un contexte donné ou quand ils permettent d'apporter une réponse à la question posée. En particulier, la description détaillée de la normalité semble inutile et ne doit se consacrer qu'aux éléments apportant des arguments diagnostiques, par rapport à l'indication de l'examen.

La description doit éviter les abréviations ainsi que les comparaisons morphologiques à des objets divers. Ces comparaisons doivent surtout se baser sur des éléments objectifs : mensurations de diamètre, surface, volume, densité, signal, échogénicité.

Synthèse et Conclusion

Cette partie et en particulier la conclusion doit être considérée comme obligatoire. Le caractère obligatoire ne paraît pas toutefois justifié dans les CRR pour lesquels le chapitre « résultat » est court et répond déjà à la question posée.

Elle doit éventuellement débiter par un rappel des accidents ou incidents observés en cours d'examen.

Ce chapitre comprend la discussion du problème posé (avec confrontation aux différents éléments non radiologiques dont dispose le radiologue ainsi qu'aux autres données radiologiques éventuellement accessibles) et doit être suivie par la conclusion proprement dite.

Ce chapitre doit être particulièrement clair et sans ambiguïté. Il doit éviter la redondance par rapport au chapitre précédent. Il s'attachera à être en accord avec le code de Déontologie, en particulier en ce qui concerne l'évaluation des résultats thérapeutiques, tout en mentionnant avec tact et intelligence les problèmes constatés.

La conclusion doit essayer de répondre à la question posée en donnant un diagnostic (si les éléments en faveur de celui-ci sont suffisants) ou une gamme de diagnostic clairement hiérarchisée (en précisant les arguments positifs ou négatifs en faveur de chaque hypothèse et en les classant par ordre de gravité, de fréquence ou de probabilité). La réponse à la question posée peut

comporter la suggestion d'une conduite à tenir (examens complémentaires, prise en charge thérapeutique, en particulier par radiologie interventionnelle). Toutefois, une certaine prudence sur ces conseils de conduite ultérieure doit être adaptée, en particulier en fonction de la spécialisation plus ou moins poussée du demandeur et de son niveau de compétences dans le domaine. Lorsqu'un examen d'imagerie ou tout autre acte médical complémentaire est souhaitable, il faut l'argumenter et ne pas se

contenter de dire « à compléter par... ». En cas d'urgence, ce complément d'examen doit être organisé par le radiologue, en accord avec le médecin demandeur (sous peine d'être considéré comme négligence fautive).

Le cas échéant, il paraît nécessaire de proposer une synthèse des différents examens pratiqués en discutant des éventuelles concordances entre ces examens ainsi que de la cohérence générale de l'information fournie.