

« La démographie radiologique est le défi cardinal »

Pour le Pr Louis Boyer, la démographie conditionne l'avenir de l'imagerie médicale. Au-delà des réponses purement quantitatives, il plaide pour des solutions encadrées et territorialisées, recentrées sur la qualité et la sécurité des soins radiologiques, la relation au patient et des moyens économiques proportionnels aux enjeux.

→ Vous présentez la démographie médicale comme le défi majeur, dont dépendent la téléradiologie, le transfert de tâches ou la financiarisation. En quoi la pénurie recompose-t-elle l'organisation de l'imagerie ?

La démographie médicale est effectivement un problème cardinal, car elle explique l'émergence de "solutions de substitution" qui, lorsqu'elles ne sont pas raisonnées, finissent par aggraver le problème qu'elles prétendent corriger. Face au manque de radiologues, la tentation est grande d'étendre la téléradiologie, d'invoquer comme une incantation l'intelligence artificielle, de promouvoir les transferts de tâches, ou d'accepter plus facilement des logiques de financiarisation. Ces réponses, parfois simplistes, peuvent néanmoins fragiliser une offre radiologique déjà dégradée. La téléradiologie rend service pour assurer une permanence des soins dans des territoires sous-denses, mais quand elle devient systématique – notamment aux heures ouvrables – elle altère la relation entre le radiologue et le patient et accentue la désertification médicale. Quant à elles, la délégation ou le transfert de tâches posent une question centrale de responsabilité des actes médicaux : déléguer ne signifie jamais se décharger. La financiarisation peut également conduire les radiologues à perdre la maîtrise de leur outil, alors même que notre métier implique de choisir et de piloter ses moyens. La priorité reste donc de traiter la cause : former davantage et mieux répartir les ressources, humaines et techniques, dans les territoires.

→ L'accès aux évolutions technologiques, notamment en interventionnel, devient une problématique croissante. Quels sont les freins et comment éviter une radiologie à deux vitesses ?

L'innovation est permanente en radiologie et son impact sur la qualité et la sécurité des soins immédiat, en

PR LOUIS BOYER,
responsable du pôle
de radiologie du CHU
de Clermont-Ferrand
et président du G4



imagerie diagnostique et en radiologie interventionnelle, où elle transforme directement les parcours de prise en charge. Le premier frein est matériel : bénéficier du progrès suppose de disposer des équipements les plus récents et les plus performants, ce qui nécessite des investissements. La radiologie doit être pensée comme un investissement, et non comme un coût. Il existe aussi un frein institutionnel : la reconnaissance officielle des innovations, trop lente dans notre pays, puis leur valorisation. De nombreux actes nouveaux, notamment interventionnels, ne sont pas cotés ; le progrès existe, mais il n'est pas reconnu rapidement dans les

classifications, ralentissant ainsi sa diffusion. Ce retard n'est pas neutre : différer l'accès à des techniques moins invasives et plus précises, c'est parfois retarder un diagnostic ou un traitement, avec des patients pris en charge plus tardivement, à des stades plus avancés. Cela entraîne des pertes de chance, mais aussi des surcoûts pour la collectivité. En interventionnel, investir tôt permet souvent d'éviter de prolonger le recours à des chirurgies lourdes, à des hospitalisations prolongées ou des trajectoires de dépendance. L'enjeu est donc d'accélérer les processus d'évaluation et de reconnaissance, afin que les innovations bénéficient rapidement aux patients, partout dans le pays.

→ Sur l'intelligence artificielle, où placer le curseur pour l'intégrer sans fragiliser la qualité et la responsabilité médicale ?

Il faut être très clair : l'intelligence artificielle, dite organisationnelle, améliore l'organisation des soins, simplifie les flux et permet de prioriser les situations urgentes. Sur ces trois volets, les gains sont réels. En revanche, sur le chapitre de l'aide au diagnostic, on touche au cœur de la médecine par les preuves avec l'exigence d'évaluation des algorithmes, et la question de leur financement. On ne peut pas déployer massivement des outils dont on ne connaît pas précisément la performance en vie réelle ni les conditions de sécurité. Et il ne faut pas entretenir l'illusion d'un remplacement. Une IA qui se trompe dans 5 % des cas, c'est considérable. L'erreur n'est pas abstraite, quand elle correspond à une fracture non détectée ou à un cancer du sein méconnu. L'intelligence artificielle peut constituer une aide ; elle ne pose pas un diagnostic toute seule. La responsabilité demeure médicale. Le curseur réside donc dans une intégration maîtrisée : validation médicale scientifique indépendante des algorithmes, usages ciblés, formation, traçabilité, et modèle économique transparent. L'idée n'est pas de faire sans les radiologues, mais de mieux faire avec eux.

→ Vous reconnaissez l'utilité de la téléradiologie pour la permanence des soins, mais vous alertez sur ses dérives. Quelles dispositions préconisez-vous ?

La téléradiologie a démontré son utilité dans un cadre précis : garantir une permanence des soins, notamment dans des établissements où il est difficile de maintenir une présence suffisante. Idéalement territorialisée, assumée entre radiologues hospitaliers et libéraux d'un même territoire, elle peut constituer une solution transitoire et pragmatique pour éviter une rupture d'accès aux soins. Mais elle ne doit pas devenir une activité systématique, encore moins aux heures ouvrables, car elle finit par transformer l'organisation au détriment du maillage territorial. Lorsque l'imagerie se décroche du territoire, la relation directe avec le patient disparaît. Or celui-ci a le droit – et souvent le besoin – d'échanger avec le radiologue, de comprendre un résultat, d'être rassuré ou accompagné lors d'une annonce difficile. Il s'agit donc de trouver un juste équilibre : utiliser la téléradiologie comme un outil de sécurisation, et non comme un modèle de production. L'organisation doit en être, autant que possible territorialisée, concertée entre les acteurs locaux, articulée avec la coopération ville-hôpital, et la circulation fluide des images et des comptes rendus. Si la téléradiologie sert à compenser la

« IL FAUT GARANTIR LA DIFFUSION DES INNOVATIONS ET ÉVITER UNE "RADIOLOGIE À DEUX VITESSES" »

pénurie sans la traiter, elle aggrave la désertification. Elle doit rester une réponse, si possible, territorialisée, encadrée et proportionnée.

→ Radiologie libérale et hospitalière sont désormais complémentaires. Comment organiser cette coopération ?

La radiologie est au cœur de la majorité des filières de soins : dépistages, diagnostics, bilans d'extension, interventionnel et suivis des patients traités ou non. Elle concerne tous les âges de la vie et tous les territoires. Dans ce contexte, l'offre de soins radiologiques ne peut être suffisante qu'en associant ses forces vives, libérales et publiques : proximité programmée, urgences et permanence des soins, soins radiologiques de recours et de référence en surspécialités d'imagerie par organe, en radio-pédiatrie ou en radiologie interventionnelle avancée. Nous ne nous trouvons plus dans une logique de concurrence, mais d'addition des compétences, car nous ne sommes pas assez nombreux. Organiser cette complémentarité suppose un dialogue permanent et une mutualisation des expertises : tout le monde ne fait pas tout. Il faut permettre aux patients d'accéder, au plus près de chez eux, à l'offre la plus pertinente et performante, y compris pour des techniques ou des expertises non disponibles localement. La clé réside dans la circulation fluide des images et des comptes rendus, mais aussi dans une bonne coordination entre radiologues à l'échelle des territoires réels de la vie concrète, et non uniquement des grandes régions administratives délimitées par les Agences Régionales de Santé. L'objectif est de construire un maillage cohérent et lisible, garant de l'équité d'accès aux soins, sans compromis sur la qualité.

→ La pénurie touche les radiologues et les manipulateurs. Quelles priorités activer pour une réponse durable, notamment dans les zones sous-denses ?

Il faut d'abord analyser les causes : le vieillissement de la population, la progression des pathologies chroniques et la place, devenue centrale, de la radiologie diagnostique et interventionnelle entraînent une hausse continue de l'activité. Dans le même temps, un effectif suffisant de manipulateurs fait défaut. Les vacances de postes sont importantes, au moment où les tutelles autorisent davantage d'équipements lourds, ce qui devrait imposer d'en former plus. La réponse ne peut être que nationale. Elle suppose d'harmoniser pleinement les formations, actuellement assurées par deux filières distinctes, et de renforcer les effectifs formés dans les écoles existantes, plutôt que de multiplier des structures aux promotions limitées. Il est également indispensable de lever les freins à la mobilité européenne. Le diplôme français, fondé sur une triple valence spécifique (radiothérapie, médecine nucléaire, radiologie), n'entrave pas le départ de nos professionnels, mais complique inutilement l'accueil de manipulateurs étrangers pourtant qualifiés, soumis à des compléments de formation disproportionnés. Chez

les radiologues, le constat est comparable : un tiers de la profession a plus de 60 ans. Selon le CERF¹, les facultés et CHU ont pourtant la capacité de former bien davantage de jeunes radiologues, jusqu'à 370 par an, contre 251 en 2025, alors que 276 avaient été diplômés en 2015 ! Il faut donc résolument augmenter le nombre de radiologues formés en France. Ce message capital, désormais partagé par toute la profession, reste toutefois ignoré par les pouvoirs publics. Enfin, dans les territoires déjà fragilisés, la réponse ne peut se limiter à la dématérialisation : elle passe par des mesures encourageant les installations, les réseaux de proximité, et le maintien du dialogue avec le patient, dimension essentielle de la spécialité.

→ Quel message souhaitez-vous adresser aux jeunes radiologues ?

Je souhaite leur dire ceci : vous avez choisi l'une des spécialités les plus complètes et les plus passionnantes, qui intervient à toutes les étapes de la plupart des parcours de soins, pour toutes les pathologies.

Elle est en évolution constante, intellectuellement stimulante et profondément utile. Annoncer une bonne nouvelle, orienter un patient, poser un diagnostic précoce, proposer un traitement innovant : c'est cela notre métier. Une médecine humaine, moderne et indispensable, à condition de lui donner les moyens d'exister durablement.

Propos recueillis
par Jonathan ICART

¹ Collège des Enseignants en Radiologie de France

« LA TÉLÉRADIOLOGIE COMMERCIALE
PEUT ÊTRE UTILE POUR LA PERMANENCE
DES SOINS, MAIS ELLE EST DANGEREUSE
SI ELLE DEVIENT UN MODE D'EXERCICE
"PAR DÉFAUT" »
