

Tout ce qu'il faut savoir sur le compte rendu d'imagerie

Par Hervé LECLLET, Martine MADOUX

Docteur Imago 17/03/2022 : <https://docteurimago.fr/management/qualite/tout-ce-quil-faut-savoir-sur-le-compte-rendu-dimagerie/>

Le compte rendu d'imagerie est indispensable, obligatoire et d'une importance fondamentale. Cet article passe en revue ses aspects pratiques et réglementaires : contenu, structure, communication, destinataire, conservation, etc.

Le médecin qui fait le compte rendu est responsable de son contenu, c'est-à-dire des informations médicales, mais aussi de sa forme : orthographe, syntaxe, mise en page, clarté du texte, images éventuelles (photo d'illustration). Photo © Carla Ferrand

Les imageurs (radiologues et médecins nucléaires) ne se contentent pas de réaliser et interpréter des actes d'imagerie. Ils doivent également rédiger un compte rendu (CR) pour chaque examen. Ce CR est essentiel car il est le principal vecteur de communication des résultats. La forme du CR a donc beaucoup d'importance pour bien faire passer les informations.

Le CR d'imagerie fait intégralement partie de l'acte. Il est indispensable. Il est obligatoire. Il a une importance fondamentale.

Il doit également respecter de nombreuses obligations réglementaires et des règles de bonnes pratiques professionnelles. Autrement dit, l'attention portée aux CR doit être rigoureuse.

Qu'est-ce qu'un CR d'imagerie ?

Selon la Société française de radiologie, le CR est la « *transcription écrite, en termes clairs et sans ambiguïté, et la transmission des différentes étapes de l'examen radiologique : indication, techniques de réalisation, résultats, synthèse et conclusion médicale* ».

Le CR doit répondre à l'objectif de communication des résultats de l'examen demandé. Il fournit une trace écrite de l'acte d'imagerie. Il valorise l'acte d'imagerie en tant qu'acte médical majeur dans la prise en charge d'un patient. Autrement dit, il a une forte valeur ajoutée.

En fournissant une trace écrite de l'examen réalisé, il a aussi une grande valeur médicolégale.

La rédaction d'un CR est indispensable pour tous les examens d'imagerie

Tout examen d'imagerie, quel qu'il soit, doit faire l'objet d'un CR. Cela concerne tous les médecins. L'Assurance maladie nous dit dans l'article I-1 du Code de la classification commune des actes médicaux (CCAM) que : « *Les dispositions du Livre I s'appliquent aux médecins, aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes, libéraux et salariés, pour la prise*

en charge ou le remboursement de leurs actes techniques par l'assurance maladie. » et dans l'article I-5 du même code que « ...chaque acte doit faire l'objet d'un compte rendu écrit et détaillé qui sert de document de liaison afin de faciliter la continuité des soins ».

Le CR est donc obligatoire et en théorie, sans CR, la cotation de l'acte d'imagerie et son remboursement ne sont pas possibles.

Qui est responsable du contenu du CR ?

Le médecin qui fait le CR est responsable de son contenu, c'est-à-dire des informations médicales, mais aussi de sa forme : orthographe, syntaxe, mise en page, clarté du texte, images éventuelles.

Quels sont les principes généraux de rédaction d'un CR ?

Selon la Société française de radiologie [\[1\]](#), le CR doit renseigner de nombreuses informations et comprendre plusieurs parties.

Les informations générales

Ce sont les nom, prénom et sexe du patient, sa date de naissance, le nom de jeune fille / nom de naissance, la date et le type de l'examen réalisé, la date du CR, le nom, prénom et adresse du médecin imageur et sa fonction, l'identité du demandeur (spécialité et coordonnées), l'indication de l'examen, le résumé du problème clinique (qui doit être le plus concis possible), une courte description de la technique (il n'est pas utile de décrire les paramètres d'acquisition ; si nécessaire, ils apparaissent sur les images), la description de l'appareillage (type, marque, date de mise en route, numéro d'agrément), le type et la quantité de produit de contraste (le numéro du lot n'est pas obligatoire), la comparaison avec les examens antérieurs ou l'information de l'absence d'examens antérieurs.

Les résultats

C'est-à-dire la description et l'étude systématique et complète des images anormales (en commençant par les données ciblées par l'indication), la description précise et exhaustive de la sémiologie et des données topographiques en termes clairs et sans ambiguïté. Si des éléments peuvent influencer sur la qualité du résultat, ils doivent être précisés en insistant sur les points ayant trait à la question posée. La comparaison avec d'autres examens antérieurs fait partie des résultats.

La synthèse

La synthèse discute du problème posé, confronte les résultats de l'examen avec les données cliniques et/ou celles d'examens d'imagerie antérieurs et évalue la concordance entre ces examens et la cohérence des informations fournies.

Enfin, une conclusion

Elle apporte une réponse à la question posée en donnant un diagnostic (si les éléments en faveur de celui-ci sont suffisants) ou une gamme de diagnostics clairement hiérarchisés (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). La conclusion doit être adaptée au médecin demandeur et à sa spécialisation.

Le CR doit également comporter l'information dosimétrique, ainsi que le mode et le support d'archivage.

Quelles informations dosimétriques doivent figurer dans le CR d'imagerie ?

[L'article R. 1333-66 du Code de la santé publique \(CSP\)](#) impose que : « *Le réalisateur de l'acte indique dans son compte rendu [...] les informations relatives à l'exposition du patient, notamment les procédures réalisées ainsi que toute information utile à l'estimation de la dose reçue par le patient.* »

Selon [l'arrêté du 22 septembre 2006 \[2\]](#), tout acte médical irradiant doit faire l'objet d'un CR qui comporte au moins :

- [...]
- les informations utiles à l'estimation de la dose reçue par le patient.

Informations dosimétriques à renseigner pour les actes de radiologie diagnostique et interventionnelle

Si l'acte de radiologie diagnostique ou interventionnelle concerne les membres, il n'y a pas d'obligation d'information dosimétrique.

Si l'acte de radiologie diagnostique ou interventionnelle concerne la tête, le cou, le thorax, l'abdomen ou le pelvis, il faut distinguer deux cas de figure :

1. L'appareil de radiodiagnostic ou de radiologie interventionnelle renseigne directement le produit dose.surface (PDS en mGy.cm^2) : il faut le faire apparaître dans le CR.
2. L'appareil de radiodiagnostic ou de radiologie interventionnelle ne fournit pas directement d'information dosimétrique. Dans ce cas, l'obligation d'information dosimétrique est limitée aux examens itératifs concernant le pelvis des enfants de moins de 16 ans et des femmes en âge de procréer et les examens abdominopelviens des femmes enceintes. Le compte rendu doit indiquer la tension électrique (c'est-à-dire le kilovoltage) et les éléments disponibles parmi les suivants : la charge électrique (c'est-à-dire les mAs), la distance foyer-peau, la durée de scopie et le courant associé, le nombre de clichés réalisés.

Informations dosimétriques à renseigner pour les actes de mammographie

Le compte rendu doit indiquer la dose glandulaire moyenne mesurée pour toutes les épaisseurs testées lors du contrôle de qualité externe, en mGy.

Informations dosimétriques à renseigner pour les actes d'orthopantomographie

Le compte rendu doit indiquer le PDS.

Informations dosimétriques à renseigner pour les actes de scanographie

Si l'acte de scanographie concerne les membres : il n'y a pas d'obligation d'information dosimétrique.

Si l'acte de scanographie concerne la tête, le cou, le thorax, l'abdomen ou le pelvis, le compte rendu doit alors indiquer le produit dose.longueur (PDL en mGy.cm) en distinguant le PDL obtenu pour l'exploration de la tête et du cou de celui obtenu pour l'exploration de tout ou partie du tronc (thorax, abdomen et pelvis). En cas d'acquisitions multiples sur la même région, le PDL reporté sera la somme des PDL. À défaut du PDL, il faut indiquer les éléments disponibles parmi les suivants : la longueur examinée, l'indice de dose scanographique (IDS), l'indice de dose scanographique volumique (IDSV en mGy) encore appelé *Volume Computed Tomography Dose Index* (CTDIvol).

Il est obligatoire de renseigner l'IDSV pour les expositions du pelvis chez les femmes en âge de procréer et pour les expositions abdominopelviennes chez les femmes enceintes.

Informations dosimétriques à renseigner pour les actes de radiologie interventionnelle

Le compte rendu doit indiquer le PDS et le temps de scopie (en minutes).

Informations dosimétriques à renseigner pour les actes de médecine nucléaire

Le compte rendu doit indiquer le nom du ou des radiopharmaceutiques administrés, en précisant le ou les radionucléides utilisés, l'activité administrée (en MBq) et le mode d'administration. Si l'acte de médecine nucléaire est associé à une procédure utilisant les rayons X (TEP-TDM, caméra hybride), les informations dosimétriques du scanner doivent également être renseignées.

Les cas particuliers à signaler dans le CR

En cas de substitution de l'examen demandé par un autre ou si l'examen n'a pas été réalisé selon le protocole demandé, ceci doit apparaître dans le CR.

Si un autre examen d'imagerie complémentaire est souhaitable, il faut l'argumenter.

En cas de refus partiel d'examen par le patient, par exemple refus d'une injection, d'une échographie endocavitaire, d'un geste complémentaire (échographie, ponction, etc.), il faut le préciser.

Tous les incidents ou accidents dus au produit de contraste doivent également figurer dans le CR.

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

Quelles sont les bonnes règles de rédaction d'un CR ?

Il n'y a pas de règle imposée. Il n'y a pas de longueur standard. Le CR doit être adapté à la pathologie et à la question posée. Attention néanmoins à ne pas faire des CR trop longs qui risquent de ne pas être lus. Le temps des médecins demandeurs est aussi précieux que celui des médecins imageurs. Le nom du médecin imageur doit être lisible. Si une relecture est assurée par un autre imageur, les identités respectives des deux médecins doivent être

mentionnées. Si le CR est fait manuellement (en général en situation 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 préciser qu'un CR final sera adressé ultérieurement.

Les termes médicaux courants doivent être utilisés et il convient d'éviter les abréviations.

Les erreurs de rédaction à éviter

À la rubrique « Indication », il faut bannir l'expression « pas de renseignements cliniques ». Ne pas préciser le motif de l'examen revient à reconnaître de façon implicite que le principe de justification n'a pas été respecté puisque le médecin imageur doit valider la pertinence et la justification d'un acte avant de le réaliser. En effet, [l'article R. 1333-66 du Code de la santé publique](#) impose que « *le réalisateur de l'acte indique dans son compte rendu les informations au vu desquelles il a estimé l'acte justifié [...]* ». Si les renseignements cliniques pertinents et suffisants ne sont pas disponibles, le médecin imageur peut et doit interroger le patient.

Les comparaisons morphologiques avec des objets divers (image en pince de crabe, en tampon de wagon, etc.) doivent être proscrites car peu scientifiques et trop subjectives. Seules les comparaisons de mesure (de diamètre, de volume, de surface, de densité, etc.) ont du sens. Il est inutile de décrire les images normales.

Utiliser des CR structurés pour optimiser la communication avec les médecins demandeurs d'examens d'imagerie

La communication entre les demandeurs d'examens d'imagerie et les médecins réalisateurs ne repose souvent que sur les CR. Leur forme compte donc beaucoup. Les CR doivent être ergonomiques. Leur mise en page doit être soignée et parlante. Il faut éviter les CR libres en prose et préférer les CR structurés qui offrent l'avantage d'être complets, avec un contenu clair, concis et facilement lisible. Ils font gagner du temps au médecin imageur qui les rédige, parce qu'il est guidé et qu'il est sûr de ne rien oublier. Ils font également gagner du temps au clinicien demandeur qui y trouvera rapidement toutes les informations dont il a besoin.

Les CR structurés sont des modèles prémaquettés disponibles dans le RIS. Ce sont des CR « à trous » qui peuvent même être complétés directement par le médecin qui interprète sans intervention de la secrétaire.

Ils présentent un ensemble d'informations dans un ordre logique et standardisé, souvent avec des listes déroulantes d'items à cocher.

Les avantages des CR structurés

Les CR structurés présentent de nombreux avantages. Ils sont plus courts et plus lisibles. Seules les images anormales sont décrites. La lecture est facilitée, les anomalies sont soulignées, en couleur ou en gras. Une conclusion claire saute aux yeux. C'est un gain de temps pour les secrétaires et pour les cliniciens. Il y a moins de fautes de frappe et d'orthographe. La mise en page est claire. Des images clés peuvent être associées.

Les CR structurés peuvent intégrer les résultats des logiciels annexes (CAD, logiciels de traitements avancés des images, etc.), les classifications (TNM, BI-RADS, LI-RADS, TI-RADS, O-RADS, etc.) et les informations dosimétriques.

La difficulté d'évoluer vers les CR structurés

Nombre de médecins imageurs résistent encore au changement et regrettent le caractère littéraire et la liberté des CR en prose. Il est vrai que l'introduction des CR structurés bouscule les habitudes, prend du temps et demande une période d'adaptation, tant pour les imageurs que pour les secrétaires.

Tableau 1. Les erreurs les plus fréquentes des comptes rendus

Adressage	Adresse erronée.
	Adresse incomplète.
Oublis	Erreur de nom de médecin demandeur.
	Quand deux examens sont faits le même jour, un seul est interprété.
Indications	Non renseignées ou incomplètes.
Référence aux examens antérieurs	Pas de référence.
	Pas de comparaison pour les examens de surveillance. Pas de référence du produit de contraste ni du volume injecté.
Technique	Ne pas signaler les artefacts si l'examen n'est pas optimal (par exemple, artefacts de mouvement en IRM).
	Succession de « Pas de... » : il suffit de dire que l'examen est normal.
Description	Décrire dans un paragraphe ce qui devrait l'être dans un autre (par exemple décrire les ménisques en même temps que le cartilage dans une IRM du genou).
	Reprendre la description.
	Ne pas être synthétique.
Conclusion	Ne pas répondre à la question posée.
	Ne pas conclure = rester descriptif.
	Ne pas orienter la suite du bilan.
	Aller trop loin et proposer seul une conduite thérapeutique sans en avoir discuté avec le clinicien. Erreurs de côté.
Autres erreurs	Erreurs d'étage (rachis).
	Rester évasif et subjectif : « discret », « petit », « modéré », « important », « subnormal », etc.

Erreurs et coquilles liées à l'usage de la reconnaissance vocale.

Trucs et astuces pour un CR lisible et contributif

Mettre en italique et/ou surligner tout ce qui est anormal.

Faire un paragraphe « Constatations supplémentaires » pour décrire des anomalies qui ne concernent pas les paragraphes précédents.

Pour les anomalies à surveiller, préciser dans quel délai.

Si un nouveau rendez-vous est pris pour un acte complémentaire, préciser la date de ce rendez-vous.

Jamais de rature, jamais de correction manuscrite sur le CR définitif.

Prêter attention à la ponctuation.

Pas de fautes d'orthographe.

Pas de longues phrases.

Pas de mots inutiles.

Insérer une ou deux images clés significatives, avec des flèches.

Insérer un schéma complémentaire (les 4 quadrants du sein et le siège de l'anomalie, les 8 segments du foie, etc.).

Qualifier les anomalies : spiculaire, arrondi, à bords nets, etc.

Quantifier les anomalies : taille (par rapport à la norme), localisation, densité, signal, etc.

Supprimer les formules inacceptables : « Pas de renseignement clinique », « À comparer aux examens antérieurs », etc.

Éviter les mots de trop : « On observe que... », « Au niveau de... », « Pas de [...] visible ce jour », etc.

Les règles de validation et de signature des CR

Pas de communication d'un CR non signé

La signature atteste de la validation du contenu du CR. Les CR non signés ne doivent pas être diffusés. Chaque médecin imageur est responsable de la validation et de la signature des CR qu'il a rédigés. En effet, selon [l'article R. 4127-76 du CSP](#) : « *Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui [...]* » Le médecin engage sa responsabilité en signant un CR. Il ne peut l'antidater, ni le postdater.

Une possibilité de délégation de signature entre médecins

Pour fluidifier le fonctionnement, les médecins d'un même site d'imagerie peuvent définir formellement entre eux des règles de validation des CR et de délégation de signature.

Pas de délégation de signature au personnel non médical

Les CR doivent être impérativement signés par un médecin. En aucun cas, une secrétaire ou un manipulateur, même à la demande et avec l'accord du médecin imageur, ne peuvent signer des CR. Un médecin n'a pas le droit de déléguer sa signature à une secrétaire ou un personnel paramédical.

Que faire si un CR doit être communiqué avant d'avoir été validé et signé ?

Il est fréquent qu'un médecin clinicien demande les résultats d'un examen au secrétariat d'imagerie parce qu'il voit le patient en consultation. Dans ce cas, la secrétaire doit pouvoir lui envoyer le CR en précisant sous le nom du médecin imageur : « D^r XX absent. Compte rendu non relu et diffusé avant validation et signature. » Le CR validé et signé sera envoyé dans un second temps.

L'usage de la signature électronique

La [loi du 13 mars 2000 \[3\]](#) et le [décret n° 2001-272 du 30 mars 2001 \[4\]](#) ont validé la signature électronique comme preuve écrite sous réserve qu'elle soit sécurisée et respecte certaines obligations de sécurité. Chaque médecin doit avoir la sienne et en avoir le contrôle exclusif. Il ne peut pas déléguer sa signature à quiconque (par exemple à sa secrétaire pour gagner du temps). Les CR signés électroniquement ne doivent plus pouvoir être modifiés. Les modifications que le médecin pourra y apporter ultérieurement devront être tracées et horodatées.

Ainsi la signature électronique est officiellement reconnue. Elle a une valeur juridique équivalente à la signature manuscrite. Le CR doit préciser « CR validé électroniquement ». Le radiologue qui signe électroniquement ses CR doit être identifié avec certitude dans le RIS. La signature électronique est une fonction supplémentaire du RIS qui doit être mise en place avec le prestataire de RIS. Elle doit être fiable et sécurisée. Cela sous-entend que les droits de chaque utilisateur du RIS et que les règles de gestion des identifiants ont été préalablement définis par écrit et gérés.

Ne pas confondre signature électronique et signature scannée

Il ne faut pas confondre véritable signature électronique et signature scannée. Un CR d'examen d'imagerie où serait apposée une signature scannée n'assure en aucun cas l'identification du médecin ni la validation du CR par celui-ci. N'importe qui peut apposer une signature scannée. La sécurité et l'authentification ne sont pas assurées. Enfin, des systèmes d'aide à la validation sont commercialisés. Ils ne déchargent pas le radiologue de sa responsabilité en matière de validation des CR. Autrement dit, un logiciel ne peut pas remplacer un radiologue.

À qui doit être communiqué le CR d'imagerie ?

Communication du CR au patient

Puisque l'information médicale et le secret médical ne sont pas opposables au patient lui-même, il est logique que le CR d'imagerie lui soit communiqué, sauf demande expresse contraire de sa part. Rappelons que tout médecin a une obligation d'information (« *claire, loyale et appropriée* », comme dit la [loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades \[5\]](#)) et que la remise du CR ne dispense pas le médecin imageur d'informer oralement le patient. Pour mémoire, le refus d'information de la part du patient doit être respecté. Un seul cas particulier échappe à cette règle : celui de l'exposition de tiers à un risque de transmission de la maladie, par exemple des maladies infectieuses contagieuses (patients VIH +, tuberculose, etc.).

Communication du CR au médecin demandeur de l'examen

Le CR doit également être transmis au médecin clinicien demandeur de l'examen d'imagerie afin d'assurer la continuité des soins et de déterminer la meilleure prise en charge possible, conformément à [l'article R. 4127-60 du CSP](#) qui impose que le médecin ayant réalisé un acte médical à la demande d'un confrère est tenu de « *l'informer par écrit de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions en en avisant le patient* ».

Tous les CR doivent être communiqués

Un examen normal n'est pas un examen négatif. Certains pensent que seul un résultat positif doit donner lieu à information directe du médecin demandeur, par envoi du CR. C'est faux. Par exemple, un cliché thoracique normal en cas de fièvre élimine virtuellement une pneumopathie et doit orienter vers d'autres étiologies.

Ainsi, en pratique libérale, tous les CR doivent systématiquement être communiqués au patient et au médecin demandeur de l'examen.

À qui ne pas communiquer un CR ?

Les CR ne doivent être communiqués à aucune autre personne, structure ou organisme. Par exemple, un médecin d'une compagnie d'assurances ou l'employeur ne peuvent pas obtenir le CR d'un patient. Les CR d'imagerie ne peuvent évidemment pas faire l'objet d'une cession ou d'une exploitation commerciale.

Les exceptions

Il y a pourtant quelques exceptions et cas particuliers. En effet, certaines autorités publiques appelées les « tiers autorisés » disposent, dans le cadre de l'exercice de leur mission, de prérogatives particulières pour se voir communiquer des informations médicales nominatives confidentielles.

Les tiers autorisés sont les autorités judiciaires : procureurs de la République, juges d'instruction, officiers de la police nationale et de la gendarmerie. Sur commission rogatoire, et uniquement dans ce cas, elles peuvent obtenir la communication d'informations médicales personnelles nominatives sans que les professionnels de santé soumis au respect du secret médical puissent s'y opposer. La communication ne doit porter que sur les documents strictement indispensables à l'enquête.

Les experts désignés par une juridiction administrative ou civile peuvent également obtenir communication d'informations, mais uniquement sous réserve du consentement du patient.

Les radiologues et médecins nucléaires doivent savoir que dans tous les cas de demande d'un CR, le recueil du consentement du patient ne suffit pas à les exonérer de leur obligation de secret professionnel telle que définie par le Code pénal et que leur responsabilité est engagée.

Comment doivent être communiqués les CR d'imagerie au médecin demandeur ?

Le mode de communication est libre et dépend des situations. Aucune règle n'est imposée. En milieu hospitalier, le CR est intégré dans le dossier médical du patient. En pratique libérale, le CR est en général envoyé au médecin demandeur par courrier postal ou par courrier électronique.

L'argument des frais postaux induits par l'envoi des résultats n'a aucune valeur et ne dispense

pas les sites d'imagerie de communiquer les CR.

Des règles de sécurité doivent être respectées pour éviter les ruptures de confidentialité.

Les règles à respecter pour envoyer des CR au médecin demandeur par mail et fax

Les messageries électroniques ordinaires ne sont pas un moyen de communication sûr pour transmettre des données médicales personnelles, nominatives et confidentielles. Elles ne sont pas sécurisées. Les pièces jointes peuvent être piratées. Une simple erreur de manipulation ou d'adresse peut conduire à divulguer des informations couvertes par le secret médical à des destinataires non habilités avec le risque de porter atteinte à l'intimité de la vie privée des personnes.

Des précautions particulières s'imposent donc. Il est impératif d'utiliser une messagerie sécurisée intégrant un module de chiffrement (cryptage) des données, comme la MMS ou Apicrypt.

Pour ceux qui utilisent encore le fax, celui-ci doit être situé dans un local médical, physiquement contrôlé et accessible uniquement au personnel médical et paramédical. Le fax émetteur doit afficher l'identité du fax récepteur pour s'assurer de la bonne identité du destinataire. Les numéros de fax des destinataires habituels doivent être préenregistrés dans la mémoire de l'appareil. Enfin, l'envoi d'un CR par fax doit être doublé de l'envoi de l'original par mail ou courrier à l'adresse du médecin demandeur.

Comment doivent être communiqués les CR d'imagerie au patient ?

Il existe plusieurs possibilités de communiquer le CR au patient : par remise en main propre, par courrier adressé au domicile du patient ou directement sur le serveur de résultats du site internet du centre d'imagerie, via un *login* et un mot de passe.

Est-il possible d'envoyer un CR au patient par mail ?

Comme pour les médecins demandeurs, un CR ne peut pas être envoyé sur une adresse électronique ordinaire, non sécurisée, d'un patient. En revanche, il est possible d'informer le patient par mail que son CR est prêt et qu'il peut le récupérer sur le serveur de diffusion du centre d'imagerie via le *login* et le mot de passe qui lui ont été donnés le jour de la réalisation de l'examen.

Est-il possible d'envoyer un CR au patient par fax ?

La transmission des résultats par fax doit rester exceptionnelle, et uniquement sur demande expresse et justifiée du patient. Dans ce cas, le patient doit en faire la demande également par fax. Le CR sera envoyé au numéro de fax émetteur et sera doublé de l'envoi du CR original par courrier à l'adresse du patient.

Comment faire quand les résultats sont rendus dans le centre en différé

Pour tous les résultats rendus en différé dans le centre d'imagerie, il faut s'assurer qu'il n'y aura pas de rupture de confidentialité. Pour cela, le patient devra justifier de son identité pour

recupérer son CR en présentant le bon de retrait du CR qui lui aura été remis lors de la réalisation de l'examen. En cas de perte ou d'oubli, sa carte Vitale ou une pièce d'identité lui sera demandée.

Si une tierce personne est mandatée par le patient pour récupérer le CR, elle ne pourra le faire que sur présentation du bon de retrait qui a été donné au patient. Le CR sera alors remis sous enveloppe cachetée sans aucun commentaire.

Les évolutions : Ségur du numérique en santé et amélioration de la diffusion des CR

Le programme Ségur en radiologie du Ségur du numérique en santé, actuellement déployé par l'État, prévoit d'améliorer l'échange et le partage de documents médicaux entre les professionnels de santé et avec les patients. La diffusion des CR d'imagerie en fait partie. L'objectif est de fluidifier et de sécuriser les parcours de soins qui reposent encore beaucoup sur l'échange de documents papier. Le projet prévoit qu'à terme, les CR soient envoyés systématiquement aux médecins demandeurs *via* la messagerie sécurisée de santé (MSSanté) et aux patients par l'outil MSSanté Patients. Les CR seront également intégrés automatiquement aux dossiers médicaux partagés des patients qui seront hébergés dans l'entrepôt de données « Mon espace santé ».

Les radiologues pourront avoir accès aux dossiers médicaux partagés des patients, et donc aux CR antérieurs, depuis leurs RIS.

Les règles de conservation et d'élimination des CR

Un double du CR doit systématiquement être conservé dans le dossier patient. Les règles de conservation du CR sont donc logiquement les mêmes que celles du dossier patient.

La durée de conservation des CR

Quelle que soit la pathologie observée, le délai de conservation des dossiers médicaux et des CR est de 20 ans pour les adultes, à compter de la date du dernier séjour hospitalier ou de la dernière consultation externe. C'est-à-dire à compter du dernier contact du patient avec le site d'imagerie. Le compteur est donc remis à zéro à chaque fois que le patient revient pour faire un nouvel examen.

Ce délai est une durée minimale. Chaque structure d'imagerie peut décider d'une politique de conservation plus contraignante en fonction des pathologies concernées.

Le dossier doit être conservé 10 ans après le décès du patient.

Pour les mineurs, le délai de conservation est au minimum de 10 ans au-delà de la majorité, c'est-à-dire jusqu'à 28 ans (18 + 10 ans).

En cas de contentieux mettant en cause la responsabilité médicale de l'établissement de santé ou du médecin, les délais de conservation sont suspendus. Ainsi, en cas de procédure judiciaire, le dossier médical doit être conservé, même si le délai légal des 20 années est atteint ou dépassé.

Le lieu de conservation

Selon [l'article R. 1112-7 du CSP](#), « les informations concernant la santé des patients sont soit conservées au sein des établissements de santé qui les ont constituées, soit déposées par

ces établissements auprès d'un hébergeur [...] ». En pratique hospitalière, c'est l'établissement qui organise l'archivage des dossiers. En pratique libérale, la responsabilité incombe directement aux médecins propriétaires de leur outil de travail : conservation sur site, à condition de respecter toutes les règles de sécurité informatique, ou chez un hébergeur de données de santé certifié.

S'assurer de la pérennité des CR conservés

Aujourd'hui, tous les CR sont numériques. Il convient d'être attentif au choix d'un mode de conservation qui permettra de récupérer facilement les données utiles, même des années après leur production. En effet, les systèmes informatiques évoluent très rapidement. Comment s'assurer que le support technique d'aujourd'hui sera encore utilisable dans 10, 15 ou 20 ans ? Ce n'est pas évident ! Attention aux évolutions technologiques irréversibles.

Que faire des CR en cas de cessation d'activité du médecin imageur ?

Un radiologue qui envisage de cesser son activité sans successeur doit en informer ses patients et transmettre le dossier au médecin que le patient lui désignera. Les dossiers non réclamés par les patients pourront être remis à un confrère ou le cas échéant à l'établissement de santé dans lequel le radiologue exerçait. Il est impératif d'informer le Conseil de l'Ordre, en particulier s'il reste des dossiers non réclamés.

Les conditions d'élimination des CR

Dans les établissements de santé (privés et publics), la décision d'élimination des dossiers médicaux revient au directeur de l'établissement, après avis du médecin responsable de l'information médicale.

Cette règle s'applique au service d'imagerie s'il est intégré à l'établissement. Elle ne s'applique pas si le service d'imagerie est indépendant, simplement adossé à un établissement de santé privé.

En pratique libérale, l'élimination des dossiers et des CR est sous la responsabilité directe des médecins imageurs.

En cas de découverte d'une pathologie grave et/ou imprévue, un simple CR ne suffit pas

En cas de découverte, fortuite ou non, d'une pathologie grave, le médecin imageur ne peut pas se contenter de remettre son CR au patient, même s'il lui conseille de consulter rapidement son médecin. Il doit prendre contact avec le clinicien demandeur pour l'informer dans les plus brefs délais, et si nécessaire, organiser avec ce dernier la prise en charge du patient. Ce contact doit être tracé dans le CR en précisant la date et l'heure de l'appel téléphonique, le nom et la qualité de la personne contactée (par exemple, en indiquant sur le CR écrit : « CR communiqué au D^r ZZZZ par téléphone, le jj/mm/aaaa à 00 h 00 »).

Dans un second temps, le CR écrit est transmis rapidement au médecin demandeur, ou au moins, dans un délai compatible avec la bonne prise en charge du patient.

Il faudra également s'assurer de la transmission du CR en gardant les traces des échanges de fax, e-mails, courriers (lettres recommandées si nécessaire) et en vérifiant les données d'identification du patient et du médecin correspondant.

La traçabilité des communications écrites et orales est indispensable pour éviter d'éventuelles poursuites médico-légales.

Il est également conseillé d'envoyer le double du CR au médecin traitant si celui-ci n'est pas le médecin demandeur de l'examen.

Quels sont les délais de transmission des CR en cas d'urgence ?

En cas d'examen demandé en urgence ou de découverte fortuite d'une pathologie devant être prise en charge sans délai, [l'article D. 6124-24 du CSP](#) impose de transmettre les résultats « *dans les meilleurs délais, et en tout état de cause, dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient* ». Les textes n'imposent donc aucun délai précis. Celui-ci dépend de l'état du patient et des circonstances. Il doit permettre la meilleure prise en charge possible du patient.

Que faire si le patient refuse son examen ?

Le refus de soin est le corollaire du consentement aux soins. Il est reconnu dans la loi du 4 mars 2002 [\[5\]](#). Si un patient décide de refuser l'examen d'imagerie proposé, le médecin imageur doit accepter ce refus après lui avoir expliqué les risques liés aux conséquences de son choix lors d'un entretien et après avoir tenté de le convaincre en l'informant.

Dans ce cas, il n'y aura évidemment pas de CR d'examen. Mais un courrier devra être envoyé au médecin demandeur. Selon l'examen et le degré d'urgence, le médecin demandeur devra également être informé immédiatement par le radiologue qui tracera cet appel téléphonique dans son courrier. Dans l'idéal, ce courrier sera signé par le patient et le médecin imageur, mais au moins par l'imageur.

Le double de ce courrier sera conservé dans le dossier patient. Il est capital de toujours garder une trace écrite.

Hervé LECLET

Médecin radiologue

Consultant en organisation en imagerie médicale

Société Santopta

www.santopta.fr

Martine MADOUX

Consultante et formatrice

Société Santopta

Bibliographie

1. Groupe de travail SFR – CRR, « Recommandations générales pour l'élaboration d'un compte rendu radiologique (CRR) », *Journal de Radiologie*, février 2007, vol. 88, n° 2, p. 304-306. DOI : [10.1016/S0221-0363\(07\)89822-2](https://doi.org/10.1016/S0221-0363(07)89822-2).

2. Arrêté du 22 septembre 2006 relatif aux informations dosimétriques devant figurer dans un compte rendu d'acte utilisant les rayonnements ionisants, Journal officiel de la République française, 29 septembre 2006,
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000608231/>.
3. Loi n° 2000-230 du 13 mars 2000 portant adaptation du droit de la preuve aux technologies de l'information et relative à la signature électronique, Journal officiel de la République française, 14 mars 2000,
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000399095/>.
4. Décret n° 2001-272 du 30 mars 2001 pris pour l'application de l'article 1316-4 du Code civil et relatif à la signature électronique, Journal officiel de la République française, 31 mars 2001,
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000404810/>.
5. Loi no 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal officiel de la République française, 5 mars 2002,
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>.