



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Le compte rendu de bronchoscopie souple : éléments de réflexion médicojuridique

The flexible fiberoptic bronchoscopy report: Medico-legal issues

V. Trosini-Désert^{a,*}, J.-M. Morin^b, C. Fournier^c,
T. Similowski^a, J.-M. Vergnon^d, Le Groupe
d'endoscopie bronchique de langue française (GELF)

^a Service de pneumologie et réanimation médicale, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13, France

^b Direction des affaires juridiques et des droits du patient, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, 75000 Paris, France

^c Service d'endoscopie respiratoire, pôle des maladies respiratoires, hôpital Calmette, CHRU de Lille, 59000 Lille, France

^d Service de pneumologie, centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne, 42100 Saint-Étienne, France

Reçu le 23 décembre 2009 ; accepté le 2 février 2010

Disponible sur Internet le 4 août 2010

MOTS CLÉS

Bronchoscopie
souple ;
Compte rendu ;
Législation

Résumé

Introduction. – Le compte rendu d'endoscopie bronchique souple est un des outils pneumologiques permettant l'échange d'informations médicales et fait partie intégrante du dossier médical. Il n'existe pas actuellement de données consensuelles sur ce que doit être son contenu et donc, pas de recommandations.

Méthodes et résultats. – Une enquête a été menée auprès des experts du Groupe d'endoscopie de langue française (GELF) et d'un juriste de la direction des affaires juridiques et des droits du patient de l'Assistance publique–Hôpitaux de Paris. Trente quatre questions réparties en huit chapitres ont été posées dans un questionnaire en huit parties : 1) partie administrative générale, 2) partie « sécurité environnement », 3) partie description « médicale et anatomique » de l'examen, 4) partie tolérance/complications de l'examen, 5) conclusion, 6) capture d'images et séquences vidéo, 7) données administratives concernant l'archivage, 8) partie concernant les consommables utilisés pendant l'examen. Les résultats montrent autant de points de convergence que de divergence entre praticiens, et entre praticiens et juriste.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : valery.trosini-desert@psl.aphp.fr (V. Trosini-Désert).

KEYWORDS

Flexible
bronchoscopy;
Report;
Legislation

Conclusion. – Une réflexion collective est nécessaire pour harmoniser la rédaction du compte rendu d'endoscopie bronchique, pour en faire un outil non seulement consensuel et complet, mais aussi valide et sur du point de vue médico-légal.

© 2010 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Introduction. – The flexible bronchoscopy report is one of the tools permitting exchange of medical information in respiratory medicine and is an integral part of the medical record. Currently, there is no consensus on its content, and consequently, there are no recommendations. *Methods and results.* – A survey was carried out involving experts from the Groupe d'Endoscopie de Langue Française (GELF – Endoscopy Research Group of the French Language Society of Pneumology) and a lawyer from the legal affairs and patient's rights department of the Paris public hospital system. Thirty-four questions distributed in eight chapters were asked in an eight-part questionnaire covering: 1) general administration, 2) environmental safety, 3) medical and anatomical description of the examination, 4) tolerance/complications of the examination, 5) conclusion, 6) image and video sequence capture, 7) administrative data for archiving, 8) disposable elements used during the examination. The results showed as many areas of convergence as they did divergence, between physicians, and between physicians and lawyer.

Conclusion. – Collective consideration is required to harmonize the writing of bronchoscopy reports, to provide a tool that is not only consensual and complete, but also valid and sound from the medicolegal viewpoint.

© 2010 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La communication en matière médicale est un élément essentiel. Elle garantit une bonne compréhension entre les praticiens et contribue à la confiance dans la relation médecin-patient.

Le compte rendu (CR) d'endoscopie bronchique est un des outils pneumologiques permettant l'échange d'informations médicales et fait partie intégrante du dossier médical.

En l'absence de recommandations consensuelles sur ce sujet, ce travail s'est donné pour objectif de colliger les données juridiques et de la littérature scientifique disponibles et de recueillir l'opinion des 202 endoscopistes membres du Groupe d'endoscopie de langue française (GELF), groupe de travail officiel de la Société de pneumologie de langue française (SPLF). En complément, l'opinion d'un juriste spécialisé dans le domaine médico-légal a été sollicitée.

Il importe de noter que ce document n'a en aucune façon valeur de recommandation et n'a de toute façon pas cette ambition. Son seul objectif est de constituer une base de réflexion pour les pneumologues dans leur pratique. Ces éléments de réflexion pourront éventuellement alimenter une réflexion institutionnelle sur la forme et le contenu du CR d'endoscopie bronchique.

Analyse documentaire légale et scientifique**Bilan de la législation en vigueur concernant le compte rendu d'endoscopie bronchique**

Le CR d'endoscopie bronchique est obligatoire, même si le fond et la forme n'en sont pas définis.

L'article 9 du décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 [1] définit les divers éléments que doit contenir le dossier médical. Il est ainsi obligatoire d'établir un CR opératoire, catégorie à laquelle appartient à l'évidence le CR d'endoscopie bronchique. Par ailleurs, les recommandations de l'ex-ANAES, désormais HAS [2], précisent que le dossier médical doit comporter les informations médicales produites au cours du séjour en établissement de santé, comme les CR d'examen.

Le CR d'endoscopie bronchique est donc un élément essentiel du dossier médical. En revanche, aucune recommandation n'existe à ce jour sur la rédaction d'un CR d'endoscopie bronchique. Le décret de 2002 [1] se contente de préciser, à propos du CR opératoire, que ce document doit être daté et comporter la date de l'intervention, l'identité du malade, ainsi que celle du médecin ayant réalisé l'intervention.

Le patient doit être informé de l'examen qu'il va subir.

Avec la loi du 4 mars 2002 [3], dénommée « droits des patients et qualité du soin », le législateur a souhaité instaurer une démocratie sanitaire dans laquelle le patient, après avoir été informé des examens complémentaires, thérapeutiques, leurs utilités, l'urgence éventuelle, les risques et conséquences possibles, prend avec le médecin la décision concernant sa santé. (Art. L. 1111-2 et Art. L. 1111-4):

- le CR d'endoscopie doit être accessible au patient :
La loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner » [2] souligne aussi que le malade dispose de son dossier médical et qu'il peut le consulter à tout moment (Art. L. 1111-7) :
- le fond et la forme du CR d'endoscopie ne sont pas définis par la loi.

Analyse de la littérature médicocientifique

La littérature médicale est tout aussi économe sur la façon de rédiger un CR d'endoscopie bronchique. Très peu

d'articles publiés ont été retrouvés dans la littérature. Nous avons interrogé la littérature médicale scientifique indexée par une analyse Pubmed (mots clés : *bronchoscopy, operative report, surgical report, writing*), ainsi que les sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié (site de la SPLF, site de la SFED : Société française d'endoscopie digestive), ainsi que les sites internet publiant des recommandations (site de l'HAS : Haute Autorité de santé). Ainsi, nous avons mis en évidence peu d'articles sur le sujet : un sur le CR d'endoscopie digestive [4], un sur la rédaction du CR opératoire [5], un sur le CR opératoire en otorhinolaryngologie et en chirurgie cervicofaciale [6] et un sur le CR opératoire en chirurgie orthopédique avec arthroplastie [7].

Matériel et méthodes

En l'absence de données claires dans la littérature et dans le domaine juridique quant à la façon de rédiger un CR de bronchoscopie, le GELF a réalisé une enquête par courrier électronique auprès des experts francophones, réalisant des endoscopies bronchiques afin de connaître leur sentiment sur les différents items devant figurer sur un CR d'endoscopie bronchique. Un questionnaire sous forme de tableau a été envoyé (Annexes 1 et 2), avec 34 items répartis en huit chapitres concernant le CR d'endoscopie bronchique (éléments administratifs généraux, « sécurité environnement », description « médicale et anatomique » de l'examen, tolérance/complications de l'examen, conclusion, capture d'images et séquences vidéo, données administratives concernant l'archivage, consommables utilisés pendant l'examen). On demandait aux participants de répondre à partir de leur expérience personnelle et leur vécu pratique. Pour chaque item, l'expert avait le choix entre plusieurs propositions : obligatoire/non obligatoire/fortement conseillé/pas d'avis.

De façon parallèle, le même questionnaire a été adressé à un spécialiste de la responsabilité médicale (M. Jean-Marc Morin, magistrat, directeur des affaires juridiques et des droits du patient de l'AP-HP, co-auteur du présent article) afin de solliciter son avis. Plusieurs entretiens ont eu lieu avec lui afin d'étayer certains aspects juridiques.

Les réponses des experts du GELF et du juriste ont été comparées dans un premier temps. Dans un second temps, lorsque les réponses étaient mitigées parmi les experts, ou non concordantes entre experts et juriste, des commentaires ont été établis par le juriste afin d'éclaircir certains points. Ces éléments sont présentés dans la section « résultats » en suivant la trame d'un CR d'endoscopie bronchique.

À l'issue de cette discussion, nous avons tenté d'établir un CR standard d'endoscopie bronchique en y faisant figurer les avis des experts du GELF, ainsi que celui du juriste (Annexe 5).

Résultats

Trente huit questionnaires remplis ont été récupérés auprès des membres du GELF, au terme d'un envoi initial suivi de deux relances. Les répondants sont répartis comme suit :

80 % d'hospitaliers et 20 % de libéraux. Bien qu'une quantification de leur activité endoscopique n'ait pas été demandée aux personnes à qui le questionnaire a été soumis, il est intéressant de souligner que la quasi-totalité des « répondants » étaient des endoscopistes connus comme très expérimentés.

Les réponses des experts du GELF et de l'expert juridique, colligées de façon comparative, figurent dans les Annexes 3 et 4.

Partie « administrative générale » du questionnaire

Les items considérés comme devant figurer de manière obligatoire sur un CR d'endoscopie bronchique selon les experts du GELF (avec une forte majorité [plus de 80 %]) et le juriste sont :

- la référence de la structure où se déroule l'endoscopie (intitulé du service, nom du chef de service ou nom du médecin libéral, adresse postale complète, téléphone, télécopie) ;
- identité du patient : nom, prénom, date de naissance, sexe ;
- type d'examen (bronchoscopie, bronchoscopie avec auto-fluorescence, etc.) ;
- date de la bronchoscopie ;
- nom du médecin opérateur et qualification.

Les experts du GELF (avec une faible majorité de 53 %) et le juriste considèrent comme devant figurer de manière obligatoire sur un CR d'endoscopie bronchique la mention du fait qu'un praticien en formation réalise l'examen. Ainsi, si un interne réalise une fibroscopie bronchique, il convient que le CR mentionne son nom, sa qualification, avec la mention « sous l'autorité du médecin senior ».

Commentaire du juriste :

« Lorsque l'interne réalise la bronchoscopie, son nom doit être mentionné car il est l'opérateur du geste. Cependant, l'interne est un médecin en formation. S'il peut réaliser des examens, c'est sous la responsabilité d'un médecin senior. Le nom du senior responsable doit aussi figurer sur le CR. Si l'interne signe le CR d'endoscopie bronchique, c'est aussi sous l'autorité du senior qui doit contresigner le CR. En effet, dans l'hypothèse d'une mise en cause, la responsabilité du senior pourrait être recherchée pour ne pas avoir vérifié l'examen et le CR. Le médecin senior engage sa responsabilité pénale sur les actes médicaux qu'il réalise ou qu'il fait réaliser sous sa responsabilité ».

Les items considérés comme non obligatoires sur un CR d'endoscopie bronchique selon les experts du GELF et le juriste sont :

- nom des assistants non opérateurs du médecin opérateur et qualification ;
- nom de l'infirmière qui assiste l'endoscopiste.

Commentaire du juriste :

« Le nom de l'infirmière n'est pas obligatoire dans le CR mais il doit être mentionné dans le dossier d'endoscopie bronchique et/ou médical ».

À cet égard, il convient de rappeler qu'en cas de procédure judiciaire, l'expert désigné par le juge cherchera

à identifier des «sachants», c'est-à-dire des personnes qui ne sont pas mises en cause mais qui sont susceptibles d'apporter des informations souvent précieuses sur le déroulement de l'examen, comme, de fait, les assistants non opérateurs et l'infirmière. Leur identification dans le dossier est donc un élément important.

Les items où il y a eu divergence entre les experts du GELF et le juriste sont :

- l'heure de la bronchoscopie : les experts du GELF ont retenu cet item comme obligatoire (74% des répondants), alors que le juriste retient cet item comme «non obligatoire». Il peut être cependant important de noter l'heure de l'examen sur le CR, surtout en cas de complications éventuelles ;
- le nom du médecin à qui adresser le CR : les experts du GELF ont classé cet item comme obligatoire, avec une faible majorité (54%). L'expert juridique retient que cet item n'a pas de caractère obligatoire mais qu'il doit être fortement conseillé.

Commentaire du juriste :

«Il semble logique de faire figurer le nom du médecin à qui adresser le CR. Il s'agit la plupart du temps le médecin demandeur de l'examen. Tous les patients ont aujourd'hui un médecin référent qui les suit. L'absence d'information ne lui permet donc pas de réagir comme il faudrait.»

Il convient de rappeler que seul le médecin qui a demandé l'examen est automatiquement attiré à en recevoir le résultat. En théorie, il est nécessaire de disposer de l'accord du patient pour la diffusion à d'autres médecins.

Partie « sécurité environnement »

Les items considérés comme devant figurer de manière obligatoire sur un CR d'endoscopie bronchique selon les experts du GELF (avec une forte majorité) et le juriste sont :

- l'appareil(s) utilisé(s) (marque, type, référence) du ou des bronchoscopes utilisés ;
- le statut du patient vis-à-vis du risque prions (standard, à risque, suspect ou atteint).

Commentaires du juriste :

«En inscrivant cet item sur le CR, le patient et son médecin référent ont ainsi une information claire sur ce risque. Cela évite des demandes d'information complémentaires par le patient ou le médecin référent et cela contribue à instaurer un climat de confiance dans le contexte de l'exigence actuelle de transparence.»

Information du patient sur l'examen. Faire figurer une phrase à adapter à chaque situation «Le patient a reçu des informations compréhensibles sur l'examen et les prélèvements devant être réalisés montrant les risques, bénéfices et alternatives.»

Commentaires du juriste :

«Phrase proposée pour figurer sur le CR mais qui ne suffit pas à elle seule: «Le patient a reçu des informations sur la bronchoscopie. J'ai expliqué oralement au patient la nature, le déroulement, les prélèvements et les complications éventuelles. J'ai répondu à ses interrogations. Je lui ai également remis un

document écrit lui permettant de mieux comprendre l'examen.».

«Mais il est important de souligner que :

- la phrase écrite sur le CR doit correspondre à l'entretien avec le patient (sinon le patient peut contester). Ainsi, une phrase «standard» est nécessaire mais non suffisante.
- il est conseillé de remettre au patient un document d'information (qui peut être accompagné éventuellement de la visualisation d'une vidéo explicative).

Cependant, cette remise de document doit s'accompagner impérativement d'une information orale adaptée au patient et à son niveau de compréhension. Il convient d'éviter les termes purement techniques sans explication. Il est aussi possible d'utiliser des schémas et dessins pour mieux faire comprendre l'examen. Ces dessins et schémas doivent être laissés dans le dossier d'endoscopie et/ou dossier médical. Ces explications orales sont nécessaires dans la mesure où la jurisprudence considère que la remise d'un simple document écrit au patient n'est pas suffisante pour s'assurer que l'information a été comprise.

Un accusé de réception signé par le patient de cette documentation remise doit être conservé dans le dossier médical et/ou endoscopique, ainsi on s'assure par un document que ce patient reconnaît avoir reçu un document explicatif. Le mieux serait que soit ajouté de la main du praticien dans le dossier médical et/ou d'endoscopie que des explications écrites et orales ont été données au patient et comprises.».

L'item où il y a eu divergence entre les experts du GELF et le juriste est :

- faire figurer par une phrase «La désinfection du bronchoscope a été réalisée selon les recommandations des circulaires DHOS/E2/DGS/SD 5C/2003/n° 591 du 17 décembre 2003 et DGS/DHOS CTIN de novembre 2003, relatives au traitement des dispositifs médicaux non autoclavables.

Les avis des experts sur cet item sont très partagés (37% considèrent que cet item est obligatoire, 24% considèrent que cet item est fortement conseillé, 39% considèrent que cet item est non obligatoire).

Commentaires du juriste :

«Compte tenu de la sensibilité actuelle aux différentes infections nosocomiales, il est fortement conseillé de mentionner sur le CR que l'endoscope a été nettoyé selon les règles d'hygiène en vigueur. Comme pour l'information sur le risque prion, cela peut éviter des demandes d'explications complémentaires et des contentieux inutiles.»

Bien évidemment, cette phrase sur le CR ne remplace pas une traçabilité au sein du local d'endoscopie et/ou du local de nettoyage désinfection des endoscopes.

Partie description « médicale et anatomique » de l'examen

Les items considérés comme devant figurer de manière obligatoire sur un CR d'endoscopie bronchique selon les experts du GELF (avec une forte majorité) et le juriste sont :

- le motif d'examen ;
- les conditions d'examen (type d'anesthésie, oxygénothérapie...);
- la description de l'examen :
 - voies aériennes sus-glottiques,
 - cordes vocales,
 - trachée,
 - arbre bronchique droit (lumière, muqueuse),
 - arbre bronchique gauche (lumière, muqueuse), en détaillant les bronches segmentaires et sous-segmentaires ;
- les sécrétions ;
- la dyskinésie/malacie ;
- les prélèvements réalisés en précisant le ou les territoires concernés ;
- les gestes interventionnels réalisés (thermocoagulation, cryothérapie, photothérapie...);
- la nécessité d'une injection thérapeutique pendant l'examen, préciser la quantité (Xylocaine® adrénalinée, adrénaline, eau glacée, Glypressine®, Mucomyst®...).

Partie tolérance/complications de l'examen

L'item considéré comme devant figurer de manière obligatoire sur un CR d'endoscopie bronchique selon les experts du GELF (avec une forte majorité) et le juriste est :

- complications de l'examen.

L'item où il y a eu divergence entre les experts du GELF et le juriste est :

- tolérance clinique de l'examen : pour les experts du GELF, 32 % le considèrent comme obligatoire, 49 % comme fortement conseillé et 19 % comme non obligatoire.

Commentaires du juriste :

« Pour le juriste, cet item est fortement conseillé car il faut retranscrire sur le CR l'ensemble du déroulement de l'examen, la tolérance, ainsi que les complications »

En effet, en cas d'expertise médicale, la mention d'une bonne ou d'une mauvaise tolérance, et la description de pourquoi la tolérance a été mauvaise, peut aider à comprendre la survenue d'une complication, par exemple.

Conclusion/signature

Les items considérés comme devant figurer de manière obligatoire sur un CR d'endoscopie bronchique selon les experts du GELF (avec une forte majorité) et le juriste sont :

- conclusion ;
- signature.

Commentaires du juriste :

« Le médecin senior doit impérativement signer le CR. La simple signature de l'interne n'est pas suffisante »

Capture d'images et séquences vidéo

L'item considéré comme devant figurer de manière fortement conseillé sur un CR d'endoscopie bronchique selon les experts du GELF (52 % de fortement conseillés, 8 % d'obligatoire) et le juriste est :

- photos: adjoindre une ou des photos de l'anomalie décrite dans le CR.

L'item considéré comme devant figurer de manière non obligatoire sur un CR d'endoscopie bronchique selon les experts du GELF (71 % de non obligatoire) et le juriste est : vidéos: adjoindre une séquence vidéo (gravé sur un CD) au CR.

Commentaires du juriste :

« Les photos et/ou vidéo peuvent être utilisées en cas de contentieux comme moyens de preuve complémentaire ».

Données administratives concernant l'archivage

L'item considéré comme non obligatoire au sujet du CR d'endoscopie bronchique selon les experts du GELF (66 % de non obligatoire) et le juriste est :

- CR donné directement au patient en fin d'examen.

Commentaires du juriste :

« Il est très fortement conseillé que le patient puisse repartir avec son CR, dans la mesure où celui-ci ne contient pas de diagnostic non confirmé qui pourrait être mal interprété par le patient ».

Les items considérés comme devant figurer de manière obligatoire sur un CR d'endoscopie bronchique selon les experts du GELF (avec une forte majorité) et le juriste sont :

- CR mis dans le dossier du patient en fin d'examen ;
- CR adressé au médecin prescripteur ;
- CR archivé dans l'unité d'endoscopie pendant 20 ans (comme dossier médical) ;
- archivage des photos et/ou séquences vidéo si celles-ci ont été réalisées.

Partie concernant les consommables utilisés pendant l'examen

L'item considéré comme obligatoire à conserver dans le dossier d'endoscopie bronchique selon les experts du GELF (avec une forte majorité) et le juriste est :

- consommables à UU utilisé (pince à biopsie/aiguilles de PTB) : numéro de lot à conserver dans le dossier endoscopie.

Commentaires du juriste :

« La traçabilité des consommables doit être faite. Cependant, les étiquettes pelables des consommables où figure les numéros de lot ne doivent pas impérativement figurer sur le CR. Il est préférable de les conserver dans le dossier d'endoscopie et/ou médical ».

Discussion

Ce travail a l'intérêt de mettre en exergue deux points principaux. D'une part, il existe une forme de consensus « de facto » entre endoscopistes experts quant à ce qu'il serait possible d'appeler le « contenu minimal » du CR d'endoscopie bronchique. D'autre part, la confrontation des

opinions d'experts avec l'opinion d'un juriste particulièrement expérimenté dans le domaine de la responsabilité médicale montre clairement qu'il existe des « manques » et donc, une marge d'amélioration.

Avant toute chose, il doit être souligné qu'il ne s'agit que d'un travail préliminaire et parcellaire, qui n'a valeur que de sondage et de base de discussion. Parmi les raisons qui incitent à limiter la portée des résultats présentés, figurent le relativement faible nombre de réponses et un certain degré de dispersion de celles-ci. Ce sont probablement des indications du flou qui règne dans le domaine. À cet égard, bien qu'une quantification de leur activité endoscopique n'ait pas été demandée aux personnes à qui le questionnaire a été soumis, il est intéressant de souligner que la quasi-totalité des « répondants » étaient des endoscopistes réputés pour leur expérience dans le domaine.

Si la nécessité de rédiger un CR – clairement définie par la loi, qui impose la rédaction d'un CR opératoire – peut sembler une évidence aux praticiens endoscopistes, force est de constater qu'il n'existe ni contraintes ni même recommandations de forme. De ce fait, il n'existe pas non plus de formation spécifique ou d'apprentissage.

Sur la forme, avant d'être un document médico-légal qui peut être demandé par tout médecin désigné par le malade, par le malade lui-même ou saisi par la justice, le CR d'endoscopie bronchique est un document médico-technique. À ce titre, c'est un support capital de circulation d'une information qui ne doit pas faire l'objet d'une distorsion. Il doit pouvoir être lu et compris par tout médecin, y compris (et peut-être surtout) s'il n'est pas pneumologue. De ce point de vue, sa préparation doit être régie par le respect des règles de la rédaction médicale scientifique [8]. Par ailleurs, la standardisation est un élément reconnu d'amélioration de la qualité, notion générale qui s'applique aux comptes rendus médicaux [9]. Cette standardisation implique non seulement l'uniformisation de l'itémisation et de la structure des documents mais aussi une réflexion sémantique. En effet, la définition et l'utilisation de thésaurus, ou terminologies descriptives standardisées, dans des formes simples ou plus complexes – comme des ontologies médicales [10,11] – sont l'une des principales conditions d'une standardisation efficiente, non seulement en termes de communication de l'information mais aussi en termes de son traitement informatisé.

Sur le fond, l'absence de recommandations quant à la rédaction du CR d'endoscopie bronchique (et d'autres CR) contraste avec la pression procédurale et médico-légale toujours croissante dans tous les domaines d'exercice de la médecine. Du point de vue juridique, force est de constater que la jurisprudence actuelle évolue dans un sens favorable au patient et nécessite de plus en plus de prendre des précautions au regard de la nature et de la traçabilité de l'information donnée à propos d'un examen, particulièrement si celui-ci est « invasif » et comporte des risques de complications. L'immense majorité des contentieux a pour origine un défaut d'information ou une information mal comprise : le CR d'un examen, venant compléter l'information donnée préalablement à celui-ci peut contribuer à éviter des contentieux inutiles. Dans le

contexte d'une procédure judiciaire, quelle que soit sa nature et l'instance devant laquelle elle se déroule, un CR mal rédigé, incomplet ou difficilement compréhensible – et, caricaturalement, inexistant – peut contribuer à faire reconnaître la responsabilité d'un praticien. En effet, le CR d'endoscopie, comme tout CR d'acte médical ou chirurgical, est un élément fondamental de l'analyse par l'expert d'un dossier en cas de problème médico-légal. Par exemple, décrire uniquement une anomalie en un site donné de l'arbre bronchique, sans par ailleurs affirmer point par point que le reste de l'examen est normal, peut avoir des conséquences majeures dans certaines situations. Ne pas mentionner l'information au patient ou la nature de l'anesthésie ou le lieu de déroulement de l'examen peut être incriminant en cas de contentieux.

Même si aucun expert du GELF qui a répondu à l'enquête mail n'a été inquiété sur le plan juridique par un problème relevant du CR de bronchoscopie, il faut insister sur le fait qu'un des critères retenus par la jurisprudence pour dédommager un patient est une information incomplète, notamment dans les CR opératoires ou d'hospitalisation et que cela représente 10 à 15 % des contentieux de l'AP-HP. Cela souligne l'importance de ne pas négliger la rédaction d'un CR d'un geste technique invasif, non dénué de risque, comme la bronchoscopie.

Il semble donc aujourd'hui nécessaire devant le risque de contestation juridique, d'avoir un document unique remis au patient dans lequel les informations principales médicales et non médicales figurent afin de maintenir la confiance nécessaire entre le patient et son médecin. Ainsi, même si le CR d'endoscopie n'a pas pour vocation de remplacer le dossier d'endoscopie bronchique ni le dossier médical, il doit contenir cependant des informations médicales et non médicales afin que le patient et son médecin référent puissent être informés et rassurés sur cet examen invasif non dénué de risques et qui repose sur l'utilisation d'un dispositif médical non autoclavable.

Conclusion

Établir un CR du geste bronchoscopique est une obligation légale. Malgré l'actuelle évolution de la pratique médicale vers la normalisation, la protocolisation et autre certification, il n'existe aucune trame standardisée de rédaction de ce CR. L'enquête menée par le GELF et la confrontation de ses résultats à une expertise juridique spécialisée indiquent clairement qu'il y a une place pour une réflexion de ce type. Un exemple de ce que pourrait être un CR standardisé de bronchoscopie est proposé dans l'Annexe 5. Comment la mise en place d'un tel CR pourrait s'articuler avec une standardisation sémantique et être diffusée reste à définir mais il s'agit certainement d'un objectif important à court terme.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Annexe 1. Questionnaire (partie 1)

	Obligatoire	Fortement conseillé	Non obligatoire	Pas d'avis
1. Partie administrative				
Référence de la structure où se déroule l'endoscopie (intitulé du service, nom du chef de service, adresse, tel, fax)				
Identité du patient : nom, prénom, date de naissance, sexe				
Type d'examen : (bronchoscopie, bronchoscopie avec auto-fluorescence)				
Date de la bronchoscopie				
Heure de la bronchoscopie				
Nom du médecin à qui adresser le CR				
Noms du médecin opérateur et qualification				
Si interne réalise la fibro : écrire le nom de l'interne, sa qualification avec la mention « sous l'autorité du senior »				
Nom des assistants non opérateur du médecin opérateur et qualification				
Nom de l'IDE qui assiste l'endoscopiste				
2. Partie « sécurité environnement »				
Statut du patient vis-à-vis du risque prions (standard, à risque, suspect ou atteint)? À écrire sur le CR ou autre part (circulaire 138)				
Information du patient sur l'examen. Faire figurer une phrase à adapter à chaque situation « Le patient a reçu des informations compréhensibles sur l'examen et les prélèvements devant être réalisés montrant les risques, bénéfices et alternatives »				
Appareil(s) utilisé(s) (marque, type, référence) du ou des bronchoscopes utilisés				
Faire figurer par une phrase « La désinfection du bronchoscope a été réalisée selon les recommandations des circulaires DHOS/E2/DGS/SD 5C/2003/ n° 591 du 17 décembre 2003, et DGS/DHOS CTIN de novembre 2003, relatives au traitement des dispositifs médicaux non autoclavables »				
3. Description « médicale et anatomique »				
Motif d'examen				
Conditions d'examen (type d'anesthésie, oxygénothérapie...)				
Description de l'examen :				
voies aériennes sus-glottiques				
cordes vocales				
trachée				

	Obligatoire	Fortement conseillé	Non obligatoire	Pas d'avis
arbre bronchique droit (lumière, muqueuse)				
arbre bronchique gauche (lumière, muqueuse)				
sécrétions				
dyskinésie/malacie				
prélèvements réalisés en précisant le ou les territoires concernés				
gestes interventionnels réalisés (thermocoagulation, cryothérapie, photothérapie)				
Complications du ou des prélèvements				
Nécessité d'une injection thérapeutique pendant l'examen, préciser la quantité (Xylocaïne® adrénaliné, adrénaline, eau glacée, Glypressine®, Mucomyst®...)				
4. Tolérance/complications éventuelles				
Tolérance clinique de l'examen				
Complications de l'examen				

Annexe 2. Questionnaire (Partie 2)

	Obligatoire	Fortement conseillé	Non obligatoire	Pas d'avis
6. Conclusion				
Conclusion				
Signature				
7. Capture d'images et séquences vidéo				
Photos : adjoindre une ou des photos de l'anomalie décrite dans le CR				
Vidéos : adjoindre une séquence vidéo (gravé sur un CD) au CR				
8. Données administratives – archivage				
CR donné directement au patient en fin d'examen				
CR mis dans le dossier du patient en fin d'examen				
CR adressé au médecin prescripteur				
CR archivé dans l'unité d'endoscopie pendant 20 ans (comme dossier médical)				
9. Consommables				
Consommables à UU utilisé (pince à biopsie/aiguilles de PTB) : numéro de lot à conserver dans le dossier endoscopie				

Annexe 3. Réponses comparatives experts GELF/juriste (partie 1)

	Obligatoire	Fortement conseillé	Non obligatoire	Pas d'avis	avis du GELF	avis du juriste
① PARTIE ADMINISTRATIVE						
Référence de la structure où se déroule l'endoscopie (Intitulé du service, nom du chef de service, adresse, tel, fax)	33 (87%)	5 (13%)	0 (0%)	0 (0%)	OBLIG	OBLIG
Identité du patient : nom, prénom, date de naissance, sexe	38 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	OBLIG	OBLIG
Type d'examen : (bronchoscopie, bronchoscopie avec Auto fluorescence)	36 (95%)	2 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	OBLIG	OBLIG
Date de la bronchoscopie	35 (92%)	3 (8%)	0 (0%)	0 (0%)	OBLIG	OBLIG
Heure de la bronchoscopie	28 (74%)	3 (8%)	6 (16%)	1 (2%)	OBLIG	Non OBLIG
Nom du médecin à qui adresser le CR	21 (56%)	10 (26%)	7 (18%)	0 (0%)	OBLIG	Fort CONS
Noms du médecin opérateur et qualification	36 (95%)	2 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	OBLIG	OBLIG
Si interne réalise la fibro: écrire le nom de l'interne, sa qualification avec la mention « sous l'autorité du sénior »	20 (53%)	7 (18%)	10 (26%)	1 (3%)	OBLIG	OBLIG
Nom des assistants du médecin non opérateur et qualification	4 (10%)	6 (16%)	25 (66%)	3 (8%)	Non OBLIG	Non OBLIG
Nom de l'IDE qui assiste l'endoscopiste	7 (18%)	9 (24%)	22 (58%)	0 (0%)	Non OBLIG	Non OBLIG
② PARTIE « SECURITE ENVIRONNEMENT »						
Statut du patient vis-à-vis du risque prions (standard, à risque, suspect ou atteint) ? à écrire sur le CR ou autre part (circulaire 138)	22 (58%)	10 (26%)	4 (11%)	2 (5%)	OBLIG	OBLIG
Information du patient sur l'examen. Faire figurer une phrase à adapter à chaque situation « Le patient a reçu des informations compréhensibles sur l'examen et les prélèvements devant être réalisés montrant les risques, bénéfiques et alternatives »	17 (45%)	13 (34%)	7 (18%)	1 (3%)	OBLIG	OBLIG
Appareil (s) utilisé (s) (Marque, type, Référence) du ou des bronchoscopes utilisés	28 (74%)	5 (13%)	5 (13%)	0 (0%)	OBLIG	OBLIG
Faire figurer par une phrase « La désinfection du bronchoscope a été réalisé selon les recommandations des circulaires DHOS/E2/DGS/SD 5C/2003/ n° 591 du 17 décembre 2003, et DGS/DHOS CTIN de novembre 2003, relatives au traitement des dispositifs médicaux non autoclavables.	14 (37%)	9 (24%)	15 (39%)	0 (0%)	Non OBLIG	Fort. CONS

OBLIG : obligatoire

Non OBLIG : non obligatoire

Fort. CONS : fortement conseillé

Annexe 4. Réponses comparatives experts GELF/juriste (partie 2)

	Obligatoire	Fortement conseillé	Non obligatoire	Pas d'avis	avis du GELF	avis du juriste
④ DESCRIPTION						
« MEDICALE ET ANATOMIQUE »						
Motif d'examen	30 (79%)	6 (16%)	2 (5%)	0 (0%)	OBLIG	OBLIG
Conditions d'examen (type d'anesthésie, Oxygénothérapie...)	29 (76%)	7 (18%)	2 (5%)	0 (0%)	OBLIG	OBLIG
Description de l'Examen : <ul style="list-style-type: none"> • Voies aériennes sus glottiques • Cordes vocales • Trachée • Arbre bronchique droit (lumière, muqueuse) • Arbre bronchique gauche (lumière, muqueuse) 	33 (86%)	4 (11%)	1 (3%)	0 (0%)	OBLIG	OBLIG
Sécrétions	24 (63%)	8 (21%)	5 (13%)	1 (3%)	OBLIG	OBLIG
Dyskinésie/ Malacie	21 (56%)	8 (21%)	7 (18%)	2 (5%)	OBLIG	OBLIG
Prélèvements réalisés en précisant le ou les territoires concernés	36 (95%)	2 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	OBLIG	OBLIG
Gestes Interventionnels réalisés (thermocoagulation, cryothérapie, photothérapie..)	38 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	OBLIG	OBLIG
Complications du ou des prélèvements	30 (79%)	8 (21%)	0 (0%)	0 (0%)	OBLIG	OBLIG
Nécessité d'une injection thérapeutique pendant l'examen, préciser la quantité (Xylocaine adrénaliné, Adrénaline, Eau glacée, Glypressine, mucomyst....)	28 (74%)	7 (18%)	3 (8%)	0 (0%)	OBLIG	OBLIG
④ TOLERANCE/ COMPLICATIONS EVENTUELLES						
Tolérance clinique de l'examen	12 (32%)	18 (49%)	7 (19%)	0 (0%)	Fort. CONS	OBLIG
Complications de l'examen	31 (82%)	7 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	OBLIG	OBLIG
⑤ CONCLUSION						
Conclusion	31 (82%)	7 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	OBLIG	OBLIG
Signature	29 (76%)	5 (13%)	4 (11%)	0 (0%)	OBLIG	OBLIG
⑥ CAPTURE D'IMAGES ET SEQUENCES VIDEO						
PHOTOS : adjoindre une ou des photos de l'anomalie décrite dans le CR	3 (8%)	20 (52%)	14 (37%)	1 (3%)	Fort. CONS	Fort. CONS
VIDEOS : adjoindre une séquence vidéo (gravé sur un CD) au CR	0 (0%)	9 (24%)	27 (71%)	2 (6%)	Non OBLIG	Non OBLIG
⑦ DONNEES ADMINISTRATIVES-Archivage						
CR donné directement au patient en fin	4 (11%)	7 (18%)	25 (66%)	2 (5%)	Non	Non

d'examen					OBLIG	OBLIG
CR mis dans le dossier du patient en fin d'examen	26 (68%)	9 (24%)	3 (8%)	0 (0%)	OBLIG	OBLIG
CR adressé au médecin prescripteur	26 (68%)	8 (21%)	4 (11%)	0 (0%)	OBLIG	OBLIG
CR archiver dans l'unité d'endoscopie pendant 20 ans (comme dossier médical)	23 (60%)	10 (26%)	4 (11%)	1 (3%)	OBLIG	OBLIG
@CONSOMMABLES						
Consommables à UU utilisé (pince à biopsie/aiguilles de PTB) : numéro de lot à conserver dans le dossier endoscopie	16 (42%)	8 (21%)	11 (29%)	3 (8%)	OBLIG	OBLIG

OBLIG : obligatoire

Non OBLIG : non obligatoire

Fort. CONS : fortement conseillé

Annexe 5. Exemple de compte rendu de bronchoscopie souple

Hôpital XXX^{1 GJ}

Unité d'endoscopie bronchique/service de pneumologie

Chef de service Pr XXX

Adresse :

Tél. :/Télécopie :/Adresse électronique :

Date de l'examen^{1 GJ} : heure^{1G,2J} :

[Nom : ... ; Prénom : ... ; Sexe : ... Date de naissance : 12/12/20...]^{1 GJ}

Patient adressé par^{1 GJ} : le Dr XXXXX du service XXX de l'hôpital XXX

Type d'examen réalisé^{1 GJ} : bronchoscopie au tube souple. Appareil utilisé^{1 GJ} : (marque, type, référence)

- Statut du patient vis-à-vis du risque prions : standard^{1 GJ}
- « La désinfection du bronchoscope a été réalisée selon les recommandations des circulaires dispositifs médicaux non autoclavables DHOS/E2/DGS/SD 5C/2003/ n° 591 du 17 décembre 2003, et DGS/DHOS CTIN de novembre 2003, relatives au traitement des dispositifs médicaux non autoclavables. »^{3G,1J}

« Le patient a reçu des informations sur la bronchoscopie. J'ai expliqué oralement au patient la nature, le déroulement, les prélèvements et les complications éventuelles. J'ai répondu à ses interrogations. Je lui ai également remis un document écrit lui permettant de mieux comprendre l'examen. »^{1 GJ}

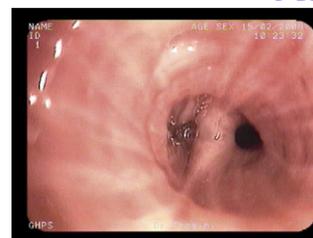
Noms du médecin opérateur et qualification^{1 GJ} : Dr YYYYY, interne « sous l'autorité du médecin senior » (Dr XXX)

Motif d'examen^{1 GJ} : nodule parenchymateux situé au niveau de l'apical du LID découvert sur le TDM thoracique. ATCD tabac.

Conditions de l'examen^{1 GJ} : examen réalisé sous anesthésie locale par Xylocaïne® spray 5% et gel 2%, cathétérisme narine droite.

Description de l'examen^{1 GJ} :

3 GJ



- Voies aériennes sus-glottiques : normale
- Cordes vocales : normale
- Trachée : normale
 - Arbre bronchique droit (lumière, muqueuse) normale
 - Arbre bronchique gauche (lumière, muqueuse) : éperons épaissis au niveau de l'apicale du lobe supérieur droit
- Sécrétions : normale, fluides et claires
- Dyskinésie/malacie = non

Prélèvements réalisés^{1 GJ} :

- Lavage bronchique (40 cc injecté/15 cc récupéré) au niveau de l'apicale du LID, adressé au laboratoire de bactériologie, mycobactérie et anatomopathologie
- Biopsies d'éperon au niveau de l'apicale du LID (4 fragments) (POT 1)
- Aspiration dirigée (au niveau de l'apicale du LID) adressée au laboratoire d'anatomopathologie et mycobactériologie

Injection pendant l'examen^{1 GJ} :

Injection de 10 cc d'eau glacée et 5 cc de Xylocaïne® adrénalinée sur les zones biopsiées

Tolérance clinique de l'examen^{3G 1J} : bonne. Complications de l'examen^{1 GJ} : aucune

Conclusion^{1 GJ} : arbre bronchique droit et gauche normaux macroscopiquement, hormis des éperons épaissis au niveau de l'apicale du lobe inférieur droit (B6D). Absence de masse endobronchique retrouvée aussi loin que peut aller le bronchoscope. Prélèvements dirigés au niveau de l'apicale du lobe inférieur droit (B6D)

CAPTURE d'images^{3 GJ}: oui CAPTURES séquence vidéo^{2 GJ}: non
Signature^{1 GJ}
1: obligatoire; 2: non obligatoire; 3: fortement conseillé; G: avis du GELF; J: avis du juriste.

Références

- [1] Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du Code de la Santé publique.
- [2] Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier du patient: réglementation et recommandations. ANAES. juin 2003.
- [3] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé Art. L. 1111-2, Art. L. 1111-4, Art. L. 1111-7.
- [4] Letard JC, Delvaux M, Gay G, Arpurt JP, Boustière C, Boyer J, et al. Le compte rendu d'endoscopie. SFED janvier 2004.
- [5] Pouliquen X. La rédaction du compte rendu opératoire. Une technique comme une autre. *J Chir (Paris)* 2007;44:460–2.
- [6] Laccourreye O, Tran ba huy P. Comment rédiger un compte rendu opératoire en oto-rhinolaryngologie et en chirurgie cervicofaciale? *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2008;125:164–7.
- [7] Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en orthopédie. Compte rendu opératoire en chirurgie orthopédique avec arthroplastie, avril 2004. Sur le site de la Haute Autorité de santé (<http://www.has-sante.fr>) <http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c.268297>.
- [8] Huguier M, Maisonneuve, et al. La rédaction médicale. Paris: Doin ed.; 1992.
- [9] Parikh JA, Yremilov I, Jain S, Mc Gory ML, Ko CY, Maggard MA. How much do standardized forms improve the documentation of care. *J Surg Res* 2007;143:156–8.
- [10] Baneyx A, Charlet J, Jaulent MC. Building an ontology of pulmonary diseases with natural language processing tools using textual corpora. *Int J Med Inform* 2007;76:208–15.
- [11] Blanc FX, Baneyx A, Charlet J, Housset B. Représentation des connaissances en pneumologie: l'ontologie doit pouvoir aider au codage. *Rev Mal Respir* 2010;27:741–50.