



## *Fiche d'information juridique*



# Information pour le suivi endoscopique des patients après polypectomie

Octobre 2010

**Patrice Pienkowski, René Laugier, Bruno Richard-Molard,  
Corinne Daver(\*) et la commission juridique de la SFED**

Avec la généralisation du dépistage, la sensibilisation des patients et du public au problème de la prévention du cancer colorectal, les Hépatogastroentérologues (HGE) ont dans leur pratique endoscopique une responsabilité croissante non seulement lors du geste initial mais aussi dans la surveillance et le suivi. Les patients aux antécédents familiaux ou personnels de cancers ou d'adénomes colorectaux sont en effet à risque de développer de nouvelles lésions et une surveillance endoscopique régulière doit leur être proposée selon des modalités précises définies par l'HAS. L'expérience montre cependant qu'une part importante de ces patients, échappe, pour des raisons diverses, à la surveillance, ce qui constitue une perte de chance individuelle. Chaque médecin a par ailleurs le devoir de tout mettre en œuvre pour apporter à ses patients la meilleure prise en charge possible, en accord avec les données scientifiques.

Un praticien ne pourrait-il pas être mis en cause pour manque de vigilance si un patient développait à distance de l'examen une lésion par insuffisance de surveillance endoscopique, quel qu'en soit par ailleurs le motif : méconnaissance, oubli ou négligence ? Délivre-t-on aux patients toutes les informations nécessaires à une surveillance adaptée telle que préconisée par l'HAS ? Doit-on considérer que les patients, une fois informés du projet de suivi, doivent prendre en charge eux mêmes leur santé et s'organiser en conséquence comme des adultes responsables ? Finalement faut-il prendre l'initiative de leur rappeler, le moment venu, qu'ils doivent faire un contrôle endoscopique et dans l'affirmative, comment procéder ? Quel est le rôle du médecin traitant dans ce dispositif ? Ne risque-t-on à l'inverse, en cas de transfert sur le médecin de cette responsabilité, de s'exposer alors à une judiciarisation supplémentaire, en cas d'oubli par exemple, alors qu'il n'y a à ce jour aucune obligation réglementaire ?

Il n'y a pas dans ce domaine de stratégie univoque : certains écrivent directement à leurs patients, d'autres adressent un courrier au médecin traitant, ou aux deux, les autres ne font rien. Lorsque qu'une démarche active est mise en œuvre, quelle que soit la procédure choisie, dans l'immense majorité des cas les patients contactés semblent satisfaits qu'on s'occupe d'eux et apprécient le service médical rendu. Toutefois, est-il légal ou déontologique de «convoquer», «relancer», «rappeler» les patients eux-mêmes, quel que soit le motif louable de la démarche ? Ne risque-t-on pas de trouver à cette procédure une connotation commerciale ou mercantile ? A l'opposé n'est-il pas hypocrite de se décharger du problème sur le médecin traitant ?

A partir de ce constat, et répondant en cela à une demande forte exprimée par la profession, la SFED, à défaut d'émettre des recommandations contraignantes, estime nécessaire de faire en sorte que les patients à risque effectuent scrupuleusement leur surveillance. Le présent document est le fruit d'une réflexion globale tenant compte des aspects éthiques, déontologiques et légaux ; son objectif est de mettre à la disposition des praticiens qui le souhaitent et des patients, les outils permettant d'améliorer la transmission de l'information aussi bien lors de l'examen initial, qu'à terme, à l'échéance du contrôle prévu. Les patients seront utilement orientés pour toute information complémentaire vers le site de l'Association des Polypectomisés de France (1)

## **RECOMMANDATIONS DE L'HAS**

L'HAS a émis en 2004 des recommandations sur les modalités de surveillance des patients après coloscopie en fonction des résultats de l'examen et des lésions (2). Les différents paramètres à prendre en compte, la notion de «polype avancé», les caractéristiques histopathologiques des lésions enlevées, notamment l'appréciation de la «composante vilieuse» pas toujours disponibles sur le compte-rendu

anatomopathologique, aboutissent à des stratégies très personnalisées quelque peu complexes. Afin d'améliorer leur lisibilité et leur application effective, la SFED propose de manière pragmatique les situations suivantes.

- Chez les patients ayant **des antécédents familiaux de cancer colorectal**, si la coloscopie est normale, le patient sera de nouveau contrôlé à 5 ans. Après 3 coloscopies normales espacées de 5 ans, la quatrième n'est envisagée qu'à 10 ans.
- Chez les patients ayant des **antécédents familiaux de polypes**, en théorie seuls les antécédents familiaux de polypes adénomateux sont pris en compte et seront suivis de la même manière que les antécédents de cancer colorectal. Dans la pratique cette information n'est pas toujours facilement disponible et dans le doute on appliquera la procédure.
- Lorsqu'on a le sentiment au moment du geste endoscopique ou la certitude (après résultat de l'examen anatomo-pathologique) d'une exérèse **incomplète d'un polype**, il faut réaliser un contrôle précoce (c'est-à-dire à moins de 3 mois).
- La surveillance des **polypes hyperplasiques rectosigmoïdiens** n'est pas recommandée. En revanche, dans le cas de polypes hyperplasiques localisés dans le reste du côlon et à fortiori de grande taille (> 1 cm de diamètre) ou nombreux (+ de 5 polypes), la coloscopie est renouvelée à 5 ans.
- Pour **les polypes adénomateux**, le contrôle doit se faire à 3 ans.
  - pour les adénomes avancés,
  - pour les adénomes «multiples» (en théorie  $\geq 3$ )
  - pour les adénomes avec un contexte familial d'adénomatose
  - pour les adénomes dits «transformés» (adénome
  - présentant un foyer localisé ou étendu d'adénocarcinome dont l'exérèse était complète.

Le terme «Adénome avancé» regroupe trois cas : les adénomes de plus de 10 mm, les adénomes tubulo-villeux (la composante vilieuse doit en théorie être de 25% ou plus) et les adénomes en dysplasie de haut-grade ou in situ.

- Dans tous les autres cas de polypes (1 ou 2 adénomes tubuleux quelle que soit leur taille), le contrôle par coloscopie se fait à 5 ans.

## ASPECTS DEONTOLOGIQUES

La position du Conseil national de l' Ordre National des Médecins sur la reconvoication de patients asymptomatiques est la suivante (3).

Dans le cadre de campagne de dépistage de masse, l'information délivrée par ses promoteurs, la reconvoication systématique par ceux-ci selon des modalités dont ils portent seuls la responsabilité, est possible.

Dans le cadre des soins qu'ils prodiguent ou d'une prévention personnalisée, la déontologie médicale n'interdit pas aux médecins traitants de rappeler à leurs patients, par courrier ou téléphone, l'importance d'une consultation à venir ou d'un examen à réaliser. Cependant, cette pratique ne peut en aucun cas revêtir un caractère systématique.

Enfin, la reconvoication systématique par les Gastro-entérologues ayant réalisé la coloscopie initiale ne peut non plus s'envisager sans qu'elle s'apparente à une démarche publicitaire.

- L'Ordre des Médecins considère qu'il est légitime pour un médecin de rappeler à ses patients les échéances importantes pour sa santé et les sensibiliser à l'importance d'un suivi médical dans le cadre d'une relation personnalisée.

## ASPECTS JURIDIQUES

La nature du lien juridique qui se crée entre le gastro-entérologue et son patient conduit à identifier un certain nombre d'obligations, notamment celle d'information, dont les enjeux se traduisant en termes de responsabilité potentielle. Si le gastroentérologue doit tout mettre en œuvre pour garantir une prise en charge la plus conforme possible aux données acquises de la science lors de la réalisation des actes, l'obligation d'information concerne également les suites de cette prise en charge, notamment la surveillance et le suivi. Ainsi :

- L'information initiale écrite, délivrée au patient au décours de la réalisation de l'acte, au moment de la communication des résultats constitue l'étape essentielle.

- Le médecin traitant doit également être informé par un courrier spécifique stipulant bien la nécessité de respecter les dates des futurs examens de contrôle.

- Le gastroentérologue ne peut se reposer sur la responsabilité du patient dans sa propre prise en charge, ni sur celle du médecin traitant.

- Compte tenu des délais de cette surveillance, l'information peut donc être utilement rappelée le moment venu. Ce rappel des échéances doit permettre au patient de prendre conscience dans son intérêt de l'importance de réaliser les contrôles dans les délais souhaités, et au médecin traitant de s'impliquer si nécessaire dans ce suivi.

- La démarche à terme n'est pas une reconvoication du patient mais une **«information de rappel»** délivrée à l'échéance du délai prévu, adressée dans la mesure du possible aux patients qui ne se seraient pas manifestés spontanément.

- Chaque praticien est responsable de l'information délivrée à ses patients; dans leur intérêt, il doit tout mettre en œuvre pour assurer une surveillance conforme aux recommandations scientifiques afin d'optimiser les conditions de leur suivi.

## PROPOSITIONS

### 1. Information initiale

L'information initiale du patient est une **étape essentielle** pour la prise en charge à long terme.

Cette information doit être délivrée dans les suites de l'examen en même temps que la présentation des résultats, à un patient parfaitement réveillé en cas de procédure sous anesthésie. Le patient sera informé des risques encourus en ne réalisant pas la surveillance recommandée.

La remise d'un support complémentaire écrit de cette information peut constituer un élément favorable pour que le patient puisse utilement s'y reporter compte tenu des délais susceptibles de s'écouler entre les actes à réaliser (quelques mois à 10 ans) A cette occasion la mention que le praticien reste à sa disposition pour toute précision peut également être ajoutée.

L'information ainsi délivrée au patient doit faire l'objet d'une traçabilité; le délai et la date du prochain contrôle doivent figurer sur le compte-rendu d'examen pour autant que cette information soit d'emblée disponible (polype de plus d'un cm, polypes multiples ...) mais aussi dans le dossier médical.

Lorsqu'il faut attendre les résultats de l'analyse histologique, il est suggéré d'émettre des réserves sur le compte rendu initial (par exemple : *«sous réserve des données histologiques notamment une composante adénomateuse ou villeuse»*) et de contacter ensuite le patient oralement ou par courrier ou en consultation pour valider la date du contrôle après réception du compte-rendu.

Il faut également informer le médecin traitant de la date du prochain contrôle dans le courrier de sortie. L'envoi de ce courrier peut être différé de quelques jours après avoir reçu et pris connaissance du compte-rendu anatomopathologique.

### 2. Information de rappel à échéance

Aucun texte réglementaire ne l'imposant, cette démarche, qui s'inscrit dans la volonté d'optimiser le suivi des patients, reste un «plus», un service rendu supplémentaire, et demeure nécessairement une initiative individuelle. Par voie de conséquence, ces réflexions ne sauraient en aucun cas être opposables ni constituer le fondement juridique à une quelconque obligation pesant sur les uns et les autres.

L'information de rappel peut soit anticiper la date prévue pour le contrôle, soit être envoyée aux patients qui ne seraient pas venus spontanément, à l'issue d'un délai raisonnable de quelques mois.

L'information à terme nécessite dans tous les cas une gestion informatique des dossiers médicaux; la plupart des logiciels disposent de fonctions de sélection multicritère permettant l'édition d'une liste de patients puis d'un adressage par courrier; encore faut-il avoir pré-renseigné lors de l'examen

initial, 3 ou 5 ans auparavant, les paramètres utiles avec la saisie de la date du contrôle.

Lorsque ces critères techniques sont réunis, l'information de rappel doit combiner **l'envoi d'un courrier au médecin traitant et d'un autre courrier au patient lui-même**. Cette démarche a plusieurs avantages :

- elle optimise la procédure en réduisant le risque de ne pas aboutir (changement de médecin traitant, déménagement du patient...),
- elle respecte le rôle de coordination des soins primaires conféré au médecin traitant
- elle préserve les relations déontologiques entre spécialiste et médecin traitant.

Cette démarche respecte parfaitement l'esprit coordonné et pluridisciplinaire du dépistage et de la surveillance; elle vise à améliorer la prise en charge à long terme dans l'intérêt du patient et dans le respect de la déontologie, loin de toute connotation mercantile.

Une lettre type pour le patient et le médecin traitant est disponible sur le site de la SFED

## Références

(1) ADPF. [www.adpf.info](http://www.adpf.info) et courriel : [contact@adpf.info](mailto:contact@adpf.info)

(2) HAS. Recommandations pour la pratique clinique. Endoscopie digestive basse : indications en dehors du dépistage en population. Recommandations. Avril 2004 (21 pages).

(3) Correspondance du Pr Legmann, Président du Conseil National de l'Ordre, adressée au président de la SFED le 13 Juillet 2009

(\*) FIDAL, 12 boulevard du General Leclerc - 92200 NEUILLY-sur Seine

**AXCAN PHARMA™**