



Annexe 6 - Avis diagnostique impliquant plusieurs pathologistes

Cette annexe envisage l'ensemble des circonstances dans lesquelles tout ou partie d'un examen ACP fait l'objet d'une prise en charge diagnostique par plus d'un médecin pathologiste.

Ces circonstances peuvent se regrouper en deux catégories, selon que les pathologistes appartiennent tous à la structure qui prend en charge l'examen initial, ou que au moins un des pathologistes appartient à une autre structure.

De façon générale :

- Lorsque la prise en charge par plusieurs pathologistes (le plus souvent deux) est non conclusive ou aboutit à un désaccord majeur persistant, l'avis d'un pathologiste supplémentaire peut être requis. Cet avis sera communiqué à tous.
- L'implication de plusieurs pathologistes dans la prise en charge d'un diagnostic implique qu'une procédure/contractualisation préalable ait été formalisée par écrit selon des modalités définies par chaque structure et en phase avec les textes réglementaires et les normes en vigueur.
- La prise en charge d'un examen diagnostique par plus d'un pathologiste a des implications médico-légales (responsabilité partagée) et des impacts financiers (prise en charge et rétribution de cette activité) qui ne sont pas abordés dans cette annexe organisationnelle.

6.1. Prise en charge interne à la structure (l'avis n'implique que des pathologistes de la structure)

Double signature

La double signature d'un compte rendu correspond à une double lecture interne à la structure. Elle implique une co-responsabilité diagnostique.

Examen extemporané

Dans le cas où le compte rendu définitif de l'examen extemporané est pris en charge par un pathologiste différent de celui qui a réalisé l'examen extemporané et validé le diagnostic préliminaire:

- En présence de concordance diagnostique, il n'est pas obligatoire d'impliquer dans le diagnostic définitif le pathologiste ayant réalisé l'examen extemporané.
- En cas de discordance significative, le pathologiste ayant réalisé l'examen extemporané est informé. Il participe dans la mesure du possible à l'élaboration du compte rendu définitif de l'examen extemporané (double signature recommandée).

Rappel des RBPACB v2 p 11 : Le nom du pathologiste et les résultats de l'examen extemporané, tels qu'ils ont été énoncés en cours d'intervention, figurent dans le compte

rendu final en précisant la concordance ou les raisons d'une éventuelle discordance entre le résultat énoncé lors de l'examen extemporané et le diagnostic final.

Avis collégial de pathologistes de la structure

Un diagnostic peut être porté après un avis collégial de pathologistes de la structure (microscope multitête, imagerie numérique...). Cet avis collégial peut figurer sur le compte rendu. Le nom des participants n'a pas à être nécessairement mentionné dans le compte rendu. Au cas où des participants sont mentionnés, ils apparaissent comme cosignataires.

Pathologiste en formation

Le diagnostic porté par le pathologiste en formation est approuvé et validé par un médecin pathologiste.

Le nom du pathologiste en formation apparaît au bas du compte rendu au côté du nom et de la signature du médecin pathologiste.

En option, le nom du pathologiste en formation peut être accompagné de son titre et de sa signature.

Relecture d'un cas « à distance » du diagnostic initial (a posteriori)

Cette situation de réexamen des lames survient dans les circonstances suivantes :

- au cours du suivi d'un patient ;
- lors d'examens complémentaires (à visée pronostique ou prédictive : IHC, HIS, examen moléculaire) ;
- lors d'un contrôle qualité interne ;
- à l'occasion d'une publication ou d'un travail de recherche (cas isolé ou série de cas).

Un compte rendu complémentaire est rédigé et adressé au médecin en charge du patient. Le pathologiste ayant posé le diagnostic initial est tenu informé. Si possible, le pathologiste ayant posé le diagnostic initial est associé à ce compte rendu.

6.2. Prise en charge externe à la structure (l'avis implique un ou des pathologistes externes à la structure)

Préambule organisationnel

Les avis impliquant des structures extérieures entraînent des transferts de matériel (généralement lames et/ou blocs, parfois échantillons tissulaires ou cellulaires congelés ou fixés) et d'informations (demandes, comptes rendus et documents annexes...).

L'ensemble de ces flux nécessite des conditionnements ad hoc et est tracé.

Cette activité appelle à la mise en place d'indicateurs de qualité.

Demande de relecture faite par un pathologiste (ou un groupe de pathologistes) en cas d'incertitude diagnostique

La demande de "second avis" extérieur à la structure, sur initiative personnelle du demandeur, est un recours pour toutes les pathologies, qu'elles soient fréquentes ou rares.

Le demandeur signifie au relecteur les raisons de sa demande et lui adresse l'ensemble des informations utiles au diagnostic. Si nécessaire, il recherche les renseignements cliniques qu'il juge insuffisants.

En cas de prise en charge d'une relecture, le relecteur répond dans un délai compatible avec la prise en charge du patient.

Le relecteur sollicité est en droit de refuser un cas pour consultation pour les motifs suivants :

- impossibilité de répondre dans un délai compatible avec la prise en charge du patient ;
- cas ne relevant pas de son domaine de compétence ;
- absence d'informations ou insuffisance de matériel (par exemple bloc épuisé) indispensables à la relecture.

Dans ces cas, le relecteur informe le demandeur et renvoie le matériel au demandeur ou à un autre relecteur dans les meilleurs délais.

Demande de relecture faite par un interlocuteur externe

La demande peut émaner directement du patient, d'un clinicien ou d'une structure en charge du patient (il peut alors s'agir de la structure ACP du relecteur).

En cas de discordance diagnostique significative, le relecteur en informe le 1er lecteur dans les plus brefs délais.

Envoi à un groupe de relecture

Il s'agit de relectures organisées à l'échelon national ou international pour certaines pathologies, ou de relectures par des réseaux thématiques mis en place par la profession. Le nom des membres du groupe ayant participé à la relecture peut être mentionné dans le compte rendu émanant du groupe. La liste à jour des membres du groupe est accessible.

La réponse est rendue par le réseau dans un délai compatible avec la prise en charge du patient.

En cas de discordance diagnostique significative, le relecteur en informe le 1er lecteur dans les plus brefs délais.

De la même façon, le lecteur initial informe le relecteur de toute discordance significative entre le jugement diagnostique du relecteur et l'évolution clinique dont il a connaissance lors du suivi du patient.

Relecture d'un cas « à distance » du diagnostic initial (a posteriori)

Cette situation de réexamen des lames dans une structure ne relevant pas nécessairement du champ d'activité du 1er lecteur survient dans les circonstances suivantes :

- au cours du suivi d'un patient ;
- lors d'examens complémentaires (à visée pronostique ou prédictive : IHC, HIS, examen moléculaire) ;
- lors d'un contrôle qualité externe portant sur des relectures de cas prédéfinis ;
- à l'occasion d'une publication ou d'un travail de recherche (cas isolé ou série de cas).

En cas de discordance significative, le pathologiste ayant posé le diagnostic initial est tenu informé.

6.3. Compte rendu type de réponse à une demande d'avis

Le compte rendu indique :

- le nom du demandeur et ses coordonnées;
- le nom du pathologiste premier lecteur et ses coordonnées;
- la description précise des documents ACP reçus (types, quantité, n° d'enregistrement);
- la date de réception de ces documents et leur modalité d'envoi (AR par ex.) ;
- le/les diagnostic(s) proposé(s) par le premier lecteur;
- le cadre de la relecture (en cas de relecture systématique dans un réseau);
- les types d'examens nouvellement réalisés étayant le diagnostic rendu;
- une conclusion explicite;
- la description précise des documents restitués et de ceux gardés en en mentionnant la raison.

Il respecte les règles de la déontologie

Document élaboré par le conseil d'administration de l'AFAQAP.

Validé le 12 octobre 2012.