

Téléradiologie : des évolutions juridiques récentes en télémédecine

**Dr Vincent HAZEBROUCQ, MCU-PH de radiologie, AP-HP (Direction de la Politique médicale)
et directeur du DU d'imagerie médico-légale de l'Université Paris 5
vincent.hazebroucq@univ-paris5.fr**

Depuis la précédente chronique consacrée à ces sujets, dans le SRH-Info du premier trimestre 2003, plusieurs évolutions juridiques d'importance sont intervenues pour favoriser le développement de la télémédecine.

Parallèlement, les contraintes fonctionnelles et démographiques devenant de plus en plus lourdes sur l'imagerie des hôpitaux publics, et singulièrement sur ceux qui disposent d'un SAU, les réflexions s'intensifient sur l'intérêt et l'éventualité de la création de centres de télédiagnostic destinés à résoudre la quadrature du cercle de la permanence radiologique sur l'ensemble du territoire national. Alors qu'une nouvelle refonte de la réorganisation des structures d'accueil des urgences se profile, faisant une large part à l'organisation en réseaux

et pour l'instant sans accorder suffisamment de considération aux problèmes d'imagerie, il semble utile de faire un nouveau point d'étape sur la téléradiologie & le télédiagnostic et de rappeler les principes médico-légaux et déontologiques qui doivent guider nos réflexions.

Les récentes évolutions juridiques favorables à la télémédecine et à la téléradiologie

À la suite d'un important travail de fond de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques¹, le Parlement a intégré dans la loi n°2004-810 du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie, plusieurs dispositions destinées à définir légalement la télémédecine², à

l'inscrire dans la planification des soins³ et à légaliser les prescriptions à distance⁴.

Cette loi ouvre également la possibilité d'autoriser par décret l'utilisation d'un identifiant médical unifié (numéro INSEE ou autre)⁵, affirme clairement l'interdiction de la commercialisation des données de santé nominatives, afin de protéger la télémédecine de la marchandisation des données⁶ (Article 4), et confie à la Haute Autorité de Santé le soin d'établir des règles de bonnes pratiques et la certification des sites informatiques de santé ainsi que des logiciels d'aide à la prescription médicale⁷ (Article 35).

Par ailleurs, dans la perspective ouverte par le Doyen Yvon BERLAND dans son rapport au Ministre de la santé sur la "Coopération des professions de

¹ OPECST, Rapport n°1686 de l'Assemblée nationale et n°370 du Sénat, coordonné par messieurs Jean DIONIS DU SEJOUR, député & Jean-Claude ETIENNE, sénateur, intitulé "Nouvelles technologies de l'information et système de santé : la nouvelle révolution médicale", Paris 2004.

² Article 32 : "La télémédecine permet, entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical."

³ Article 33 : "Les schémas régionaux d'organisation sanitaire intègrent la télémédecine. Chaque schéma définit les modes opérationnels pour répondre aux exigences de la santé publique et de l'accès aux soins."

Article 67 : "Art. L. 162-47 (CSP) - Une mission régionale de santé constituée entre l'agence régionale de l'hospitalisation et l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) est chargée de préparer et d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions. Elle détermine notamment :

"1° Les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé ... ; 2° Après avis du conseil régional de l'ordre des médecins et des représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux, des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins ... ; 3° Le programme annuel des actions... destinées à améliorer la coordination des différentes composantes régionales du système de soins pour la délivrance des soins à visée préventive, diagnostique ou curative pris en charge par l'assurance maladie, notamment en matière de développement des réseaux, y compris des réseaux de télémédecine..."

⁴ Article 34 : "Une ordonnance comportant des prescriptions de soins ou de médicaments peut être formulée par courriel dès lors que son auteur peut être dûment identifié, qu'elle a été établie, transmise et conservée dans des conditions propres à garantir son intégrité et sa confidentialité, et à condition qu'un examen clinique du patient ait été réalisé préalablement, sauf à titre exceptionnel en cas d'urgence."

⁵ Article 5 : "Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, détermine les conditions dans lesquelles un identifiant peut être utilisé pour l'ouverture et pour la tenue du dossier médical personnel tel que défini à l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale, dans l'intérêt de la personne concernée et à des fins exclusives de coordination des soins."

santé : le transfert de tâches et de compétences", comme solution partielle aux problèmes démographiques de certaines professions médicales, il est désormais possible légalement, et pour l'instant à titre expérimental, d'expérimenter des transferts et délégations de compétences entre médecins et paramédicaux, notamment manipulateurs d'électroradiologie⁸. Toutefois, aucune de ces expérimentations ne concernent actuellement la téléradiologie.

Malgré ces salutaires évolutions législatives et réglementaires, certaines interrogations subsistent, notamment

■ sur la nécessaire définition légale du lieu d'un acte de télémédecine : l'acte est-il réputé se passer à l'endroit du patient (le "télémédecin" se déplaçant virtuellement auprès de lui) ou au contraire au lieu d'exercice habituel du médecin (en considérant cette fois que c'est le patient qui se déplace virtuellement chez le médecin). La dernière solution semble nettement préférable pour simplifier les questions complexes de conditions d'exercice légal de la médecine, de la compétence des tribunaux ou de la réglementation applicable.

■ Sur le mode de rémunération des actes de télémédecine : s'il importe d'éviter de recréer les conditions d'un compérage débridé, il faut que l'investissement technologique nécessaire à la fois dans le service qui demande des avis et dans le centre de télédiagnostic soit amortissable dans des délais compatibles avec le rythme soutenu des évolutions technologiques sous peine



d'aboutir à une obsolescence dangereuse. Il faut en outre prendre en considération la rémunération des ressources humaines nécessaires au fonctionnement quotidien et à l'organisation de ces systèmes (réalisation des examens, surveillance à distance, interprétation, mais aussi stockage et mise à disposition des examens, coordination du réseau, contrôle de qualité de son fonctionnement...). La Dotation nationale des réseaux pourrait être une partie de solution, à la condition que les comités régionaux des réseaux ne considèrent pas que des réseaux majoritairement voire exclusivement hospitaliers ne sont pas de leur ressort. Une inscription des actes de télémédecine dans la nouvelle classification commune des actes médicaux semble à court terme indispensable.

Applications pratiques de ces évolutions législatives à la téléradiologie

Considérant la difficulté, voire l'impossibilité financière et démographique, d'entretenir durablement la présence permanente de radiologues dans certaines structures radiologiques de proximité situées dans des zones rurales reculées ou dans des endroits isolés pour diverses raisons (par exemple les prisons) deux scénarios de la téléradiologie et du télédiagnostic peuvent se concevoir :

■ le premier serait de considérer qu'il faudrait (?) (a) autonomiser les manipulateurs d'électroradiologie pour qu'ils puissent travailler indépendam-

⁶ Article 4 : "...Tout acte de cession à titre onéreux de données de santé identifiantes, directement ou indirectement, y compris avec l'accord de la personne concernée, est interdit sous peine des sanctions prévues à l'article 226-21 du code pénal."

⁷ Article 35 : "... La Haute Autorité de santé est chargée d'établir une procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé et des logiciels d'aide à la prescription médicale ayant respecté un ensemble de règles de bonne pratique..."

⁸ Article 131 de la loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : "Des expérimentations relatives à la coopération entre professionnels de santé et aux possibilités de transfert de compétences entre professions médicales et d'autres professions de santé peuvent être prévues par dérogation aux articles ... du code de la santé publique, par arrêté du ministre chargé de la santé. Cet arrêté fixe les modalités précises de ces expérimentations, et notamment la nature et la liste des actes, la durée de l'expérimentation, les établissements et services qui en sont chargés, les conditions de mise en oeuvre, ainsi que les modalités de son évaluation". Un arrêté du 13 décembre 2004 (J.O n° 10 du 13 janvier 2005 page 557 texte n° 20) a publié une première liste d'expérimentations autorisées en application de cette loi.



ment de tout médecin, sauf lorsqu'une injection de produit de contraste pourrait nécessiter l'assistance d'un médecin local dans l'éventualité d'une réaction indésirable et (b) équiper ces structures radiologiques de dispositifs permettant la transmission des images et leur interprétation à distance dans des centres de téléradiologie établis en limitant le rôle et la responsabilité du téléradiologue à l'interprétation des images ;

■ le second, plus conforme à l'enseignement de nos maîtres, aux principes traditionnels de la déontologie médicale, ainsi qu'à l'esprit de la loi du 13 août 2004 et notamment à son article 32, est d'exiger que les structures télé-radiologiques soient équipées de dis-

positifs techniques élaborés, comportant en plus des matériels destinés à transmettre les images, d'une solution de visioconférence voire d'outils de contrôle à distance des appareillages⁹, permettant au téléradiologue de garder au maximum le contrôle et la responsabilité de son acte d'imagerie, depuis la vérification du bien fondé des indications des examens au vu des renseignements cliniques, de contrôler à distance le travail du manipulateur et les consignes de radioprotection, et au besoin d'avoir une conversation avec le patient et ou le médecin demandeur pour la suite à donner à l'examen, puis d'interpréter rapidement l'examen, et enfin de participer à distance à des téléconférences multidisciplinaires, utiles à la fois pour la prise en charge des patients et pour la formation continue des professionnels de santé.

La technologie rend ce second scénario parfaitement réaliste, même si les outils déployés jusqu'ici ont surtout été axés sur le premier, les stations de téléradiologie ayant initialement été conçues non pas pour un véritable télédiagnostic à distance mais pour permettre d'obtenir un second avis (téléconsultation et téléexpertise).

Les tentatives d'utilisation pour suppléer l'absence locale de radiologue sont donc une dérive qu'il faut éviter sous peine de restreindre le radiologue à un lecteur d'images à distance, de sacrifier la nécessaire prise en compte du contact clinique et du contrôle des indications d'examens, exigés notamment par les directives européennes de radioprotection.

Il est fort à parier que dans la première hypothèse, on observerait une démultiplication des "examens parapluies" demandés sous prétexte de

considérations médico-légales mal comprises, et d'autant plus facilement obtenus qu'il n'y aurait plus de radiologue susceptible de s'y opposer ; au contraire, dans ce scénario du pire, une structure téléradiologique aurait tout intérêt à augmenter son volume d'affaires...

Le lecteur aura compris qu'il ne faudrait pas conclure à tort de l'existence d'une querelle qui opposerait les "modernes" (tenants de la téléradiologie) aux "classiques" (conservateurs d'une radiologie de Grand-Papa, opposés à tout progrès technologique). En réalité, la modernité est précisément dans le camp de la défense, par l'emploi d'outils technologiques adaptés et les plus aboutis, des bonnes pratiques professionnelles traditionnelles de notre métier, alors que ce sont les limitations d'outils déjà désuets qui imposeraient des compromis néfastes à la qualité, proches de la compromission et de l'abdication des responsabilités justifiant la place de spécialistes de l'imagerie auprès des spécialistes cliniciens, médecins ou chirurgiens.

Aspects déontologiques et bonnes pratiques cliniques en téléradiologie

Dès 1996, le professeur GLORION soulignait que "L'acte médical comporte deux acteurs, le patient et le médecin. Le colloque singulier, l'examen clinique, le dialogue interactif ont constitué, de longue date, les bases de l'exercice médical empreint d'humanisme. C'est pourquoi, l'éloignement de l'un par rapport à l'autre peut induire des conséquences, certaines bénéfiques, les autres dommageables, dont il est nécessaire d'étu-

⁹ Plusieurs expérimentations ont démontré la possibilité d'effectuer divers actes médicaux à distance, scanner-X, échographie... sans nécessiter les exploits technologiques de l'opération LINDBERG de téléchirurgie intercontinentale du Pr MARESCAUX.

dier et d'apprécier les mérites comme les inconvénients : diminution ou restriction de la relation médecin - malade, perte ou gain de confiance vis-à-vis de cette pratique nouvelle, responsabilité personnelle des médecins utilisateurs, respect du secret professionnel et de la confidentialité des données échangées ou mises en commun¹⁰.

De nombreuses réunions et colloques consacrés depuis à ce sujet ont établi que la télémedecine est parfaitement légitime - sinon obligatoire en raison de l'obligation de moyens¹¹ et de l'accessibilité pratique de tels outils - lorsque certaines conditions sont respectées :

■ **s'il s'agit de faciliter l'obtention par un médecin de l'avis d'un confrère plus spécialisé ou plus éclairé¹²** : la téléconsultation est la version moderne de cette "consulta-

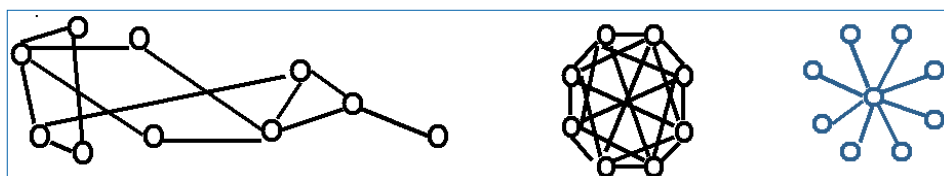


Figure 1 : trois types d'organisation de réseaux : les deux de gauche sont maillés, le troisième est organisé en étoile avec un centre qui est le seul susceptible de donner des avis à un service de la périphérie.

tion" décrite dès le premier Règlement de déontologie médical français publié par la CSMF en 1936¹³; signalements, au passage ; que le Code de déontologie des médecins est désormais intégré dans le Code de la Santé publique (CSP) aux articles R. 4127-1 à -112 de sa partie réglementaire¹⁴.

■ **si elle ne remplace pas sans raison valable un acte médical classique** ; elle ne saurait aucunement constituer un alibi pour dépasser sa compétence ni sa qualification¹⁵. Ainsi le radiologue qui sait ne pas maîtriser convenablement un acte ne devrait pas l'entreprendre) au prétexte qu'il pourra

transmettre les images et obtenir un avis ; en dehors d'une réelle urgence, il serait préférable d'adresser le patient chez un confrère plus adapté.

■ **si elle ne fragilise pas sans raison valable les droits classiques du patient :**

- **Au choix de son télémedecin¹⁶** ; Cette préoccupation justifie un souci de préférence pour des outils de télé-radiologie organisés en "réseau maillé" permettant de choisir le téléconsultant, plutôt qu'une organisation étoilée centripète (figure de droite du schéma ci-dessus) qui imposerait techniquement le recours à un centre

¹⁰ Colloque déontologie médicale et télémedecine, Ordre national de l'Ordre des médecins, 6 mai 1996 ;

¹¹ Article R. 4127-32 CSP : " Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. "

Article R. 4127-33 CSP : " Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés. "

Article R. 4127-71 CSP : " Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge. Il doit notamment veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux, qu'il utilise, et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires. "

Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées. "

Il doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours. "

¹² Article R. 4127-60 : " Le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent ou accepter celle qui est demandée par le malade ou son entourage. "

Il doit respecter le choix du malade et, sauf objection sérieuse, l'adresser ou faire appel à tout consultant en situation régulière d'exercice. "

S'il ne croit pas devoir donner son agrément au choix du malade, il peut se récuser. Il peut aussi conseiller de recourir à un autre consultant, comme il doit le faire à défaut de choix exprimé par le malade. "

A l'issue de la consultation, le consultant informe par écrit le médecin traitant de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions en avisant le patient. "

Article R. 4127-61 CSP : " Quand les avis du consultant et du médecin traitant diffèrent profondément, à la suite d'une consultation, le malade doit en être informé. Le médecin traitant est libre de cesser ses soins si l'avis du consultant prévaut auprès du malade ou de son entourage. "

Article R. 4127-62 CSP : " Le consultant ne doit pas de sa propre initiative, au cours de la maladie ayant motivé la consultation, convoquer ou réexaminer, sauf urgence, le malade sans en informer le médecin traitant. "

Il ne doit pas, sauf volonté contraire du malade, poursuivre les soins exigés par l'état de celui-ci lorsque ces soins sont de la compétence du médecin traitant et il doit donner à ce dernier toutes informations nécessaires pour le suivi du patient. "

¹³ Du latin *consultare* : demander un avis ;

¹⁴ Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, paru au J.O n° 183 du 8 août 2004 page 37087 texte n° 37086.

¹⁵ Article R. 4127-70 CSP : " Tout médecin est, en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose. "

¹⁶ Article R. 4127-6 CSP : " Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit. "

¹⁷ Art. L. 1110-4. CSP (résultant de la loi du 4 mars 2002) : " Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. "

" Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. "

" Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. "

" Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale est obligatoire... "

Article R. 4127-4 CSP : " Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. "

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. "

unique de télédiagnostic, par exemple régional. Certaines applications de téléradiologie méritent actuellement ce reproche.

- **À l'information du patient sur les actes pratiqués** : le patient doit, autant que possible être informé et même consulté sur le souhait du praticien de demander un avis par téléradiologie. L'urgence est évidemment une circonstance qui peut justifier une entorse à cette nécessité, légalement réaffirmée par la loi du 4 mars 2002.

- **Au secret professionnel et à la protection de sa vie privée**¹⁷ : en pratique, avant de transmettre une information nominative, la première question à se poser est la possibilité de l'anonymiser si cela ne risque aucunement de nuire à la sécurité des avis. Il faut ensuite vérifier que le patient ne s'oppose pas à cette transmission de données le concernant.

- **À la qualité des soins** : comme souligné ci-dessus, l'utilisation d'un outil de télédiagnostic doit apporter un surcroît de qualité au patient et non tenter de justifier une radiologie au rabais. Par ailleurs, un radiologue ne devrait pas accepter de donner à distance un avis sur un examen qu'il aurait considéré comme insuffisant s'il lui était directement présenté sur place.

- **À la réparation d'un éventuel dommage résultant d'une faute médicale**

ou d'une défaillance du système de télémédecine (responsabilité indemnitaire, civile ou administrative selon le cadre libéral ou public de la structure médicale qui donne un avis)¹⁸. Sur le principe, le fait de donner un avis directement ou à distance ne devrait pas modifier le principe traditionnel de la responsabilité médicale : lors des actes partagés, il n'y a pas de partage de la responsabilité, mais un cumul des responsabilités de chacun des intervenants. Par ailleurs, en cas de déficience technique responsable d'un dommage au patient, la responsabilité du fournisseur du service ou du matériel de télétransmission pourrait être mise en cause.

■ **si elle ne perturbe pas profondément les devoirs généraux du médecin envers son patient ni ses collègues.**

- Quelle est, au fond, la nature de la relation entre le patient et son télémedecin ? Comment éviter aux soins de pâtir d'une virtualisation mutuelle du patient et de son téléradiologue ? Comment, en l'absence d'échanges interactifs, de type visioconférences, par ex., le téléradiologue, devenu abstrait pour le patient et le clinicien, pourrait-il continuer à revendiquer une place de clinicien dans l'équipe médicale et ne pas devenir un simple technicien ?

- La télémédecine ne doit pas exacerber la concurrence et favoriser le braconnage médical¹⁹, comme cela a été

dénoncé aux USA notamment en Floride, où une entreprise de téléradiologie proposait aux cliniques de rompre les contrats noués avec les groupes radiologiques locaux, en cassant les prix...

- La télémédecine ne doit pas faire oublier le devoir d'économie qui limite le médecin à ce qui est strictement nécessaire à la qualité des soins²⁰.

Réflexions prospectives

Il conviendra même de se demander régulièrement si le développement des outils de télémédecine ne pourra pas, lorsqu'ils seront devenus ubiquitaires, créer de nouvelles obligations dans le fonctionnement de nos services et cabinets de radiologie : À terme, la disponibilité du DMP et la possibilité d'accéder sans frais et immédiatement aux examens d'imagerie antérieurs pourraient conduire à proposer :

■ **Une consultation systématique du dossier complet pour le contrôle de l'indication d'un nouvel examen** : il n'est pas rare que la réponse à une question formulée par le clinicien demandeur soit déjà présente dans les examens d'imagerie antérieurement réalisés, que le clinicien ait ou non connaissance de l'existence de ces examens.

■ **L'interprétation comparative obligatoire avec les anciennes**

¹⁸ Article R. 4127-64 : "Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade.

Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avvertir ses confrères."

¹⁹ Article R. 4127-57 CSP : "Le détournement ou la tentative de détournement de clientèle est interdit."

Article R. 4127-22 CSP : "Tout partage d'honoraires entre médecins est interdit sous quelque forme que ce soit, hormis les cas prévus à l'article R. 4127-94.

L'acceptation, la sollicitation ou l'offre d'un partage d'honoraires, même non suivies d'effet, sont interdites."

Article R. 4127-23 CSP : "Tout compéage entre médecins, entre médecins et pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes physiques ou morales est interdit."

Article R. 4127-24 : "Sont interdits au médecin :

- tout acte de nature à procurer au patient un avantage matériel injustifié ou illicite ;

- toute ristourne en argent ou en nature, toute commission à quelque personne que ce soit ;

- en dehors des conditions fixées par l'article L. 4113-6, la sollicitation ou l'acceptation d'un avantage en nature ou en espèces sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, pour une prescription ou un acte médical quelconque."

²⁰ Article R. 4127-8 CSP : "Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.

Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles."

radiographies ; nous préconisons régulièrement aux patients de nous rapporter les anciens examens, mais en pratique ceux-ci ne sont pas souvent disponibles. Le développement des réseaux d'images, des systèmes d'information radiologiques (SIR) laisse présager de la possibilité d'un préchargement (ou prefetching) des images des examens antérieurs lors de la prise de rendez-vous ou de l'inscription d'un patient pour un nouvel examen, de sorte qu'il soit disponible sans délai pour une interprétation comparative et que la technique de réalisation du nouvel examen puisse au besoin être adaptée ou complétée pour faciliter cette comparaison.

■ **La double lecture radiologique :** à partir du moment où l'intérêt de la double lecture est largement démontré pour les examens de dépistage, la question peut se poser d'un intérêt de la systématiser à toute interprétation radiologique. La téléradiologie peut en être un moyen. Une limite de cette pratique est évidemment celle des ressources humaines et financières que cela nécessiterait. Seule une évaluation médico-économique rigoureuse permettrait de vérifier que le jeu vaut bien la chandelle.

■ Des adaptations encore plus drastiques de la pratique radiologique surviendront sans doute, prévisibles ou non, comme par exemple une systématisation de la pratique du tri au fil de l'eau des examens, pour l'interprétation immédiate et solitaire des examens les plus simples à interpréter, et la mise de côté pour une interprétation différée et collective de tous ceux qui n'ont pas pu être interprétés "à la minute". Cette organisation prônée depuis plus d'une dizaine d'années en anatomo-



mo-pathologie²¹ et appliquée dans certaines grosses structures de ville, pour des raisons de rentabilité du temps médecin, sera peut-être une réponse à l'accélération de la cadence des imageurs modernes...

Au total, la téléradiologie comme tout outil ne devient une solution que si on la couple à une organisation adaptée. À défaut elle ne résout rien et risque même d'aggraver les dérives d'une gestion défaillante ou carentielle. Il ne faut pas idéaliser l'innovation technologique ni être pusillanime devant elle. Ce n'est pas la seule disponibilité des technologies de l'information et de la

communication qui nous feront glisser, comme le redoute Kathy KINCADE²², d'une 'profession de gentlemen' vers un système de gros cabinets de groupe et de compagnies commerciales de télémedecine, à l'instar des grands groupes d'avocats états-uniens employant plusieurs centaines d'avocats.

Il est clair qu'à se focaliser sur les évolutions technologiques sans prendre en considération leurs impacts éthiques et déontologiques, nous risquerions de nous réveiller un jour dans le "meilleur des mondes".

²¹ Bhattacharya et coll : "Case triage model for the practice of telepathology", *Telemed J.*, 1995, 1 (1) :pp. 9-17

²² Kincaid K. "Teleradiology : Market opportunity or predatory strategy ? Providers address charges of swoop-and-scoop". *Telemed Telehealth Netw* 1998;4:45-48