

# L'image, l'imageur, le patient et son médecin

**Robert Lavayssière**, médecin radiologue et photographe amateur

§Prescription

§Pratique médicale

§Information médicale

§Dossier médical

Le pouvoir de l'image est considérable depuis l'aube de l'humanité et presque toutes les religions s'en sont emparées.

La radiographie de la main de Madame Roentgen a fait plus pour la diffusion de la méthode que tous les discours ou publications sur le sujet et moins d'un an après la découverte de ces rayons inconnus, ou Rayons X, plus de 1 000 installations fonctionnaient de par le monde. La tomodensitométrie par scanner ou l'imagerie par résonance magnétique ont connu la même évolution grâce au choc de leurs images...

L'image, omniprésente dans le monde moderne, est devenue nécessaire en médecine au moment du diagnostic, diagnostic de certitude ou lors du dépistage systématique, comme au moment du traitement ou dans la surveillance post-thérapeutique. Cette toute puissance de l'image peut donner lieu à diverses interprétations et aussi à une certaine méconnaissance de la réalité quotidienne.

## **Du symptôme à l'image ou l'image du symptôme ? Impact sur la pratique**

Il faut être trois pour porter les chaînes du diagnostic par l'image : le médecin clinicien, le patient et le médecin imageur qui n'est pas nécessairement un « radiologue », une bonne partie de l'imagerie étant effectuée par d'autres médecins, en France comme ailleurs.

On estime aujourd'hui qu'un patient sur deux subira, ou « bénéficiera », d'un examen d'imagerie au terme d'une consultation motivée par un symptôme. La demande du patient est forte, car il est de mieux en mieux informé par les médias, ses proches et ses recherches par Internet et donc exigeant. Son médecin accèdera à cette demande pour de nombreux motifs comme la nécessité d'avoir une confirmation d'un diagnostic clinique, mais aussi pour ne pas risquer de manquer une anomalie détectable par le biais de l'imagerie. La question du coût, coût sociétal, est rarement posée et le bien-fondé de la demande n'est que très rarement remis en cause par le patient et son médecin, ce d'autant plus que le patient estime y avoir droit. Le médecin qui doit répon-

dre à la demande d'imagerie n'a que rarement la possibilité de récuser cette demande, pour des raisons de confraternité, mais aussi pour des raisons médico-légales, sauf s'il existe une contre-indication ou une erreur manifeste d'indication.

L'idéal serait que la demande d'imagerie soit éclairée. La question devrait être formulée clairement : M. X ou M<sup>me</sup> Y a tels et tels symptômes et je cherche telle et telle chose. Le moyen devrait relever du choix du spécialiste en imagerie.

Dans la pratique, le patient est adressé avec une demande d'un examen quel qu'il soit avec la mention « faire faire un... », le plus souvent sans aucun renseignement clinique ni aucune indication d'aucune sorte.

Une demande éclairée suppose que l'on sache ce que l'on cherche et que l'on sache ce qu'un examen peut apporter en termes de diagnostic et à quel prix, coût financier et risques éventuels... À l'imageur de deviner ! Et c'est parfois difficile quand le patient ne sait pas s'exprimer ou ne parle pas le français. L'imageur se transforme donc trop souvent comme l'effecteur d'un examen dont le produit ne sera qu'un compte-rendu.

Bien souvent, le patient lui-même ne sait pas pourquoi l'examen est demandé ni à quoi s'attendre, car son médecin ne le lui a pas expliqué, qu'il s'agisse d'une pathologie bénigne ou d'une pathologie grave. Il est ainsi étonnant d'entendre un patient, à qui l'on a fait une IRM de la prostate dans le bilan préopératoire d'un cancer prouvé par des biopsies préalables, poser la question fatidique : « Alors, Docteur (facultatif), est-ce que j'ai un cancer ??? » Cela prouve que dans la chaîne de soins, personne ne s'est donné la peine d'expliquer, voire de justifier cet examen. Lors d'un congrès de cancérologie, nous avons présenté le résultat d'une enquête sur la demande d'examen en cancérologie : le constat était que les médecins généralistes comme les professeurs, chefs de service, ne justifiaient pas leurs demandes et que seuls quelques spécialistes, de ville ou d'hôpital, prenaient le temps d'indiquer les éléments nécessaires à la réalisation d'un examen pertinent.

Cette absence de justification clinique est aussi répandue dans le système ambulatoire que dans le système hospitalier. Ce n'est pas sans raison qu'aux Etats-Unis, de nombreux établissements ont mis en place un système électronique de demande d'examen nécessitant une validation clinique en rapport avec un guide des bonnes pratiques, disponible en ligne si besoin. Cette démarche n'est pas non plus sans arrière-pensée économique, puisque de nombreux organismes subordonnent la prise en charge au respect des indications. Notons qu'en France, la Société Française de Radiologie a elle aussi publié un remarquable guide des bonnes pratiques en imagerie qui est un référentiel accessible à tous, spécialistes ou non. La Sécurité sociale et la Haute Autorité de Santé (HAS) sont également sur cette voie qui avait déjà été explorée avec les Références Médicales Opposables (RMO)...

### Pertinence clinique des images

La pertinence d'un examen d'imagerie repose sur sa valeur clinique et son impact sur la prise en charge d'un patient. Or, il n'y a pas un examen, mais plusieurs en fonction de la façon dont il est conduit avec un même type d'équipement. On ne fait pas un scanner pulmonaire pour une bronchite de la même façon que l'on recherche une embolie pulmonaire : il n'y a pas de méthode universelle.

À l'issue de cet examen, deux situations sont possibles : soit il est normal, soit il met en évidence une pathologie, recherchée voire inattendue ou « incidentalome ».

La valeur d'un examen normal est extrêmement difficile à affirmer. Dans certains cas, s'il est bien indiqué, ce seul examen suffira à rassurer le patient et son médecin et interrompra les investigations et les dépenses. L'exemple type est l'examen tomodensitométrique de la tête pour céphalées, récentes ou chroniques. Quelle est la question derrière ces céphalées : dépression, angoisse, tumeur, anévrisme... La liste est longue et il faut être très sûr de soi pour affirmer qu'un examen est normal.

Il faut qu'il soit techniquement parfait et que l'équipement utilisé soit conforme à l'état de l'art technologique. Or, la technologie évolue très vite, ce qui induit une obligation de moyens même s'il n'y a pas forcément obligation de résultats.

L'imageur a aussi, dans certains cas, à affronter le doute du patient : « J'ai un symptôme et il ne trouve rien ». « Il n'a pas su mettre une image sur ma douleur ! » Et la question survient, parfois ouvertement : « Est-il compétent ou ses équipements sont-ils de qualité ? ». Là aussi, le rôle du demandeur, qui rappelons-le n'est pas un prescripteur, est essentiel : il doit savoir à qui et pour quoi il adresse une demande d'examen.

Cette demande n'est pas une prescription comme celle d'un examen de laboratoire ou de médicaments. La valeur prédictive négative d'un examen se mesure et elle est variable en fonction de la compétence et le degré de spécialisation : pas plus qu'il n'y a de technique universelle, il n'y a de spécialistes universels en imagerie et les centres d'imagerie ont de plus en plus souvent un ou plusieurs référents spécialisés. Cette spécialisation accrue est aussi un des enjeux du futur avec la diminution des effectifs. Des pans entiers de l'imagerie risquent d'être abandonnés à des non-spécialistes de l'imagerie, sans contrôle de qualité ni frein à l'auto prescription.

Cette difficulté d'affirmer la normalité est à l'origine de l'instauration de la deuxième lecture des mammographies réalisées dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein (DOCS).

Les radiologues participant au dépistage ont reçu une formation, qualifiante, spécifique et doivent respecter le cahier des charges national. Toutes les mammographies considérées comme normales sont relues par des radiologues experts, ou deuxièmes lecteurs. Dans tous les pays du monde, y compris en France, la deuxième lecture permet de détecter 10 % de cancers non vus en première lecture, malgré la compétence des médecins.

Évaluer la compétence est difficile et une affaire récente a défrayé la chronique au Canada. Un médecin « étranger », i.e. « non-canadien », exerçant seul dans une lointaine province a été démis de ses fonctions au motif de son incompétence soupçonnée devant des erreurs de diagnostic, partiellement imputées au caractère solitaire de sa pratique. La machinerie administrative, une fois mise en route, a fait relire les examens interprétés par ce praticien pour arriver à la conclusion que son taux d'erreurs était inférieur à la moyenne admise qui est de 5 à 6 % !

Lorsque l'examen est anormal, on serait tenté de dire que la situation est plus facile : c'est le triomphe de l'imagerie faite par le bon médecin demandeur ! Il convient, là aussi, d'être prudent car, comme le disait un de mes maîtres en neuroradiologie : « On n'opère pas des images, mais un patient ». Les images n'ont de valeur que corrélées à la clinique, ce qui permet d'attribuer une valeur prédictive positive avec une précision qui est fonction de la compétence et un niveau de certitude qui est aussi lié à la qualité de l'équipement ou à la technique employée. Ainsi, un neurinome de l'acoustique peut parfaitement passer inaperçu sur un scanner de qualité bien fait alors qu'il sera évident sur un examen IRM de qualité moyenne et que le comportement après injection de produit de contraste IRM permettra d'affirmer le diagnostic.

.../...

.../...

Il arrive parfois que l'examen produise un résultat inattendu et c'est au spécialiste de l'imagerie de formuler plusieurs hypothèses et les moyens pour arriver au diagnostic sous réserve de la pertinence clinique. À quoi cela sert-il d'affirmer qu'un nodule de la surrénale est un adénome bénin au moyen d'une ponction guidée par le scanner si le patient est, par ailleurs, atteint de métastases multiples qui mettent en jeu le pronostic à court terme ? Il faudra aussi affronter le patient, et sa famille parfois, dans le respect de la déontologie médicale et de la relation humaine.

Cette relation est une des difficultés de l'exercice radiologique, car elle est de courte durée, parfois absente, et mal connue des patients comme des autres médecins. Or, les consultations d'annonces sont très souvent radiologiques, au moment du diagnostic ou dans la surveillance, annonce de l'évolution, positive ou négative sous traitement, voire de rechute. Par le biais des imageries, le patient se trouve confronté à une vision, imparfaite mais cruelle, de sa maladie. Les mesures de dimension et les calculs de volume, les indices de progression ou de régression, ont autant d'effets que la matérialisation concrète du mal. Cette réalité est brutale et particulièrement difficile à prendre en charge quel que soit le mode d'exercice.

#### **Le « radiologue clinicien »**

La méconnaissance du travail effectué par les radiologues et, donc, la méconnaissance du service médical rendu est ancienne. Vouloir ramener l'acte d'imagerie au simple temps d'acquisition des images témoigne d'une méconnaissance profonde de la réalité quotidienne. Le raccourcissement du temps d'examen a surtout eu deux conséquences. La première est le confort du patient qui ne doit plus subir des procédures longues dans une situation d'inconfort et l'autre est la mise en évidence de phénomènes non-détectables jusque-là tout en générant un flux d'images très important, plusieurs milliers avec les scanners modernes.

On assiste aussi de ce fait à un découplage entre l'acte technique, où la présence médicale reste nécessaire pour adapter l'examen, et l'acte intellectuel qui devient de plus en plus long et complexe. Les logiciels d'aide à la détection, ou CAD, ne sont pas des logiciels d'aide au diagnostic, même s'ils ont fait la preuve de leur utilité dans certains domaines (détection des micro calcifications, calculs de volume, etc.). Ils demandent une interprétation humaine et génèrent aussi des faux positifs qu'il faut savoir identifier.

La délégation des tâches au personnel de manipulation ne peut se faire que dans un cadre strictement encadré, où la protocolisation extrême est nécessaire et la tentation de rendre l'interprétation immatérielle au moyen de la « télé radiologie » n'est pas une solution aux problèmes démographiques ou économiques. Elle demande autant, voire plus, de compétence et se prive de l'information donnée par le patient qui est le seul à pouvoir exprimer, plus ou moins aisément, sa plainte somatique, réelle ou supposée.

N'oublions pas que le radiologue est le seul médecin, avec les anatomo-pathologistes, à engager un diagnostic par écrit et que son produit, les images, peut être regardé par un tiers, radiologue ou non. L'expertise judiciaire utilise aussi les données de l'imagerie et la conservation des données numériques (stockage-archivage) est devenue un enjeu majeur.

Enfin, il est souhaitable de pourfendre une idée couramment répandue : les radiologues n'arrivent qu'en cinquième position dans l'échelle des revenus des médecins spécialistes selon les statistiques de la CARMF qui utilise les déclarations fiscales.

#### **Conclusion**

Si l'imagerie médicale n'a pas perdu son pouvoir de séduction, elle est menacée par un double défi, démographique et technocratique, à la recherche d'une utopie, une médecine à bas coût et au plus haut niveau... ■