

Les informations obligatoires d'un compte-rendu d'imagerie

Dr Hervé LECLET
Santopta
www.santopta.fr
herve.leclet@santopta.fr

La réglementation impose de rédiger un compte-rendu pour chaque examen d'imagerie.

L'objet de cette fiche technique est de définir ce qu'est le compte-rendu radiologique et son contenu.

Qu'est-ce qu'un compte-rendu radiologique ?

Un compte-rendu radiologique est une transcription écrite en termes clairs et sans ambiguïté et une transmission des différentes étapes de l'examen (indications, techniques de réalisation, résultats, synthèse et conclusion médicale).

L'intérêt du compte-rendu

L'intérêt du compte-rendu est :

- de fournir une trace écrite ayant valeur médico-légale,
- de valoriser l'acte d'imagerie en tant qu'acte médical dans la prise en charge d'un patient.

La rédaction d'un compte-rendu est **INDISPENSABLE** pour tous les examens : les obligations *Code de déontologie médicale*

Les articles 34, 35, 60 et 64 du Code de déontologie médicale définissent les obligations des radiologues en matière de compte-rendu d'imagerie.

1) Le compte-rendu est obligatoire : sans compte-rendu, il y a risque de mauvaise interprétation et la cotation n'est pas possible.

2) Il doit être conservé 20 ans après le dernier contact avec le patient ; pour les enfants, au moins jusqu'à la date de leur 28^{ème} anniversaire.

Le double de la demande d'examen et le double du compte-rendu doivent être conservés dans le dossier du patient.

CCAM

Selon le livre 1 de la CCAM, tous les examens réalisés dans les services d'imagerie médicale (radiologie standard, mammographie, échographie, scanner, IRM, ostéodensitométrie, ...) doivent être interprétés.

Article I-1 du Code de la CCAM : « les dispositions du livre 1 s'appliquent aux médecins libéraux et salariés pour la prise en charge ou le remboursement de leurs actes techniques par l'assurance maladie ».

Article I-5 du Code de la CCAM : « Chaque acte doit faire l'objet d'un compte-rendu écrit et détaillé avec :

- les renseignements d'ordre administratif,
- les renseignements d'ordre médical,
- l'indication de l'acte,
- les modalités techniques précises,
- les résultats quantitatifs et qualitatifs pertinents,
- les conclusions motivées,
- accompagné éventuellement d'un tracé ou d'une iconographie appropriés.

Ce compte-rendu sert de document de liaison afin de faciliter la continuité des soins. »

Quelles sont les règles indispensables de communication des résultats ?

En pratique libérale, le compte-rendu doit être remis au patient.

En milieu hospitalier, il est intégré dans le dossier (le patient a un droit à l'accès à son dossier médical, selon les articles R-1111-1 à R-1111-16 du Code de la santé publique).

L'information doit être transmise obligatoirement au médecin traitant ainsi qu'à tous les médecins demandeurs (demander la liste aux patients si nécessaire).

Si l'information est donnée par téléphone (en cas d'urgence par exemple), ce point doit être mentionné dans le compte-rendu.

Une information orale adaptée doit être donnée au patient (en concertation avec le médecin prescripteur).

Comment doit être rédigé le compte-rendu ?

Il n'y a pas de longueur standard. Elle doit être adaptée à la pathologie et à la question posée. Attention néanmoins à ne pas faire des comptes-rendus trop longs qui risquent de ne pas être lus (éviter le zapping qui consiste à ne lire que la conclusion).

Eviter les abréviations,

Le nom du radiologue doit être lisible. Si relecture est assurée par un autre radiologue, les identités respectives doivent être mentionnées.

Le compte-rendu doit être signé et la signature doit être lisible.

Si le compte-rendu est fait manuellement (en général en cas d'urgence), il doit être lisible, synthétique et doit faire apparaître le téléphone et le nom de la personne à qui il a été transmis ; il doit également faire mention d'un compte-rendu final qui sera adressé ultérieurement.

Les termes médicaux courants doivent être utilisés.

Quels sont les principes généraux de rédaction d'un compte-rendu ?

Les éléments suivants doivent être renseignés :

- nom, prénom, sexe du patient,
- date de naissance,
- nom de jeune fille,
- date et type d'examen,
- date du compte-rendu,
- nom du radiologue et fonction,
- identité du prescripteur (spécialité et coordonnées),
- indication(s) de l'examen,
- résumé du problème clinique (qui doit être le plus concis possible),
- description concise de la technique (si les paramètres d'acquisition apparaissent sur les images, il n'est pas nécessaire de les réécrire sur le compte-rendu),
- description de l'appareillage : type, marque, date de mise en route, numéro d'agrément,
- éventuellement le protocole standardisé si celui-ci est largement diffusé et facilement accessible,
- le type et la quantité de produit de contraste (le numéro du lot n'est pas obligatoire, sauf en cas d'évènement indésirable ; mais dans ce cas, il figurera sur la fiche de déclaration des évènements indésirables),
- comparaison avec les examens antérieurs ou l'absence d'examens antérieurs,
- résultats = description analytique des images observées, étude systématique et complète des images anormales (en commençant par les données ciblées par l'indication), description précise et exhaustive de la sémiologie et des données topographiques en termes clairs et sans ambiguïté, précision des éléments pouvant influencer sur la qualité du résultat en insistant sur les points ayant trait à la question posée,
- synthèse = discussion du problème posé avec la confrontation aux autres examens cliniques ou radiologiques, éventuelles concordances entre ces examens, cohérence de l'information fournie,
- conclusion = réponse à la question posée en donnant un diagnostic ou une gamme de diagnostic clairement hiérarchisés ou éventuelle conduite à tenir (examens complémentaires, prise en charge thérapeutique...), à adapter au médecin prescripteur et à sa spécialisation,
- la dose reçue (selon l'arrêté du 22 septembre 2006, cf. infra).

Les cas particuliers

En cas de substitution d'un examen par un autre

Si l'examen a été remplacé par un autre moins ou pas irradiant (principe de substitution) ou s'il n'a pas été réalisé selon le protocole demandé (principe de justification), ceci doit apparaître dans le compte-rendu. Le non-respect de la demande d'examen doit s'appuyer sur les recommandations du "Guide de bon usage des examens d'imagerie médicale" et sur l'article R43-52 du décret NY 2003-270.

En cas d'examen complémentaire

Si un autre examen radiologique est souhaitable, il faut l'argumenter.

En cas d'urgence, il peut être organisé par le radiologue.

En cas d'accident au produit de contraste

En cas d'accident dû au produit de contraste, il faut le faire figurer sur le compte-rendu.

Tous les autres incidents survenus au cours de l'examen doivent également être indiqués, en précisant les conséquences pour le patient, pour le déroulement de l'examen et pour la réalisation éventuelle d'examens ultérieurs.

En cas d'archivage des images

Si l'examen est archivé, il faut le mentionner en précisant le support.

Le renseignement de la dose reçue

Selon l'arrêté du 22 septembre 2006, la dose reçue par le patient doit être mentionnée dans les cas suivants :

- Pour les actes de radiologie conventionnelle concernant la tête, le cou, le thorax, le pelvis ou l'abdomen, il existe 2 cas de figure :
 - si l'appareil de radiologie renseigne directement le PDS, celui-ci doit apparaître dans le compte-rendu,
 - si l'information n'est pas donnée, le PDS doit être calculé et renseigné sur le compte-rendu pour les examens du pelvis chez les enfants de moins de 16 ans et chez les femmes en âge de procréer et pour les examens abdomino-pelviens des femmes enceintes.
- Pour les examens scanographiques concernant la tête, le cou, le thorax, l'abdomen ou le pelvis, 2 cas de figure également :
 - le produit dose longueur, PDL, doit apparaître sur le compte-rendu s'il est donné directement par le scanner,
 - à défaut, la longueur examinée, l'indice de dose scanographique et l'indice de dose scanographique volumique doivent être indiqués.
 - Il est obligatoire de noter l'indice de dose scanographique volumique (IDSV ou CTDIvol) pour les examens du pelvis chez les femmes en âge de procréer et pour les examens abdomino-pelviens des femmes enceintes.

A ne pas faire

On ne doit jamais retrouver dans un compte-rendu l'expression "pas de renseignements cliniques". En effet, le Code de la santé publique impose que le demandeur précise par écrit le motif de la demande (articles R-1111-1 à R-1111-16 du 27 mars 1970). Le radiologue peut et doit interroger le patient en cas d'absence de renseignements cliniques.

Pas de description inutile de la normalité supposée.

Pas d'abréviations.

Pas de comparaisons morphologiques avec des objets divers. Les comparaisons doivent être basées sur des éléments objectifs : mensuration de diamètre, de volume, de surface, densité, signal, ...

Dans certains cas, le résultat est court et répond déjà à la question posée. Néanmoins, la synthèse et la conclusion restent obligatoires, mais ne doivent pas être redondantes par rapport au résultat.