



# PARTAGES

Développement Avancé de communs numériques  
pour l'intelligence Artificielle Générative En Santé

## Guide méthodologique de rédaction et de relecture des CR fictifs

### Date

Chef de file : Health Data Hub / Plateforme des Données de Santé

**bpi**france



**GOVERNEMENT**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Le projet PARTAGES, porté par un consortium d'une trentaine de partenaires incluant des laboratoires de recherches (du CNRS, de l'INRIA, ou de diverses universités), des établissements de santé, et des entreprises deep tech est l'un des lauréats de l'appel à projets France 2030 sur les « Communs numériques pour l'intelligence artificielle générative ». Coordonné par le Health Data Hub (HDH), ce projet a pour but de mettre l'intelligence artificielle générative au service des professionnels de santé pour leur faire gagner un temps médical précieux.



# Guide méthodologique de rédaction et de relecture des CR fictifs

Ce document a pour objectif de décrire les consignes fournies aux rédacteurs et rédactrices des comptes rendus fictifs dans le cadre du projet PARTAGES.

## 1. Objectif

L'objectif de la rédaction des comptes rendus fictifs est d'obtenir une quantité significative de documents possédant les caractéristiques suivantes:

- La nature, le style, le niveau de langue, la taille des textes devra être aussi proche que possible des comptes rendus rédigés par les professionnels de santé dans le cadre réel de leur pratique quotidienne. La taille d'un compte rendu doit correspondre aux standards habituels selon le type de document<sup>1</sup>
- Les rédacteurs des comptes rendus d'une certaine spécialité devront être, dans la mesure du possible, ceux susceptibles de rédiger les mêmes comptes rendus dans leur pratique quotidienne.

### 1.1. Des comptes rendus fictifs mais plausibles

L'objectif de cette campagne est de produire des comptes rendus cliniques fictifs qui soient réalistes et conformes à des cas rencontrés en pratique médicale. Cependant, il est essentiel de respecter les consignes suivantes :

- **Les comptes rendus doivent être entièrement fictifs.** Cela signifie qu'ils ne doivent pas correspondre directement à un patient réel suivi ou connu par le rédacteur.
- **Les cas présentés doivent rester plausibles et conformes aux situations cliniques courantes.** Vous êtes invités à vous inspirer de votre expérience professionnelle, mais il est impératif de créer des cas originaux en mélangeant ou adaptant différents éléments cliniques.
- **Évitez toute ressemblance identifiable.**

### Recommandations pratiques

- Tout en vous basant sur les consignes d'amorçage des cas cliniques (voir plus loin), vous pouvez imaginer des combinaisons de symptômes ou de diagnostics que vous

---

<sup>1</sup> À titre indicatif, l'équivalent d'une à deux pages environ pour un compte rendu opératoire, une RCP, un compte rendu d'anatomopathologie, de radiologie ; un minimum de 4 à 5 pages pour un compte rendu hospitalier de médecine.



avez déjà rencontrés, mais en modifiant suffisamment le contexte (âge, sexe, antécédents, etc.) pour éviter toute similitude directe.

- Pensez à diversifier les profils des patients fictifs, en incluant par exemple différents parcours médicaux ou contextes sociaux, pour enrichir la variété des cas proposés.
- Si vous avez un doute sur la ressemblance avec un patient réel, prenez le temps d'ajuster davantage le cas.

## 1.2. Des cas cliniques contrôlés mais créatifs

Chaque rédacteur et rédactrice se verra fournir des éléments de scénario obligatoires pour orienter la rédaction du compte rendu clinique fictif. Ces éléments ont pour objectif d'assurer une cohérence globale et de couvrir une diversité de cas cliniques.

**Les éléments d'amorçage fournis** incluront :

- Le type de document (par exemple, compte rendu d'hospitalisation)
- Les nom, prénom, sexe, âge (fixés)
- Les modes d'entrée et de sortie :  
programmé / non programmé (hors urgences) / urgences
- Le diagnostic principal (pour voir les possibilités rattachées à ce diagnostic, les rédacteurs peuvent s'aider du site <https://www.aideaucodage.fr/cim>)
- Le mode de prise en charge (chirurgie, médecine, chimio, interventionnel, radiothérapie)
- Ainsi que, à caractère indicatif :
  - Les 10 diagnostics secondaires les plus fréquents pour ce diagnostic principal
  - Une durée de séjour
  - Ces informations sont fournies à titre indicatif pour guider le rédacteur mais peuvent ou non être utilisées

À partir de ces informations de base, les rédacteurs ont la liberté d'imaginer les détails du cas clinique, en veillant à :

- Enrichir le contenu avec des informations pertinentes et réalistes (antécédents, résultats d'examens, évolution clinique),
- Maintenir une cohérence médicale avec les éléments d'amorçage,
- Donner de la profondeur et de l'authenticité au cas présenté, tout en respectant les principes d'éthique et de plausibilité.

**Les comptes rendus sont également clôturés par un résumé structuré, où les rédacteurs sont invités à indiquer :**

- la durée de séjour de leur scénario (pour une consultation mettre 0, pour un hôpital de jour mettre 1)



- les éventuels diagnostics associés qu'ils ont intégré à leur scénario, à partir de la liste fournie dans les éléments d'amorçage
- les éventuels autres diagnostics qu'ils ont choisi et jugent pertinents à relever

### Recommandations pratiques

- Le cadre fourni doit être respecté, mais il vise aussi à stimuler la créativité et à encourager une réflexion clinique riche.
- **Si vous constatez que les consignes proposées sont incohérentes d'un point de vue médical, vous pouvez ajuster les détails pour rester en accord avec les consignes générales tout en ajoutant une touche personnelle au scénario.**
  - **Par exemple, en cas d'âge, ou de mode d'entrée ou de sortie incohérent, le rédacteur a la liberté de modifier ces éléments, en indiquant les changements effectués dans le résumé structuré.**
  - Veuillez noter que les comptes rendus de pédiatrie sont normalement rédigés uniquement par les rédacteurs de pédiatrie. Si vous constatez un âge en dessous de 18 ans, il s'agit d'une erreur, veuillez corriger l'âge en proposant un autre et en indiquant les changements effectués dans le résumé structuré.
- **Le code cim-10 indiqué dans le scénario peut être non cohérent ou non clair (par exemple avec certains codes cim10 indiquant "sans précision"). Si rédiger un compte rendu à partir du diagnostic principal proposé ne vous semble pas possible, après avoir consulté les options sur le site <https://www.aideaucodage.fr/cim>, vous pouvez :**
  - **changer le diagnostic principal vers le code cim10 le plus proche et vous permettant de rédiger un scénario, en indiquant les changements effectués dans le résumé structuré**
  - **ou refuser le compte-rendu en suivant les consignes du guide opérationnel.**
- **Si vous considérez que vos connaissances ne vous permettent pas de rédiger un compte rendu plausible pour ces consignes, indiquez-le selon les consignes du guide opérationnel.**

### Important

Le rédacteur est responsable du compte rendu qu'il produit et des informations qu'il contient. Il est important que **le compte rendu que vous rédigez soit personnel et reflète votre style habituel de rédaction.** De manière générale, l'équipe scientifique du projet PARTAGES déconseille l'utilisation de l'IA générative qui peut biaiser le contenu et le style d'écriture des comptes rendus, ce qui risque d'affecter la qualité du corpus de comptes rendus et son potentiel d'utilisation.

### 1.3. Au sujet de l'utilisation de comptes rendus réels

Le rédacteur est responsable du compte rendu qu'il produit et des informations qu'il contient. La transposition du contenu d'un compte rendu réel après suppression des



informations directement identifiantes comme le nom et le prénom permet de pseudonymiser le document mais ne suffit pas pour anonymiser le document au regard de la CNIL. L'utilisation de vrais comptes rendus est donc proscrite dans le cadre de ce projet.

## 2. Format et contenu

Pour chaque cas à rédiger, un document est fourni selon les modalités indiquées dans le guide opérationnel. En en-tête, les consignes spécifiques à ce cas sont indiquées. À la fin, un résumé structuré est à compléter. Des titres de section indicatifs sont également proposés.

- Le nom est modifiable uniquement selon les règles du guide opérationnel
- Ne pas effacer ou modifier les consignes
- Ne pas utiliser d'autres marques de formatage telles que des couleurs ou des italiques

Un plan minimal indicatif est proposé dans le document, adapté à la spécialité et/ou au type de document demandé.

### 2.1. Contenu médical

#### **Pour les comptes rendus hospitaliers :**

Dans tous les cas, les comptes rendus hospitaliers doivent contenir ces informations :

- Motif d'hospitalisation
- Antécédents médicaux, chirurgicaux, familiaux, allergies
- Mode de vie (toxiques, profession, autres - par exemple activité physique, nombre de gestités et parités chez les femmes, situation sociale)
- Traitement à l'entrée
- Histoire de la maladie
- Examen physique (incluant les constantes)
- Examens complémentaires : biologie, autres examens éventuels (CR de radiologie ou anatomo pathologie (conclusion et éventuellement détail))
- Si chirurgie, conclusion de l'opération
- Evolution dans le service
  - bien indiquer la prise en charge diagnostique s'il y a lieu
    - hypothèses diagnostiques
    - résultats des principaux examens complémentaires s'il y a en a
    - indiquer la/les pathologies finales retenues
  - bien indiquer la prise en charge thérapeutique
    - en médecine le nom des traitements et leur posologie, dates
    - en chirurgie des éléments liés à la prise en charge chirurgicale et au suivi post-opératoire
    - le suivi mis en place et les critères de sortie
- Traitement de sortie
- Conclusion



**Pour l'oncologie** : il est essentiel que les comptes rendus hospitaliers mentionnent les informations relatives à la réponse au traitement ainsi qu'à l'évolution de la maladie. Les comptes rendus doivent également indiquer à quel stade de la prise en charge se trouve le patient. D'autres indications seront incluses dans la trame du document de rédaction.

**Pour les comptes rendus d'anatomopathologie** : chaque compte rendu doit comporter au moins un test IHC (immunohistochimie), FISH ou un test génétique incluant des informations sur les biomarqueurs (il est demandé d'avoir au minimum deux biomarqueurs renseignés par acte). La présentation des résultats doit utiliser différents types de notations, notamment des pourcentages, ainsi que des notations qualitatives de type +, ++, -. D'autres indications seront incluses dans la trame du document de rédaction.

**Pour les comptes rendus opératoires**, voici les informations minimales à faire figurer :

- Date
- Diagnostic
- Constatations intra-opératoires : bilan lésionnel, qualité des tissus, difficultés techniques
- Type de matériel utilisé / référence / caractéristiques
- Technique utilisée

D'autres indications seront incluses dans la trame du document de rédaction.

## 2.2. Style et forme

Quel que soit le type de compte rendu, l'idée reste de **coller à la pratique médicale**. Ainsi, les rédacteurs et rédactrices restent libres d'adapter ces consignes pour que ce cadre puisse se décliner selon les pratiques réelles observées dans les services de soins où ils et elles ont pu exercer, en gardant à l'esprit la notion d'exemplarité du travail.

Cela signifie notamment que :

- **Des informations personnelles concernant les patient.e.s fictif.ve.s peuvent être incluses** dans le texte.
- **Les abréviations, acronymes et autres éléments de langue non standard utilisés dans les vrais comptes rendus sont admis** - il n'est pas nécessaire de polir la forme.
- Les comptes rendus peuvent **soit prendre la forme d'un compte rendu structuré et segmenté**, soit d'un **compte rendu narratif** sans citer les sections.
- **Le nom et le regroupement des sections peut être différent des sections précisées dans le modèle**, tant que toutes les informations minimales citées sont contenues dans le compte rendu, et que le choix fait par le rédacteur **reflète la pratique réelle**.



### 3. Checklist du rédacteur

#### 3.1. Type de document

- Le document correspond-il au type demandé (par exemple, compte rendu d'hospitalisation, d'opération, ou autre) ?
- Respecte-t-il la structure attendue pour ce type de document ?
- La forme rédactionnelle est-elle habituelle pour ce type de document ? Y compris dans ses aspects « négatifs » comme les acronymes, les fautes de frappe, etc.

#### 3.2. Respect des consignes de contenu

- Le cas clinique respecte-t-il les consignes imposées (éléments d'amorçage, diagnostic principal et secondaire, etc.) ?
- Le nom du patient utilisé dans le CR est-il le même que celui fixé dans le scénario ?

#### 3.3. Cohérence interne

- Le cas présenté est-il factuellement cohérent tout au long du document (pas de contradictions entre les différentes sections) ?
- Le cas est-il médicalement plausible (pas d'in vraisemblance clinique entre, par exemple, le motif d'hospitalisation, les résultats d'examens, le traitement et la conclusion) ?
- Si applicable, le nom du médecin utilisé dans le CR est-il plausible (pas de mention de type "Dr Cancéro") ?
- Y a-t-il une cohérence entre le diagnostic principal et les motifs d'hospitalisation au sein du résumé structuré ?

#### 3.4. Complet et exhaustif

- Toutes les informations indispensables et/ou traditionnellement présentes dans ce type de document sont-elles incluses ? (par exemple, antécédents, examens réalisés, diagnostics, traitement, suivi)



- Y a-t-il des omissions importantes qui pourraient nuire à la compréhension ou à la qualité du document ?
- Les formulations sont-elles précises et adaptées au contexte médical ?
- Le médecin a-t-il bien signé le compte rendu (avec un faux nom) ?

### 3.5. Anonymisation et éthique

- Le cas clinique est-il totalement fictif et anonymisé ?

## 4. Le guide du valideur

Certains comptes rendus fictifs rédigés dans le cadre du projet vous seront soumis pour validation.

Vous devrez vous assurer de leur acceptabilité, notamment au regard de la check-list ci-dessus.

Vous devrez porter une attention particulière :

- Au respect des éléments du scénario initial, notamment le diagnostic principal
- À la justesse des éléments du résumé structuré notamment :
  - Vérifiez la durée de séjour (en cas de consultation mettez 0, en cas d'hôpital de jour mettez 1)
  - Vérifiez que les diagnostics associés listés dans le résumé structuré correspondent bien à ceux retenus dans le texte
- En cas de modification du scénario par le rédacteur, vérifiez que les modifications sont bien tracées dans le résumé structuré, en ajoutant les champs nécessaires si besoin (par exemple, ajouter un champ âge en précisant l'âge retenu, si il a été modifié par rapport au scénario initial).

Après avoir relu le compte-rendu :

- Si le compte rendu vous semble acceptable tel quel ou avec des modifications mineures : éditez-le directement selon les instructions du guide opérationnel
  - En particulier, si le contenu du compte rendu ne vous semble pas cohérent avec le diagnostic principal, **vous pouvez modifier le diagnostic principal en vous aidant du site <https://www.aideaucodage.fr/cim>** et indiquer vos modifications dans le résumé structuré.
  - De manière générale, **faites le minimum de changements permettant de pouvoir valider et utiliser le compte-rendu**, y compris si le changement en question implique de changer le diagnostic principal.



- Si le compte rendu vous semble cohérent mais nécessite des ajouts ou des modifications importantes (que vous ne pouvez pas faire vous-même dans le temps imparti), indiquez-le selon les instructions du guide opérationnel
- Si le compte rendu vous semble inacceptable et impossible à corriger, soit en raison d'un trop grand nombre d'inconsistances, d'une incohérence médicale importante, ou d'un écart trop important par rapport aux consignes, indiquez-le selon les instructions du guide opérationnel