

La rédaction du compte rendu opératoire : Une technique comme une autre

Date de création du document 2008-2009

Table des matières

* Introduction	1
1 Principes généraux.....	1
2 Le style.....	2
3 Le plan.....	3

INTRODUCTION

Pour un chirurgien il peut paraître humiliant d'apprendre à rédiger un compte rendu opératoire, ou de corriger sa façon de le faire, mais il en va de cette rédaction comme de toutes les techniques opératoires : ça ne s'invente pas, ça s'apprend, et donc ça s'enseigne. Même les plus anciens d'entre nous restent souvent des autodidactes en la matière, faute de maître ayant pris le soin de guider ou de corriger leur plume. Faute encore de texte officiel disant clairement comment doit être rédigé, et ce que doit contenir exactement ce document. Faute enfin au surprenant silence, à ce sujet, d'une littérature médicale qui s'est pourtant attachée à promouvoir les règles d'une rédaction médicale rigoureuse. À défaut de ces normes réglementaires ou scientifiques, l'article qui suit est tiré d'un cours proposé à des générations d'internes en chirurgie passés dans notre service, pour les aider, en nous aidant et nous corrigeant nous-mêmes, à maîtriser cette technique comme une autre.

I PRINCIPES GÉNÉRAUX

- Le compte rendu opératoire (Compte rendu opératoire) est un document médico-technique au même titre que tout compte rendu d'examen ou d'acte diagnostique. Il est distinct du document de synthèse, ou compte rendu d'hospitalisation (Compte rendu d'hospitalisation), mais rien n'empêche d'intégrer le CRO (in extenso ou réduit à son titre) dans le CRH. Rien n'empêche non plus de rajouter au CRO proprement dit un rappel de la clinique et de l'indication.

- Partie intégrante du dossier médical, il peut être saisi judiciairement avec celui-ci, demandé par tout médecin désigné par le patient, ou réclamé par le patient lui-même [1 (*En savoir plus : Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [en ligne].*)].

- Il engage la responsabilité de l'opérateur cité en premier dans le titre, qu'il aide ou non un autre opérateur, qu'il soit ou non l'auteur du CRO.

- Comme tout compte rendu ou courrier médical, le CRO imprimé doit être relu, corrigé et signé par l'opérateur responsable. Une simple faute de frappe peut être lourde de conséquence et engage sa responsabilité. Une non-signature peut lui être opposée comme un signe de non-relecture, et donc de négligence.

II LE STYLE

Il doit être à la fois le plus concis et le plus précis possible. Comme dans toute rédaction médicale, « le meilleur style, c'est l'absence de style... » [2 (*Bibliographie : Cours élémentaire de rédaction médicale. In: Cah Méd Lyon, 1976-1977; 2,10,12,16,18,27,31,35,40; 3, 37.*)]. Toute rhétorique est donc exclue. La lourdeur n'est pas de mise pour autant. En rédigeant le CRO, garder à l'esprit qu'il doit pouvoir être lu à haute voix, compris par tout médecin non chirurgien, et qu'il peut être lu et conservé par le patient ou son entourage.

Le temps des verbes: tout doit être au présent, sauf pour un fait antérieur ou postérieur à l'opération. Éviter le « futur -présent » : « on fermera la paroi... » (quand? demain ?) ;

Les phrases doivent être courtes, avec une idée ou une action par phrase ;

Employer la troisième personne de modestie : éviter le passif s'il est ambigu: « l'épiploon est refoulé... » (par qui? par la tumeur? par l'opérateur ?). Préférer le « on » (singulier), plutôt que le « nous » (réservé aux articles) ;

Éviter les noms propres sans description, sauf s'ils sont universellement connus (Mac Burney, Pfannenstiel..). On ne dit pas « un Pfannenstiel » mais une « incision de Pfannenstiel » ou une « voie d'abord de Pfannenstiel ». Sauf homonymie avec l'opérateur, l'appendicectomie n'est pas faite « par Mac Burney » mais « par une voie d'abord de Mac Burney ».

Ne pas utiliser d'abréviation sauf pour des unités officielles de mesure ;

Pour indiquer une dimension, s'abstenir de comparaison potagère (melon...), fruitière (prune...), animalière (oeuf de...) ou sportive (balle de..), mais mesurer en centimètre (cm), centimètre cube (cm³), litre (l) ou centilitre (cl) ;

Éviter les expressions d'état d'âme comme : « on déplore, on regrette, on s'efforce de, on s'assure, on s'étonne, on se félicite de pouvoir » ou encore : « (mal)heureusement, malencontreusement, soigneuse(ment), rigoureuse(ment), minutieuse(ment) »...

N'employer les mots que dans le sens le plus courant du dictionnaire français. Attention à : bilan (à calculer ?), cadre (à accrocher ?), problème (à résoudre ?), tableau (à contempler ?), terrain (à cultiver ?), procédure (à suivre ?), visualiser (rendre visible ?)...

Éviter les néologismes comme « objectiver » ou « au total ».

Éviter les synonymes : répéter toujours le même mot pour la même chose ou le même fait. À l'inverse, on peut éviter la répétition lourde et inutile de débuts de phrase non signifiants :

- en plaçant l'idée forte en début de phrase « l'appendice est... » plutôt que: «en explorant la fosse iliaque droite on constate que l'appendice est... »

- en concédant à un certain raccourci télégraphique, acceptable à la lecture :
«Mobilisation du côlon droit », «Voie d'abord sous-costale droite» plus concis que «On fait une...»

- en utilisant au maximum les énumérations en liste: «On constate, on fait, on effectue: » suivis de l'énumération avec des séparations par des points virgules, ou par des retours à la ligne avec tirets.

III LE PLAN

Le titre

Il doit être rédigé comme un résumé de l'opération, suffisant à l'information de la plupart des lecteurs, notamment des médecins correspondants. Il comporte les éléments suivants :

- Précision sur le document « Compte rendu opératoire» (préciser l'identité du patient si le CRO est imprimé à part du document de synthèse) ou « Intervention le : »

- Date ;

- Résumé des constatations, sous la forme d'une énumération (1 à 2 lignes) ;

- Résumé des gestes effectués, sous la forme d'une énumération (1 à 2 lignes), en précisant notamment tous les gestes utiles à la cotation ou au codage ;

- Nom des opérateurs médecins. Le premier est le responsable de l'opération, et donc du CRO, même s'il aide un autre chirurgien ou ne rédige pas lui-même le CRO ;

- Nom du ou des médecins anesthésistes.

Il est inutile d'identifier le personnel non médecin (indiqué sur la feuille de salle) mais recommandé de noter le nom des médecins participant à l'intervention ou appelés comme consultants (radiologues, endoscopistes...).

Le corps du CRO

Il ne s'agit pas d'une description de technique chirurgicale (à moins qu'elle ne soit vraiment originale !), encore moins d'un défoulement plus ou moins narcissique de l'opérateur qui a besoin de revivre ou de se remémorer son opération. Il s'agit avant tout d'établir un document descriptif objectif, synthétique plus que chronologique, détaillant ce qui a été constaté et l'anatomie laissée en place à la fin de l'opération, à l'attention de médecins non chirurgiens, ou d'un chirurgien amené à réopérer le patient. La description de ces gestes opératoires eux-mêmes doit être réduite au minimum nécessaire à leur compréhension et à celle de l'anatomie résiduelle. Le souci d'objectivité ne doit pas empêcher l'opérateur de justifier ses décisions per opératoires, dont il peut être amené à rendre compte par la suite.

Le type de l'anesthésie doit être mentionné seulement s'il n'est pas évident ou si c'est le chirurgien qui la pratique (localement. ..).

La position définitive de l'opéré sur la table ne mérite d'être signalée que si elle diffère de l'installation initiale habituelle pour l'anesthésie.

La voie d'abord ne mérite aucun détail de technique sauf si elle est originale. En préciser la taille par des repères anatomiques ou par des cm.

Les constatations opératoires : elles sont regroupées dans un paragraphe unique, sans retour à la ligne sauf pour les énumérations précédées d'un tiret. Les gestes techniques n'ont pas leur place ici, sauf ceux réalisés pour l'exploration (décollements, libération d'adhérences...) :

- Commencer par les éléments pathologiques, et par le plus pathologique. Il faut s'en tenir à une description, objective et macroscopique précise: couleur, taille, forme, consistance, hypervascularisation ou oedème «apparents ,». Ne pas faire d'histologie: ne parler d'inflammation, de tumeur, de suppuration, de nécrose ou d'ischémie, que si elles sont manifestes ;

- Terminer par ce qui est ou «paraît» normal : ne l'affirmer que pour ce que l'on peut préciser avoir vu et/ou palpé. Au lieu d'écrire que « le reste de l'exploration est normal », mieux vaut préciser ce qui n'a pas été exploré (et pourquoi si nécessaire). En l'absence de précision sur les régions ou organes, le lecteur doit considérer qu'ils n'ont pas été explorés ;

- Rester prudent: mieux vaut écrire «iléon terminal normal» que « pas de diverticule de Meckel ». ..

La justification des décisions : en cas de situation complexe, grave, ou inhabituelle, où lorsque le choix thérapeutique n'est pas évident ni conforme à l'indication opératoire initialement prévue, conclure ce paragraphe descriptif par une justification des actes qui vont suivre (ou de l'abstention d'acte...).

Les gestes effectués (titre facultatif) : ce paragraphe doit être le plus bref possible. Inutile de s'étendre sur des détails de technique qui n'apporteront rien à la compréhension générale de l'opération et à la surveillance ultérieure du patient. Peu importe que les ligatures soit faites avec du fil 4/0 ou 5/0, et de telle marque commerciale. À la rigueur, pour certaines ligatures, il peut être utile de signaler s'il s'agit de fil résorbable ou non. L'utilisation de clips métalliques doit être signalée. Les prothèses laissées en place doivent également être identifiables par la suite (nature, marque). Préciser les durées de clampage ou d'exclusion vasculaire. Inutile de préciser que l'hémostase et la toilette du site opératoire ont été faites («< avec soin» !), et que l'on a fait le compte des textiles: cela va de soi... et ne peut être valablement attesté que par la feuille de salle. C'est quand ces manoeuvres habituelles n'ont pu être complètement faites qu'il faut le signaler, en précisant pourquoi. L'emplacement et la sortie des drains doivent être précisés. Ne pas oublier les sondes à demeure, gastrique ou vésicale. Bref, il faut se limiter à ce qu'on enlève, à ce qu'on modifie, et à ce qu'on laisse.

En cas de difficulté particulière, d'échec partiel ou complet, d'incident ou d'accident per opératoire: vérité et objectivité s'imposent, et rien qu'elles, sans omettre pour autant d'éventuels arguments défensifs pour l'opérateur.

La fermeture doit tenir en une ou deux lignes sauf si, de nécessité ou de principe, on a laissé certains plans ouverts ou entrouverts. Ici, le caractère résorbable ou non des fils a son intérêt.

L'appareillage externe éventuel (immobilisation, pansement compressif...) doit être précisé.

Les prélèvements bactériologiques ou anatomopathologiques doivent être précisés un par un en fin de CRO s'ils ne l'ont pas été en cours de CRO. Ne pas hésiter à donner des indications chiffrées concernant les pièces d'exérèse et leur nombre (dimension de la pièce fraîche, recoupes et marges saines, territoires ganglionnaires évidés...), dans l'éventualité de discordances ultérieures avec le compte rendu anatomopathologique.

La conclusion? Inutile...

Le CRO s'arrête là... sans conclusion puisque les deux paragraphes principaux ont été rédigés de façon synthétique et ordonnée, et sans résumé puisque le titre fait office de résumé. Le CRO ne doit ni ne peut remplacer d'autres documents réglementaires prévus pour :

- Les prescriptions postopératoires (feuille de prescription) ;
- La traçabilité du matériel utilisé (feuille de « traçabilité » ou « d'écologie »);
- Le recensement d'éventuelles transfusions de produits sanguins ou dérivés (feuille d'anesthésie, dossier transfusionnel) ;
- L'inclusion du patient dans un protocole de recherche (formulaire spécifique); ..
- La durée et l'heure des différents temps opératoires (feuille de salle et feuille d'anesthésie).

Plutôt que la durée opératoire c'est le *délai qui sépare l'opération de son compte rendu* qu'il serait intéressant de noter, car ce délai modifie la nature même et la fiabilité du compte rendu. Celui-ci devrait donc être abrégé de la façon suivante:

- un jour: CRO = Compte rendu opératoire;
- une semaine: Compte rendu de mémoire opératoire =Compte rendu de mémoire opératoire;
- une quinzaine: Compte rendu de souvenir opératoire =Compte rendu de souvenir opératoire ;
- un mois: Compte rendu d'évocation opératoire =Compte rendu d'évocation opératoire
- d'avantage: Compte rendu d'imagination opératoire =Compte rendu d'imagination opératoire.

IV ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

- Conseil national de l'ordre des médecins. Bull CNOM, 1992; 12: 7. : Le contenu du compte rendu opératoire.
- Farfor JA. : Cours élémentaire de rédaction médicale. In: Cah Méd Lyon, 1976-1977; 2,10,12,16,18,27,31,35,40; 3, 37.

EN SAVOIR PLUS

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [en ligne]. : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=973E821A30A7CD4C56345A33491F5099.tpdjo14v_1?cidTexte=JORFTEXT000000227015&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id

ABRÉVIATIONS

- CREO : Compte rendu d'évocation opératoire
- CRH : Compte rendu d'hospitalisation
- CRIO : Compte rendu d'imagination opératoire
- CRMO : Compte rendu de mémoire opératoire
- CRO : Compte rendu opératoire
- CRSO : Compte rendu de souvenir opératoire