



Opératiques

L'imagerie médicale

COMPRENDRE, ANALYSER, PRÉVENIR
AVEC LE CONSEIL MÉDICAL MACSF

Ensemble, prenons soin de demain



Le conseil médical MACSF

Dr Catherine VINIKOFF,

médecin radiologue et présidente de MACSF SGAM,
MACSF assurances, MACSF Libéa et MACSF financement

Dr Laurence CARPENTIER,

chirurgien-dentiste et présidente de MACSF prévoyance
et MACSF épargne retraite

Dr Carole GERSON,

médecin conseil MACSF

Dr Caroline LUSTMAN,

médecin urgentiste,
Hôpital Privé d'Antony, administratrice MACSF

Dr Pierre TROUILLER,

chef de service de réanimation,
Hôpital Fondation ROTHSCCHILD, administrateur MACSF

Dr Thierry HOUSELSTEIN,

directeur médical MACSF

Nicolas GOMBAULT,

directeur général de MACSF Libéa et MACSF prévoyance,
directeur général délégué de MACSF SGAM et MACSF assurances,
directeur de l'indemnisation et de la communication médicale

Bruno FRATTINI,

directeur scientifique de la Prévention Médicale



Dr Catherine VINIKOFF

Discipline transversale par définition, l'imagerie médicale concerne toutes les spécialités de la chirurgie et de la médecine. Sa sinistralité, jusqu'à maintenant modérée, pourrait toutefois se majorer du fait de la multiplication des procédures interventionnelles ainsi que des nouvelles pratiques en imagerie diagnostique : télé interprétation, délégation de tâches, recours croissant à l'intelligence artificielle, surcharge des plannings pour faire face à la demande d'examens, qui risquent de compromettre, à terme, la relation avec le patient. Nous vous proposons donc ce thème pour le premier numéro de notre nouvelle publication « En pratiques », issue des travaux du **Conseil Médical MACSF**, afin de dresser un état des lieux de l'imagerie médicale en France et d'envisager les évolutions possibles.

Très bonne lecture à tous !

I. L'imagerie médicale en chiffres

9 342

radiologues en France en 2025
selon la DREES

L'âge moyen est de

52 ans

avec une répartition

60 %

des radiologues
exercent en
secteur public

vs

40 %

en libéral



64 %
d'hommes



36 %
de femmes

13,3

radiologues pour
100 000 habitants

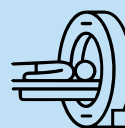
1 070

centres
d'imagerie
de ville



2,9

scanners /
200 000
habitants



34 000

manipulateurs
en électroradiologie

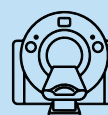


1 300

IRM

1 400

scanners



+ 13 %

de manipulateurs
d'électroradiologie
médicale

+ 10 %

de radiologues

Entre 2014 et 2024

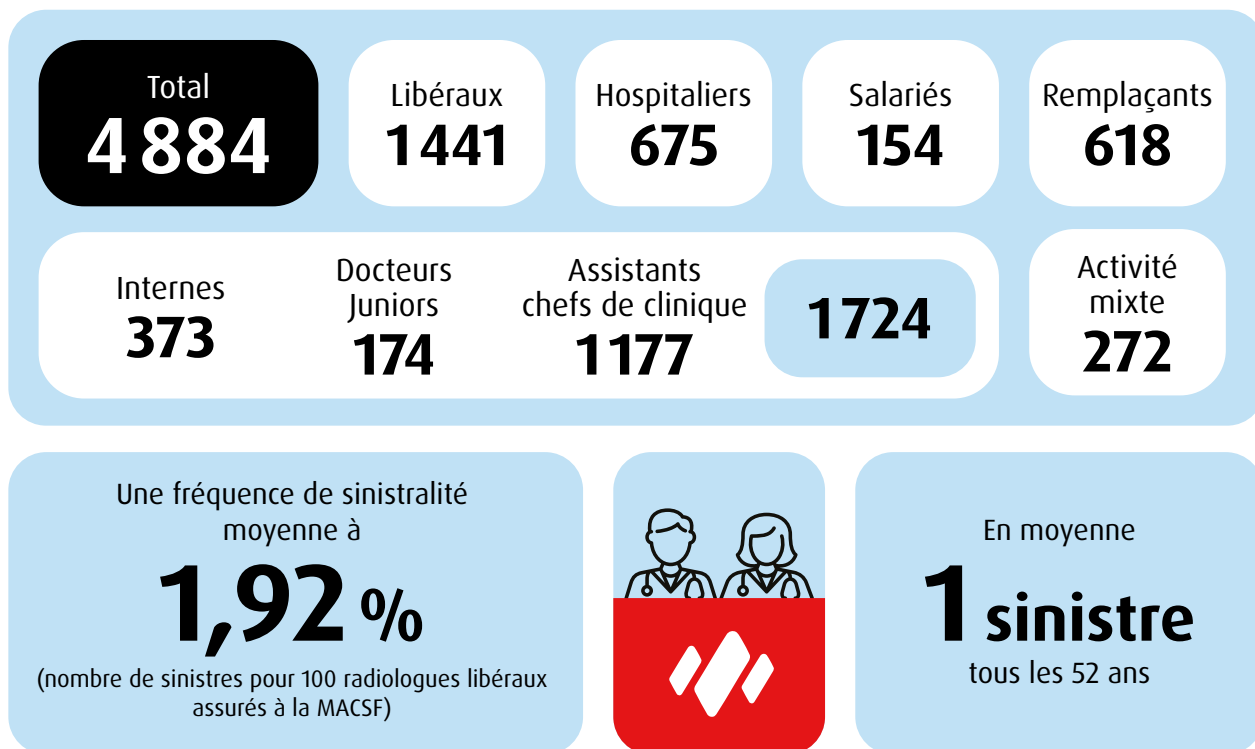


Forte montée
en puissance de l'IA

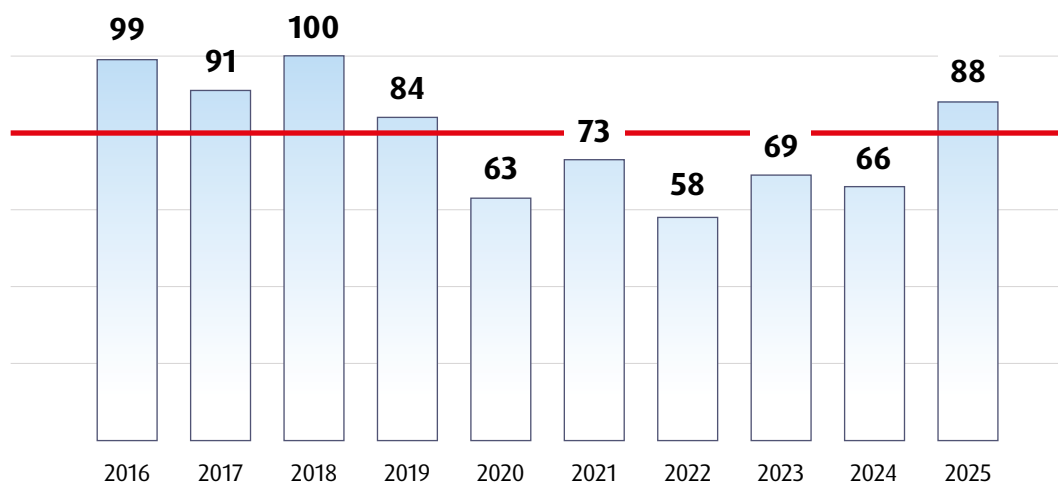


II. Les chiffres clés

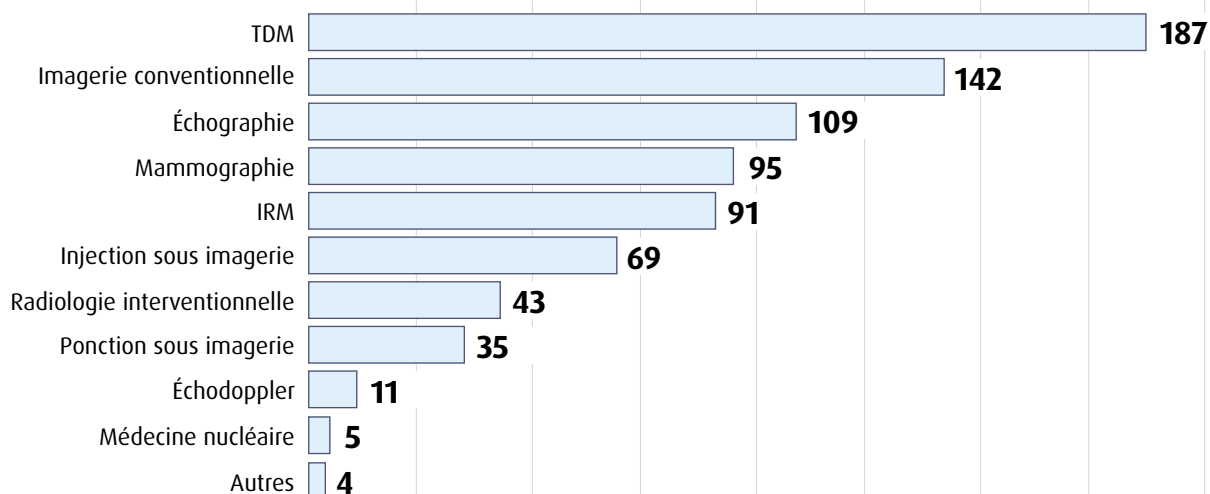
Les radiologues assurés en RCP par la MACSF



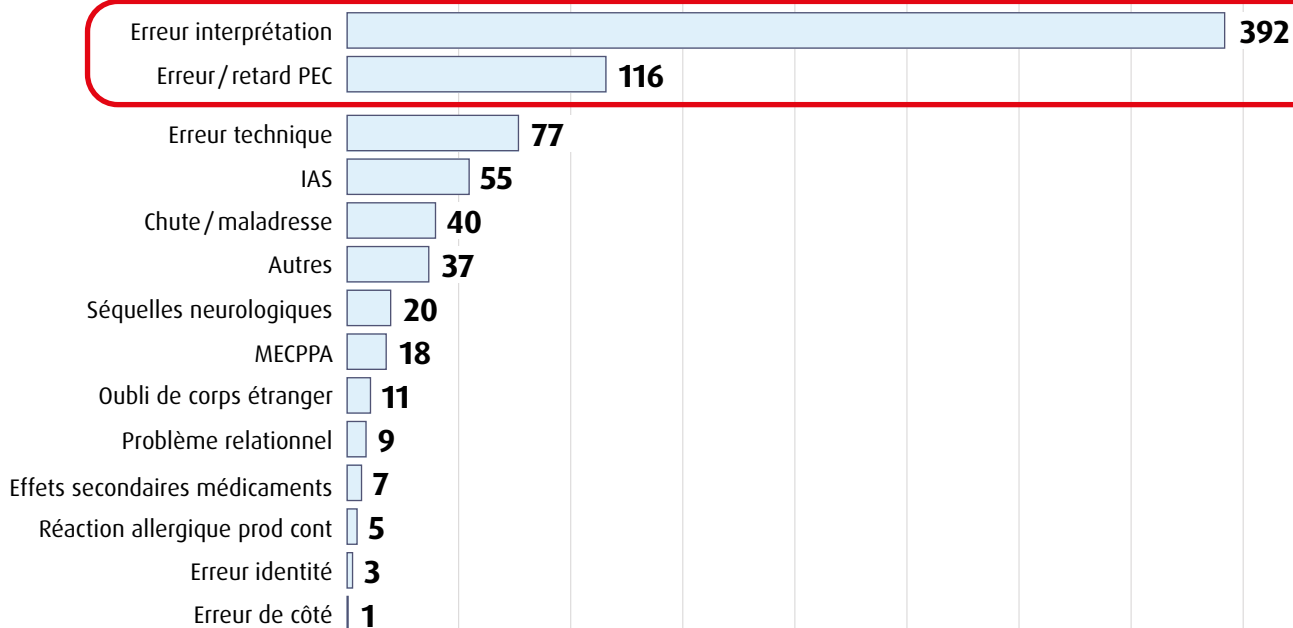
Évolution du nombre de réclamations en imagerie médicale



Types d'actes mis en cause



Motifs de réclamations en imagerie médicale de 2016 à 2025



Répartition des réclamations en imagerie médicale de 2016 à 2025



III. Risque médico-légal en imagerie médicale : « un parcours à risque » ?

Avant l'imagerie

- L'**indication d'une imagerie médicale** n'est pas source de réclamation ou de contentieux, hormis dans de rares cas relevant le plus souvent de la radiologie interventionnelle (cimentoplastie, acte interventionnel vasculaire, par exemple) ou de la téléradiologie. De même, **le choix de tel ou tel examen** n'est généralement pas remis en cause, les indications et la pertinence de chaque examen étant bien établies. Nous notons quelques changements de type d'imagerie par le radiologue, jugés plus pertinents ou conformes aux recommandations. Rappelons que le radiologue reste décisionnaire de l'acte qu'il réalise.
- L'**information** relative à cet examen doit être fournie en amont par le prescripteur mais surtout par l'opérateur, notamment lorsque cet acte comporte des risques spécifiques : injections, radiotoxicité, allergie aux produits de contraste (questionnaire en amont), actes interventionnels surtout. La traçabilité de cette information doit être conservée car celle-ci doit pouvoir être démontrée. Un consentement doit être recueilli. Le recueil des renseignements cliniques doit être tracé et des difficultés de compréhension ou d'interprétations rapportées.

Au cours de l'acte d'imagerie

- La réalisation d'examen d'imagerie peut s'accompagner de chutes, contusions ou traumatismes divers, notamment lors de l'installation du patient ou en fin d'examen lorsque le patient se relève (chute de la table, contusion par l'appareil, non-respect des contre-indications pour les IRM, ruptures de prothèses mammaires lors de mammographies...). Si les **dommages corporels** sont souvent limités, nous relevons quelques traumatismes conséquents, notamment des traumatismes crâniens ou rachidiens. Il est fondamental d'être transparent lors de telles situations et surtout de communiquer avec le patient ou son entourage.
- Des **réactions anaphylactiques** d'intensité variable peuvent survenir lors d'examen avec injection de produits de contraste, rappelant l'impérieuse nécessité de disposer du matériel ad hoc et de process maîtrisés par un personnel formé à ces complications, y compris à l'appel aux secours si besoin. Le risque médico-légal se situe en effet au niveau du recueil d'éventuels antécédents ou contre-indications mais aussi au niveau de la gestion de cette complication après appréciation du degré de gravité. Rappelons l'importance de vérifier la fonction rénale et d'éventuels facteurs de risques cardiovasculaires dans ces situations.
- Le sujet du **transfert de compétences et/ou de délégations de tâches** est de plus en plus prégnant, conduisant des manipulateurs radio à effectuer ces examens sous la responsabilité du radiologue. Ces évolutions organisationnelles doivent respecter les recommandations en vigueur afin de ne pas exposer les différents acteurs à des sanctions pénales.
- La **téléradiologie** se développe et avec elle quelques contentieux portant sur des erreurs d'interprétation (Cf. infra) mais aussi parfois sur des difficultés d'organisation ou de réalisation de l'acte, sans exclure des discussions sur la pertinence de l'acte demandé. Ces sujets concernent la structure sollicitant cet examen, organisant la réalisation, et à l'autre bout de la chaîne, le radiologue (ou la structure) analysant les images et rendant une interprétation. Sur le plan médico-légal, un process rigoureux doit être mis en place (qui fait quoi ?) afin de réduire le risque de complications.

- Les **actes interventionnels** sont de plus en plus nombreux et variés, allant d'infiltrations périphériques ou rachidiennes, à des explorations diverses et variées, en passant par des gestes techniques thérapeutiques de type cimentoplastie ou autres. La spécificité de ces actes et des risques s'y rattachant impose une attitude prudente sur un plan médico-légal à la fois concernant l'indication, la balance bénéfice-risque et les alternatives envisageables. Tout ceci doit parfaitement être porté à la connaissance du patient afin de recueillir son consentement écrit. Dans l'hypothèse d'une prise en charge pluridisciplinaire, chaque intervenant doit être en capacité de démontrer ce recueil du consentement. L'aval doit également être sécurisé dans l'hypothèse de la survenue d'une complication devant rapidement être prise en charge (centre de neurochirurgie, plateau technique vasculaire, réanimation...).
- Les actes d'imagerie réalisés dans un **contexte d'urgence** constituent un risque médico-légal identifié dans la mesure où les actes - dans leur grande majorité - ne sont pas interprétés immédiatement par un radiologue, étant examiné par le prescripteur urgentiste. Dès lors, certains diagnostics peuvent être portés secondairement, entraînant de ce fait un retard à la prise en charge notamment lors de lésions traumatiques passées initialement inaperçues.

Au décours de l'examen

- **Les erreurs de diagnostic** représentent le principal motif de réclamation, concernant surtout (et sans surprise) l'imagerie standard, le scanner, l'IRM puis dans une moindre mesure, les autres examens. En règle générale, elles concernent des erreurs de lecture (lésions non vues ou non décelées) et/ou des erreurs d'interprétation (lésions vues mais considérées à tort comme non significatives, le radiologue s'orientant vers un autre diagnostic). Le facteur humain reste donc prépondérant, les relectures confirmant dans la majorité des cas l'existence de lésions non décrites. Ces erreurs de lecture ou d'interprétation peuvent être à l'origine de retards de prise en charge et de traitement, notamment lors de la découverte ultérieure de lésions tumorales, amenant à ce que la responsabilité exclusive ou partagée du radiologue soit retenue pour perte de chance lors des expertises médicales. À noter que certaines de ces erreurs peuvent avoir été induites par la demande initiale, orientée sur une autre zone anatomique ou la recherche d'une lésion spécifique.
- **Les systèmes experts d'aide au diagnostic et l'IA** sont de plus en plus fréquemment utilisés en imagerie médicale, visant à réduire les erreurs de lecture et d'interprétation. Ces solutions doivent être considérées comme une aide technique, le radiologue restant le responsable de l'interprétation. À ce jour, nous n'avons pas identifié de mise en cause concernant une imagerie assistée par IA, mais rappelons la prise de position de l'Académie de Médecine, allant dans le sens d'une obligation de moyens. Les solutions d'IA permettent de réduire les anomalies de lecture, bien que leur apport dans l'interprétation reste à confirmer.
- **Les infections associées aux soins après imagerie médicale** concernent des actes comportant une injection de produits de contraste ou des actes invasifs comme des infiltrations. Elles surviennent fréquemment en cas de non-respect des protocoles de désinfection, lesquels doivent pouvoir être tracés et démontrés si besoin. En dehors des établissements hospitaliers, la survenue d'une infection associée aux soins au décours d'une acte d'imagerie n'engagera la responsabilité de la structure d'imagerie que sur la base d'une faute. Rappelons l'importance du respect des protocoles lors des actes invasifs, sans oublier le port d'un masque !

IV. Prévention du risque en imagerie médicale

L'imagerie médicale constitue aujourd'hui un maillon essentiel de la décision clinique. La sophistication croissante des équipements, la diversification des techniques interventionnelles, l'augmentation continue des volumes d'activité et la complexification des parcours de soins conduisent toutefois à une exposition accrue aux risques. Si les performances technologiques ont considérablement amélioré la qualité diagnostique et thérapeutique, elles ne sauraient, à elles seules, garantir la sécurité des patients. Celle-ci repose sur la robustesse de l'organisation, la maîtrise des processus et la capacité des équipes à détecter, récupérer et atténuer les défaillances avant qu'elles ne produisent un dommage.

Les erreurs d'identitovigilance, les discordances entre la prescription, l'indication clinique et le protocole réalisé, ainsi que les erreurs de latéralité ou de ciblage anatomique illustrent les vulnérabilités des interfaces organisationnelles, souvent davantage que des défaillances techniques. À ces situations s'ajoutent les erreurs diagnostiques liées à l'interprétation des images - faux négatifs, faux positifs, anomalies non détectées ou mal caractérisées - ainsi que les retards de validation ou de transmission des comptes rendus. Ces événements peuvent retarder la prise en charge thérapeutique, conduire à des examens complémentaires inutiles ou, à l'inverse, entraîner une perte de chance pour le patient. Dans la plupart des cas, ils résultent d'une combinaison de facteurs : qualité des informations cliniques transmises, complexité des images, interruption de tâche, charge cognitive, pression temporelle, variabilité inter-observateurs ou encore défaut de communication entre le radiologue et les équipes cliniques.



L'analyse rétrospective des événements indésirables montre que ces derniers résultent rarement d'une erreur individuelle isolée. Ils traduisent plus fréquemment l'accumulation de défaillances latentes, de variabilités organisationnelles, de défauts de communication ou d'interfaces imparfaitement sécurisées. Cette approche systémique, largement décrite dans les travaux sur la sécurité des soins, conduit à privilégier une stratégie de maîtrise des risques reposant sur la complémentarité des barrières de sécurité.

La maîtrise de ces risques repose sur une stratégie de **défense approfondie**, fondée sur la superposition de barrières de sécurité complémentaires. Aucune mesure de prévention ne pouvant garantir, à elle seule, l'absence d'événement indésirable. La sécurité repose sur la capacité de l'organisation à empêcher la survenue des défaillances, à les détecter lorsqu'elles surviennent et à en limiter les conséquences lorsqu'elles atteignent le patient. La variabilité des situations cliniques, des organisations et des comportements professionnels rend inévitable l'existence de vulnérabilités ; elle vise donc à renforcer la résilience du système plutôt qu'à rechercher une maîtrise illusoire du risque.

Les barrières de prévention constituent le premier niveau de défense. Elles associent la pertinence de la prescription, la qualité des informations cliniques transmises au radiologue, la standardisation des protocoles d'examen, l'application des principes de radioprotection, la sécurisation de l'identitovigilance, le dépistage des contre-



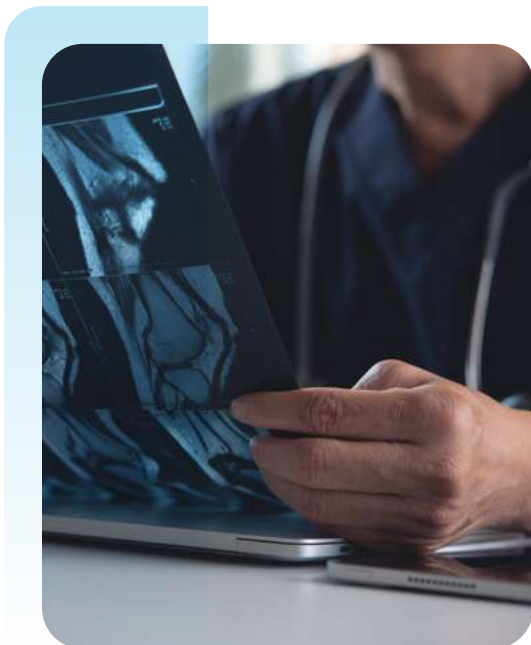
indications aux produits de contraste et à l'IRM, le respect des règles d'asepsie lors des actes interventionnels, l'évaluation du risque de chute chez les patients vulnérables ainsi que la maintenance des équipements. Elles reposent également sur le développement des compétences techniques et humaines des professionnels : communication, coordination, leadership, conscience de la situation, anticipation des situations dégradées et gestion de la charge de travail.

Les barrières de récupération visent à intercepter une défaillance avant qu'elle ne produise un dommage. Elles comprennent notamment la double vérification de l'identité du patient, la validation collégiale des protocoles complexes, le contrôle des paramètres dosimétriques, les questionnaires de sécurité en IRM, la surveillance clinique lors de l'administration des produits de contraste, la détection précoce des infections après un geste interventionnel, l'accompagnement des patients fragiles lors des transferts, ainsi que les dispositifs favorisant la qualité diagnostique : recours à la seconde lecture pour certaines situations, confrontation radio-clinique, réunions de concertation pluridisciplinaire, communication rapide des résultats critiques et systèmes d'alerte en cas d'anomalie susceptible de modifier immédiatement la prise en charge.



Les barrières d'atténuation interviennent lorsque l'événement n'a pu être évité. Elles comprennent la prise en charge immédiate des réactions d'hypersensibilité, des extravasations, des complications infectieuses ou hémorragiques, ou des conséquences d'une chute. Elles concernent également les erreurs diagnostiques identifiées a posteriori : réévaluation rapide du dossier, information sans délai de l'équipe clinique et du patient lorsque cela est approprié, adaptation de la stratégie thérapeutique afin de limiter toute perte de chance. À l'échelle de l'organisation, ces barrières se prolongent par l'analyse systémique des événements indésirables, les revues de morbi-mortalité, les retours d'expérience et la mise en œuvre d'actions d'amélioration ciblant prioritairement les facteurs organisationnels et humains ayant contribué à la survenue de l'événement.

Cette approche traduit l'évolution de la prévention des risques en imagerie médicale vers un modèle inspiré des organisations à haute fiabilité (*High Reliability Organizations* ou *HRO*), dans lesquelles la sécurité ne repose plus exclusivement sur la compétence individuelle mais sur la robustesse des processus, la culture du questionnement permanent, la qualité des interactions entre professionnels et la capacité du système à anticiper, détecter et absorber les défaillances. Dans un contexte d'évolution rapide des technologies et des pratiques interventionnelles, la prévention durable des risques suppose ainsi de considérer la sécurité non comme une juxtaposition de procédures, mais comme une propriété émergente de l'organisation tout entière.



V. Quelques exemples

Domage corporel

Patiente de 89 ans, non totalement autonome (aides à domicile), aux antécédents de PTH bilatérale, diabétique et traitée par Kardégic du fait de facteurs de risque cardiovasculaires. La patiente est prise en charge en centre de radiologie libérale le **9 mai** pour doppler artériel des membres inférieurs. Lors du transfert du fauteuil roulant à la table d'examen – assuré par son fils et une secrétaire – la patiente chute au sol, le frein des roulettes du lit d'examen n'étant pas enclenché. La patiente présente un TC avec PC de quelques minutes, conduisant à l'intervention des secours puis à son transfert en CHU. À l'admission, il est noté une anisocorie conduisant à un bilan d'imagerie (scanner cérébral) révélant un hématome sous-dural pariétal gauche et une contusion sous-arachnoïdienne gauche avec saignement. Le traitement par Kardégic est arrêté et un avis neurochirurgical pris, préconisant une simple surveillance. L'évolution est jugée favorable, la patiente regagne son domicile le lendemain.



Des vomissements conduisent à une nouvelle hospitalisation de **48 heures** mais l'examen clinique rassurant et une stabilité de l'HSD autorisent le retour à domicile.

La patiente est réadmise le **14 mai** en raison d'une somnolence, le scanner révélant une majoration de l'HSD, des pétéchies occipitales droites et une hémorragie ventriculaire. Une prise en charge palliative est décidée au vu de ces éléments. La patiente décède deux jours après.

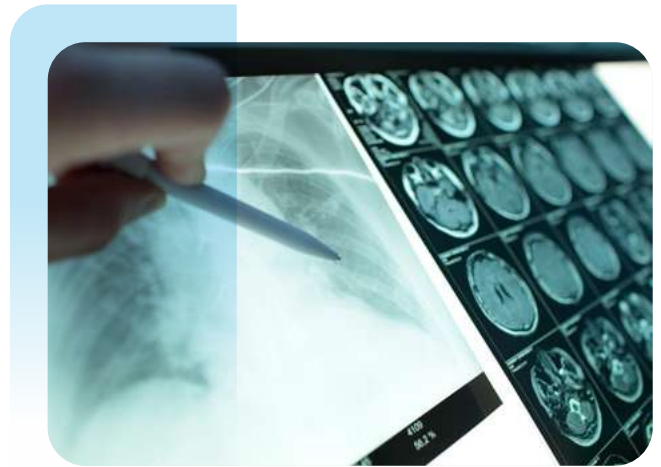
Les experts ont conclu à un dysfonctionnement du service de radiologie, compte tenu de la délégation du geste d'installation de la patiente sur la table d'examen à la secrétaire. Ce dysfonctionnement a été à l'origine de la chute entraînant un TC-PC à l'origine du décès. Là encore, rappelons la nécessité d'expliquer au patient ou à son entourage la situation, sans rien omettre.



Erreur de diagnostic

Patient de 64 ans, diabétique, en surpoids, ancien fumeur (20 PA), insuffisant respiratoire (BPCO) porteur d'une cardiopathie dilatée et ischémique revascularisée puis « *stentée* ». Le patient consulte son médecin traitant le **27 septembre** pour des douleurs basithoraciques gauches, sans notion traumatique évidente. L'examen clinique retrouve une douleur costale gauche à la palpation, l'examen cardio-pulmonaire étant sans particularité (toux chronique), la SaO2 à 94 %.

Un bilan radiographique (RP face et gril costal) est réalisé le **26 octobre** retrouvant des « *remaniements de la structure costale et axillaire gauche, réaction pleurale*. Caractère ancien ou récent ? nécessité de réaliser un TDM thoracique complémentaire. Patient informé ? ». Un scanner thoracique (sans injection) est pratiqué à la demande du médecin traitant le **6 novembre** notant en conclusion « *fracture de la 7^{ème} côte droite avec épanchement pleural de faible abondance du même côté. Atélectasie lobaire inférieure bilatérale. Opacités alvéolaires du lobe moyen* ». Un scanner thoraco-abdomino-pelvien du **20 novembre** retrouve un nodule para hilair droit d'allure suspecte et en fenêtre osseuse de nombreuses lésions ostéolytiques des côtes, du rachis et du bassin.



Le patient est admis en service de médecine, le bilan identifiant une lymphangite carcinomateuse en rapport avec un adénocarcinome bronchique mais aussi deux localisations cérébrales secondaires. L'état de santé du patient se dégrade rapidement sur un plan pulmonaire et celui-ci décède le **17 décembre**.

L'expert pneumologue - et non pas radiologue - pointe du doigt le caractère insuffisant et surtout erroné de l'interprétation du scanner thoracique du **6 novembre**. Les lésions pulmonaires et osseuses ne sont pas décrites ni signalées. Cette insuffisance est à l'origine d'un retard au diagnostic et de prise en charge de 15 jours, l'expert confirmant cependant l'absence de réelles conséquences en rapport avec cette erreur, le stade très évolué de la lésion compromettant à court terme le pronostic vital. Des souffrances endurées sont retenues au titre de l'indemnisation pour ce retard de diagnostic.



Ce cas « *classique* » mais aux conséquences médicales et médico-légales limitées ne doit cependant pas occulter un nombre important d'autres cas où l'erreur diagnostique commise par le radiologue n'a été redressée que plusieurs mois ou années après, entraînant une perte de chance significative pour le patient en matière de possibilités thérapeutiques ou de survie.

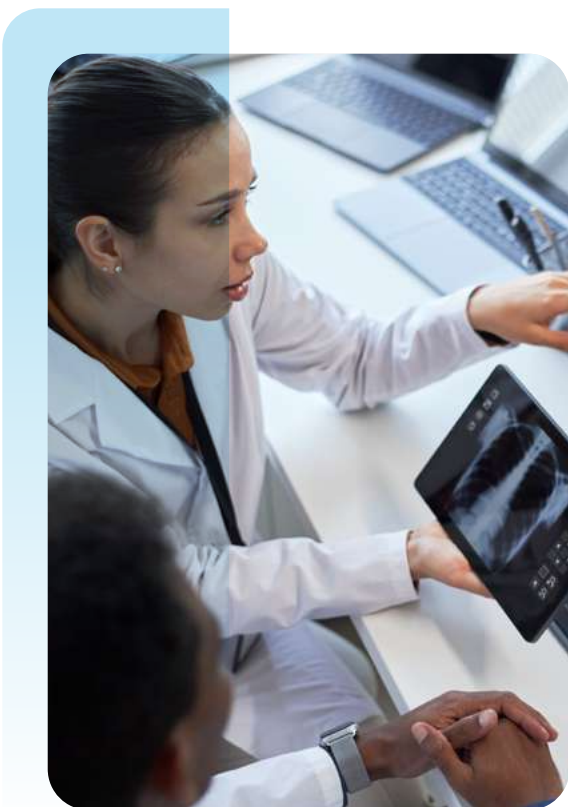
Radiologie interventionnelle

Patient âgé de 37 ans, chauffeur routier, opéré d'une cure de hernie discale lombaire en 2015 suite à un accident du travail. Suivi par un rhumatologue pour lombalgies chroniques invalidantes sur discopathie L4-L5 inflammatoire Modic 1 préconisant une infiltration intra discale après discographie.

Le **27 juin**, infiltration intra discale L4-L5 sous AL (Xylocaïne) par le radiologue rapportée comme suit. «*Conditions d'asepsie strictes. Consentement éclairé signé. Ponction du disque L4-L5 par voie postéro latérale D à l'aide d'une aiguille 22G sous contrôle scopique. Absence de reflux sanguin. Injection intra discale du produit de contraste sous contrôle scopique, bonne position de l'aiguille, pas de fuite extra discale ou vasculaire. Injection d'1 ml d'Hydrocortancyl 2,5%.*»



45 minutes après l'injection, le patient présente des douleurs pelviennes et des membres inférieurs intenses puis une paraplégie. Il est examiné rapidement par un rhumatologue et un neurochirurgien demandant une IRM rachidienne (normale) puis un angio-TDM thoracique qui élimine une dissection aortique. Une nouvelle IRM réalisée le lendemain montrera une ischémie médullaire. Malgré une longue prise en charge en SSR, le patient ne récupérera pas.



Au décours d'une expertise difficile, les experts rappellent l'absence de validation des infiltrations sur rachis opéré, ceci concernant à la fois le rhumatologue et le radiologue. Ils pointent du doigt l'absence de précision concernant les conditions anatomiques, évoquant des «*imperfections sur la situation et le trajet de l'aiguille*». De même, l'absence de RCP est reprochée, les experts rappelant que le rhumatologue n'a pas informé le patient de ce risque neurologique.

Infection associée aux soins

Patiente âgée de 50 ans, gestionnaire dans une compagnie d'assurances, aux antécédents de nodule thyroïdien sous surveillance.

En **mars 2020**, la patiente est victime d'un accident de trampoline entraînant des dorsalgies en rapport avec une fracture tassement de T8 traitée par immobilisation et antalgiques.

En **janvier 2024**, soit presque 4 ans après le traumatisme, réalisation d'une infiltration sous scanner de 2 mL d'Hydrocortancyl en intra-discal T7-T8, à la demande du neurochirurgien, pour persistance des dorsalgies selon le CR : *« Dorsalgies avec à l'IRM discret tassement du plateau supérieur de T8 et hernie intra spongieuse avec discret remaniement de signal des plateaux vertébraux »*.

Deux jours plus tard, la patiente ressent des « *picotements* » dans le bras droit, sans fièvre, puis **début février** une « *barre dans le dos* » avec des « *décharges électriques* » au niveau des côtes droites. Alerté, le radiologue se veut rassurant et conseille de temporiser. Différents antalgiques sont prescrits.



Courant **février 2024**, une IRM met en évidence un : *« Aspect nettement hyperhémique avec prise de contraste intense du corps vertébral de T8, du coin postéro-inférieur de T7, de l'arc postérieur de la 8^{ème} côte droite, des parties molles pré-rachidiennes de la racine nerveuse dans le foramen T7-T8 et de l'espace épidural sans image d'abcès ni atteinte du disque T7-T8 ni des parties molles le long du trajet utilisée. Infiltration du disque T7-T8 »*. Dès le lendemain le radiologue contacte la patiente et lui recommande une prise en charge pour suspicion de spondylodiscite. Une biopsie du disque T7-T8 confirmera une spondylodiscite à Streptococcus sanguinis et Actinomyces Odontoliticus, qui sera traitée médicalement. L'évolution sera favorable mais des dorsalgies persisteront.



Si l'infection peut logiquement être rapportée à cette infiltration, rappelons que la responsabilité du radiologue exerçant en centre de radiologie privé ne sera engagée que sur la base d'une faute dont le patient devra rapporter la preuve pour espérer une indemnisation, le centre d'imagerie n'étant pas considéré comme un établissement de santé.

Téléradiologie

Patiente de 73 ans, aux antécédents de polyarthrite rhumatoïde sous immunosuppresseurs.

Le **13 novembre 2023**, la patiente présente des douleurs abdominales avec vomissements et épisodes diarrhéiques conduisant à une prise en charge en service d'urgence. L'examen clinique est rassurant et un scanner abdominal est demandé. Réalisation de ce scanner sur place mais interprétation à distance via une société de téléradiologie. Le scanner étant considéré comme normal, le retour à domicile de la patiente est autorisé le lendemain avec un traitement symptomatique.

L'évolution est marquée par la persistance des douleurs abdominales malgré le traitement avec apparition d'une anorexie.

Le tableau clinique persistant conduit l'entourage à contacter le centre 15, la patiente étant réadmise dans le même centre le **17 novembre 2023**. À l'admission, sont notés une CRP à 618 et des lactates à 7.5. Un scanner thoraco abdomino-pelvien est réalisé dont le CR indique « *tableau d'ischémie mésentérique d'origine thrombotique avec thrombus au sein de l'artère mésentérique supérieure responsable de signes de gangrène déplacée au sein d'anses grêles en regard du flanc droit et en regard du caecum avec un aspect pré-perforatif. Multiples infarctus spléniques. Présence d'un thrombus flottant au sein de l'aorte thoracique descendante de 8 mm* ». Une résection iléo-caecale sans rétablissement de la continuité est réalisée en urgence.

L'évolution après réintervention le lendemain pour thrombectomie ilio-fémorale profonde, laparotomie exploratrice et nouvelle résection iléo-caecale sera malgré tout favorable, la patiente étant porteuse cependant d'une stomie.



L'expert retient une erreur d'interprétation du scanner du 13 novembre 2023 alors qu'il existait des signes d'ischémie mésentérique aiguë d'origine thrombotique artérielle avec à la fois des signes directs et indirects : défaut de rehaussement des parois iléales, pneumatose pariétale du caecum, thrombus de l'artère mésentérique supérieure juste en aval du départ de l'artère colique moyenne et sur les coupes les plus hautes, un thrombus suspendu de l'aorte descendante. L'erreur d'interprétation commise par le radiologue, qui engage sa responsabilité, a conduit le service des urgences à sous-estimer la gravité du tableau clinique. La société de téléradiologie est mise hors de cause, l'expert considérant que les images transmises étaient d'excellente qualité, aucun problème technique n'étant noté.

VI. Préconisations MACSF

Informar le patient des modalités de l'examen (ou de l'acte) prévu et des éventuels risques associés (traçabilité du consentement éclairé)

Rester vigilant lors de l'installation du patient mais aussi au terme de l'examen afin d'éviter tout risque de chute, notamment en présence d'une personne âgée ou présentant un handicap

Rechercher d'éventuelles contre-indications avant tout examen comportant une injection de produits de contraste

En cas de doute sur la pertinence de l'acte, contacter le médecin prescripteur afin de revoir les objectifs poursuivis

Respecter les protocoles lors de tout geste interventionnel (asepsie, EPI ...)

Disposer de protocoles, d'un personnel formé et du matériel ad hoc en cas de survenue d'une réaction allergique ou d'hypersensibilité

Solliciter le médecin prescripteur lors de la réalisation d'un examen d'imagerie effectué en urgence en cas de doutes sur le contexte

Réaliser des actes de téléradiologie dans des conditions matérielles et techniques en accord avec les bonnes pratiques et les recommandations

Afficher en centre d'imagerie médicale les préconisations et recommandations SFR destinées aux patients

Veiller à utiliser du matériel parfaitement entretenu, conformes aux préconisations

Suivre l'évolution des solutions technologiques permettant de sécuriser la lecture des imageries médicales

Rédiger des comptes rendus clairs, compréhensibles, en précisant les suites à donner (avis, complément d'examen, contrôle à prévoir...)

S'assurer que le compte rendu est bien transmis dans les meilleurs délais à l'ensemble des destinataires identifiés

Ne pas oublier que le radiologue reste décisionnaire et responsable de l'acte qu'il réalise

VII. Conclusion



Nicolas GOMBAULT,

Directeur général de MACSF Libéa et MACSF prévoyance,
directeur général délégué de MACSF SGAM et MACSF assurances,
directeur de l'indemnisation et de la communication médicale.

On ne peut que se réjouir de la relative stabilité du nombre des sinistres déclarés, au fil des années, par les radiologues, dans un contexte de remarquable augmentation des techniques - toujours plus invasives -, de surspécialisation indispensable des praticiens, de leur croissance, de celle des actes et des acteurs, et du rythme qui leur est imposé. Cette stabilité devra être évaluée dans les années à venir alors que toutes spécialités confondues, les sinistres de responsabilité professionnelle déclarés à la MACSF ont augmenté de 13 % en 2025 et que 2026 devrait connaître sensiblement la même évolution.

Chaque nouveau maillon dans la chaîne d'une démarche diagnostique ou thérapeutique génère son propre risque, ses propres possibilités de défaillance, qu'elles soient matérielles, physiques, organisationnelles, ou indirectes, par le délai excessif qu'elles peuvent ajouter à une réflexion, décision, orientation, et cela au-delà de l'erreur diagnostique, elle-même, parfaitement humaine, et source récurrente de reconnaissance de responsabilité.

L'appréciation de la responsabilité sera par ailleurs percutée par le rôle croissant de l'intelligence artificielle, dont l'usage est aujourd'hui recommandé, avant de s'imposer vraisemblablement dans un avenir proche.

Plus que jamais, l'attention des praticiens doit enfin être attirée sur l'information à délivrer au patient, avant et après l'acte, dans un contexte où la relation avec ce dernier peut être quasi inexistante.

VIII. Pour aller plus loin

Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Pertinence et efficience des dépenses de radiologie.	Consulter le rapport
Haute Autorité de Santé (HAS). Pertinence de l'imagerie médicale.	Consulter la ressource
Société Française de Radiologie (SFR). Recommandations, réglementations, décrets, chartes et guides.	Consulter les ressources
Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR). Imagine 2025 - La radiologie, un acteur majeur de la santé.	Consulter le document
Société Française de Radiologie (SFR). Intelligence artificielle, radiologie standard et urgences : miracle ou mirage ?	Consulter la ressource
UNIR – Union Nationale des Internes en Radiologie. Interne de radiologie à Paris.	Consulter la ressource
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Fiche 12 « L'imagerie médicale », Les dépenses de santé en 2024.	Consulter le document
Société Française de Radiologie (SFR). La délégation des tâches en imagerie médicale.	Consulter la ressource
Académie nationale de médecine. Apport de l'intelligence artificielle en imagerie médicale. Rapport 2026.	Consulter le rapport
Société Française de Radiologie (SFR). Hygiène en radiologie.	Consulter la ressource
Consulter la Haute Autorité de Santé (HAS) pour la gestion des risques associés aux soins et l'identitovigilance.	Site de la Haute Autorité de Santé
Consulter l' Autorité de sûreté nucléaire et de radioprotection (ASNR) pour la radioprotection des patients et des professionnels.	Site de l'ASNR
Consulter l' International Commission on Radiological Protection (ICRP) sur les principes de justification et d'optimisation des expositions.	Site de l'ICRP
Consulter l' European Society of Radiology (ESR) pour des recommandations et bonnes pratiques en imagerie médicale.	Site de l'ESR

Pratiques



MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - Société d'Assurance Mutuelle -
Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : Cours du Triangle,
10 rue de Valmy, 92800 PUTEAUX.

Ensemble, prenons soin de demain