

Le
Médecin
Radiologue
de France

OCTOBRE # 362
2013

Le journal de la FNMR

fnmr.org

FNMR aux JFR

Niveau 3 - Village Institutionnel

Réunion d'information FNMR
lundi 21 octobre à 18h (voir p. 46)

**DÉPISTAGE
DU CANCER
DU SEIN**



Fédération
Nationale des
Médecins
Radiologues

■ FNMR AG et CA
15 juin 2013

PROFESSIONNELS DE SANTÉ

LES PLANS ACTIVÉPARGNE



VOUS CHERCHEZ À OPTIMISER VOTRE RÉMUNÉRATION, VOTRE BANQUE EST LÀ AVEC L'ÉPARGNE D'ENTREPRISE ADAPTÉE AUX PROFESSIONS DE SANTÉ.

Crédit  Mutuel

Professions de Santé

www.cmps.creditmutuel.fr

**CRÉDIT MUTUEL DES PROFESSIONS DE SANTÉ PARIS
10, RUE DE CAUMARTIN – 75009 PARIS – TÉL. : 01 56 75 64 30
RETROUVEZ TOUTES LES COORDONNÉES CMPS SUR LE SITE.**



Automne

Les cycles de la vie se reproduisent avec la même insistance. L'automne est annoncé par la chute des feuilles, y compris des feuilles d'impôts, et par les Journées Françaises de Radiologie.

Pendant quelques jours, les médecins radiologues vont se retrouver pour échanger, écouter et tenter de discerner la part scientifique, fondamentale, mais aussi la part professionnelle, tout aussi fondamentale, de leur exercice. Ils anticiperont aussi l'année 2014 qui sera celle des renouvellements, où les plus jeunes prendront de lourdes successions dans les organisations professionnelles comme dans les rouages de l'Etat omnivore.

Ils verront aussi que malgré les cycles, certains fondamentaux de la Société, celle de la France de 2013, demeurent et que les vieux démons survivent.

Ainsi, le « plan Cancer », troisième du nom, n'est pas encore officiellement né que l'on sait déjà que ses objectifs concernant l'IRM sont limités à l'état européen de 2012 en fin de plan prévu pour 2018, en entérinant un retard constant. Ce même plan ignore la médecine libérale à l'heure où la campagne « Octobre Rose » met l'accent sur le dépistage organisé qui est pris en charge par les libéraux pour la plus grande part, sinon pour la quasi-totalité. Or, les effets délétères des diverses politiques de santé se font sentir, de façon variable selon les régions, avec l'allongement du temps moyen de diagnostic et du délai de prise en charge des cancers diagnostiqués.

On voit aussi resurgir d'autres plans, annoncés à grand renfort de communication, comme la stratégie nationale de santé dont les objectifs peuvent être partagés par

tous. C'est oublier, là comme ailleurs, une autre constante qui est la tentation double de supprimer la médecine spécialisée libérale et dégenéraliser le tiers payant. On ne peut qu'être réservé sur le diagnostic économique de nos élites, qui ont plongé la France dans une situation qui s'est aggravée d'année en année, ainsi que sur leur diagnostic en termes d'efficience.

D'autre part, le tiers payant social existe déjà dans la convention et dans certaines procédures, dépistage organisé notamment. Les médecins libéraux ont de très bonnes raisons de se méfier du tiers payant qui génère un surcoût caché en terme de gestion et de multiples tracasseries qui ne cessent de s'alourdir face à des « patients » de plus en plus exigeants.

L'autre dimension est la dépendance accrue vis à vis du payeur qui n'aura de cesse que de peser sur les pratiques dans le cadre d'une étatisation à peine déguisée. Les exemples ne manquent pas, NHS en Grande-Bretagne ou HMO aux Etats-Unis, pour démontrer ce que l'on peut craindre d'une telle asymétrie de pouvoir, au détriment du patient.

Cette étatisation ne sera d'aucun bénéfice pour le patient et la société dans son ensemble. C'est dire l'importance d'une représentation forte et unie des médecins radiologues au sein d'une société savante à forte valeur scientifique et au sein d'organismes professionnels pour défendre l'autonomie médicale et l'autonomie économique responsable face aux tentatives, cycliques mais devenues constantes, d'étatisation du système de santé.

Docteur Jacques NINEY
Président de la FNMR

sommaire # 362

| | |
|---|----|
| ■ Dépistage du cancer du sein | |
| Communiqué de la FNMR | 04 |
| HAS | 06 |
| CSMF | 09 |
| Comités féminins pour la prévention et le dépistage des cancers | 10 |
| Ligue contre le cancer | 13 |
| FORCOMED et le DOCS | 16 |
| Le Lien | 18 |
| Optimiser la saisie Senolog ? | 19 |
| Senolog fête ses 10 ans ! | 20 |
| Recommandations pour le 3 ^{ème} Plan Cancer | 22 |
| ■ Droits du médecin et contrôle d'activité médicale | 30 |
| ■ AG FNMR 15 juin 2013 | 32 |
| ■ CA FNMR 15 juin 2013 | 40 |

| | |
|---|----|
| ■ Vie fédérale | 41 |
| ■ Hommages | 44 |
| ■ Réunion FNMR aux JFR 2013 | 46 |
| ■ Statistiques : Dépenses assurance maladie | 48 |
| ■ Petites annonces | 50 |

Annonces

| | |
|---------------------------------|---------|
| BRACCO | 07 |
| CARESTREAM DENTAL | 52 |
| CMPS | 02 |
| FORCOMED | 42 - 43 |
| FUJIFILM MEDICAL SYSTEMS FRANCE | 11 |
| GE HEALTHCARE | 15 |
| GUERBET | 47 |
| MACSF | 23 |
| PMFR | 51 |
| UNIPREVOYANCE | 49 |
| SOFTWAY MEDICAL | 39 |



DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN



Communiqué de la FNMR



Fédération
Nationale des
Médecins
Radiologues

Paris, le 4 octobre 2013

Octobre Rose : la FNMR rappelle l'engagement des médecins radiologues libéraux dans le dépistage du cancer du sein

Le cancer du sein, premier cancer chez la femme avec 48 800 nouveaux cas en 2012, est la première cause de décès par cancer avec près de 12 000 décès par an.

La Fédération Nationale des Médecins Radiologues rappelle toute l'importance du dépistage organisé pour les femmes de 50 à 74 ans. Le dépistage sauve des vies puisque la mammographie permet de détecter des cancers précoces qui peuvent être traités et guéris dans 89% des cas. Il permet aussi de limiter le recours aux traitements les plus lourds.

La FNMR rappelle que les médecins radiologues libéraux sont à l'origine du dépistage organisé dans les années 80, qui a été généralisé par le ministère de la santé en deux étapes : 1994 et 2004. La participation des radiologues libéraux (plus de 1 000 cabinets libéraux soit plus de 3 000 radiologues) est importante puisque 87% d'entre eux y sont engagés et **que 8 mammographies sur 10 sont réalisées dans leurs cabinets de proximité.**

La FNMR souligne que les médecins radiologues participant au dépistage organisé du cancer du sein sont engagés dans **un processus de haute qualité** reposant sur une double lecture de chaque mammographie par un second médecin radiologue. Tous les médecins radiologues qui réalisent des mammographies ont suivi une formation complémentaire approfondie. Le radiologue deuxième lecteur a également suivi une formation spécifique.

Enfin, la qualité des équipements est contrôlée périodiquement.

La FNMR attire l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de préserver le maillage territorial de l'imagerie libérale qui reste un maillon essentiel du dépistage du cancer du sein et du suivi des cancers. Le facteur proximité est un élément clé de l'accès au dépistage des populations les plus modestes, comme l'ont démontré les différents rapports, en particulier celui du Pr. Grünfeld.

La FNMR souhaite que le gouvernement fasse de l'imagerie médicale une des priorités de son troisième plan cancer et de sa stratégie nationale de santé, au titre de la prévention.

Dépistage organisé du cancer du sein

Dès **50 ans**, c'est tous les **2 ans**



De quand date
votre dernière
mammographie ?

**Les 4 800 médecins radiologues libéraux sont mobilisés
partout en France et tout près de chez vous.**

A l'occasion d'Octobre Rose, la Fédération Nationale des Médecins Radiologues rappelle l'engagement des cabinets de radiologie de proximité dans le dépistage et le suivi du cancer du sein. Pour faire reculer cette maladie, et augmenter les chances de survie, le dépistage précoce du cancer du sein est aujourd'hui le moyen le plus efficace.

Vous vous posez des questions ?

Interrogez votre médecin radiologue ou consultez le site www.monradiologue.fr

La Fédération Nationale des Médecins Radiologues appelle les pouvoirs publics à soutenir l'effort engagé par les médecins radiologues libéraux pour maintenir une imagerie médicale de qualité et de proximité accessible à tous.



Fédération Nationale
des Médecins Radiologues
168 A, rue de Grenelle - 75007 PARIS
Tél. : 01 53 59 34 00
Fax. : 01 45 51 83 15
Email : info@fnmr.org

Donner un nouveau souffle au dépistage organisé au cancer du sein Le point de vue de la HAS



En France le dépistage organisé du cancer du sein a démarré au début des années 80 dans certains départements pour être généralisé à l'ensemble de la population des femmes de 50 à 74 ans en 2004.

Dès les premières expérimentations françaises, l'Anaes puis la HAS ont porté une attention particulière à ce dépistage, en publiant régulièrement des recommandations ou évaluations.

Un dépistage organisé qui n'atteindrait pas ses objectifs ?

Aujourd'hui la mise en place du programme permet à toutes les femmes de 50 à 74 ans d'accéder à une prise en charge précoce et de qualité, mais ce dispositif n'a pas atteint ses objectifs en termes de participation des femmes. On observe par ailleurs encore de fortes disparités entre les départements.

La HAS a constaté qu'alors que 4,3 millions de femmes sont concernées par ce dépistage, un peu plus d'une femme sur deux répond à l'invitation et se fait effectivement dépister. Même si en moyenne nationale, une nette augmentation de la participation a bien été enregistrée puisqu'elle n'était que de 40% en 2004, celle-ci reste très inférieure à l'objectif de 65% qui a été fixé dans le cadre du Plan cancer. Par ailleurs le recours au dépistage individuel (sur prescription) après 50 ans concernerait, quant à lui environ 10% des femmes.

“ La HAS a considéré que le dépistage organisé présente des garanties supplémentaires par rapport au dépistage individuel. ”

S'agissant des disparités territoriales, une forte hétérogénéité a été observée entre les départements d'Île-de-France, ainsi qu'entre certaines grandes métropoles et le reste du territoire français.

Toutefois, les constats sont à nuancer puisque le taux global de participation au dépistage organisé masque des réalités très contrastées.

La participation est en effet proche des objectifs dans de nombreux départements. Elle est faible dans des territoires bien identifiés, en particulier fortement urbanisés et caractérisés par de fortes densités médicales. Enfin, la participation au dépistage organisé n'est pas satisfaisante pour les femmes les plus jeunes (juste après 50 ans) et les plus âgées (de 70 à 74 ans) ainsi que chez les femmes en situation socio économiquement défavorisée.



Participation au dépistage, la HAS privilégie le dépistage organisé et identifie plusieurs leviers

Dans ses recommandations, la HAS a considéré que le dépistage organisé présente des garanties supplémentaires par rapport au dépistage individuel : seconde lecture des mammographies, agrément et formation continue des radiologues, égal accès au dépistage pour toutes les femmes (grâce à l'invitation systématique), assurance qualité et suivi des résultats.

Pour ces raisons, la HAS plaide pour que le dépistage organisé devienne progressivement la modalité unique de dépistage du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans. Pour autant, elle n'a pas recommandé le déremboursement des mammographies de dépistage individuel. Elle a plutôt proposé la mise en œuvre de mesures incitatives fortes en faveur du dépistage organisé auprès des femmes et des professionnels (radiologues, médecins traitants et gynécologues). Elle a également recommandé un renforcement du pilotage national et régional ainsi que de l'évaluation du programme.

multihance®

Gadobenate dimeglumine

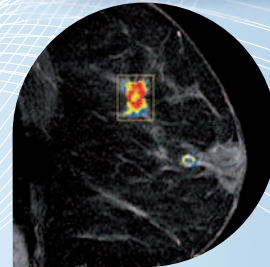


IRM Suite



Voir au-delà des apparences

Nouvelle indication
IRM du sein



➔ Un fort signal IRM

➔ La simple dose - 0,2 ml/kg
quelles que soient les indications
(sauf foie - 0,1 ml/kg)



EFFICACITÉ et STABILITÉ

Disponible en Flacons et Seringues



COMPOSITION : acide gadobénique 334 mg / mL (0,5 M) Eau ppi. **DONNEES CLINIQUES :** **Indications thérapeutiques :** Produit de contraste paramagnétique utilisé dans l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et indiqué dans : • IRM du foie pour la détection des lésions hépatiques lorsqu'un cancer hépatique secondaire ou primitif (carcinome hépatocellulaire) est suspecté ou connu (flacon et seringue). • IRM du cerveau et de la moelle épinière où il améliore la détection des lésions et apporte des informations diagnostiques supplémentaires comparativement à une IRM sans produit de contraste (flacon et seringue). • Angiographie par résonance magnétique (ARM) où il améliore l'exactitude diagnostique pour la détection de la maladie vasculaire sténo-occlusive cliniquement significative lorsqu'une pathologie vasculaire des artères abdominales ou périphériques est suspectée ou connue (flacon). • IRM du sein, pour la détection des lésions malignes chez les patients pour lesquels un cancer du sein est connu ou suspecté, sur la base des résultats disponibles de mammographie ou d'échographie (flacon et seringue). **Posologie et mode d'administration :** **Adulte :** Foie : 0,05 mmol/kg (0,1 ml/kg de solution 0,5 M). **Système nerveux central (adulte et enfant de plus de 2 ans), ARM et IRM du sein :** 0,1 mmol/kg (0,2 ml/kg de solution 0,5 M). Eviter chez les patients insuffisants rénaux sévères, en période périopératoire de transplantation hépatique ; la dose ne doit pas excéder 0,1 mmol/kg pour une IRM du cerveau et de la moelle épinière ou une ARM et 0,05 mmol/kg pour une IRM du foie. Ne pas administrer plus d'une dose au cours de l'examen. Ne pas réitérer l'administration avant sept jours. **Sujet âgé :** pas d'adaptation posologique. **Contre-indications :** Hypersensibilité à l'un de ses constituants. Antécédents d'allergie ou de réaction aux chélates de gadolinium. **Mises en garde et précautions particulières d'emploi :** Surveiller 15 min, puis 1 h en environnement médical. Insuffisance rénale, pathologie cardiovasculaire. Procédures habituelles de sécurité en IRM nécessaires. Réservé aux établissements dont le personnel est formé aux urgences et avec matériel de réanimation cardio-respiratoire. Allergie à l'alcool benzyle. Respecter un délai de 7 h entre 2 examens IRM avec produit de contraste. **Insuffisance rénale :** Avant l'administration de MultiHance, des examens de laboratoire afin de rechercher une altération de la fonction rénale sont recommandés chez tous les patients. Des cas de fibrose néphrogénique systémique (FNS) ont été rapportés après injection de certains produits de contraste contenant du gadolinium chez des patients ayant une insuffisance rénale sévère aiguë ou chronique (clairance de la créatinine < 30 mL/min/1,73m²). Les patients devant bénéficier d'une transplantation hépatique sont particulièrement à risque, car l'incidence de l'insuffisance rénale aiguë est élevée dans ce groupe. Etant donné qu'il est possible que des cas de FNS surviennent avec MultiHance, l'administration de ce produit doit être évitée chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère et chez les patients durant la période pré ou post-opératoire d'une transplantation hépatique, sauf si le diagnostic ne peut être obtenu par d'autres moyens que l'IRM avec injection de gadolinium. La réalisation d'une hémodialyse peu de temps après l'administration de MultiHance pourrait faciliter l'élimination de ce produit de l'organisme. Il n'est pas établi que l'instauration d'une hémodialyse puisse prévenir ou traiter la FNS chez les patients qui ne sont pas hémodialysés. **Sujets âgés :** L'élimination rénale de gadobénate de dimeglumine pouvant être altérée chez les sujets âgés, il est particulièrement important de rechercher un dysfonctionnement rénal chez les sujets âgés de 65 ans et plus. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interaction :** jamais rapportées. **Effets indésirables :** Essais cliniques cf. Vidal - Après commercialisation : observés chez moins de 0,1 % des patients. Nausées, vomissements, hypersensibilité, réactions au point d'injection (extravasation) Des cas isolés de fibrose néphrogénique systémique (FNS) ont été rapportés avec MultiHance, chez des patients ayant également reçu d'autres produits de contraste à base de gadolinium. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES :** Produit de contraste. 3400934741128 : 5 mL en flacon, 25,44 € - 3400934741296 : 10 mL en flacon, 42,55 € - 3400934741357 : 15 mL en flacon, 60,93 € - 3400934741418 : 20 mL en flacon, 77,11 € - 3400938879667 : 10 mL seringue préremplie, 42,55 € - 3400938879728 : 15 mL seringue préremplie, 60,93 € - 3400938879896 : 20 mL seringue préremplie, 77,11 €. Liste I - Remb. Séc. Soc. 65%. Utilisation chez l'enfant et en IRM du sein non remboursable. Coll. Révision de la monographie : juin 2013. Pour une information complète, se référer au dictionnaire Vidal. Bracco Imaging France - 7, place Copernic - Courcouronnes - 91023 Evry Cedex.



LIFE FROM INSIDE

Un principe fondamental : l'information des femmes

La HAS a réaffirmé un pré-requis indispensable avant tout dépistage : le libre choix des femmes. La 1^{ère} des recommandations de la HAS est en effet de s'assurer que les conditions sont bien réunies pour permettre un choix libre et éclairé des femmes concernant leur participation ou non au dépistage du cancer du sein, quelle qu'en soit la modalité (dépistage individuel ou dépistage organisé). Les informations délivrées (sur les bénéfices et les risques) doivent en effet être comprises des femmes, pour qu'elles puissent faire un choix en connaissance de cause. Ces informations doivent être délivrées aux femmes via les messages les plus adaptés à leurs caractéristiques et à leurs habitudes vis-à-vis du dépistage du cancer du sein.

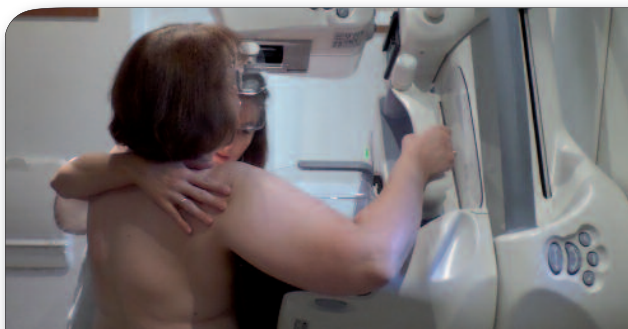
Des questions qui restent encore à évaluer...

Au-delà de la question de la participation et de l'amélioration de l'organisation actuelle du programme, des questions connexes continuent de se poser.

Elles concernent tout d'abord l'identification des femmes à haut risque et, pour ces femmes, les modalités de dépistage du cancer du sein au regard de l'organisation actuelle du programme national. Des recommandations de la HAS sont en cours d'élaboration. Elles devraient être publiées à la fin de l'année 2013 mais il apparaît d'ores et déjà qu'il s'agit d'un sujet complexe puisqu'on constate que :

- la nature des facteurs de risque de cancer du sein est hétérogène et la taille des populations cibles correspondantes est variée ;
- la majorité des facteurs de risque concernent des femmes jeunes, plus jeunes que celles ciblées par le dépistage organisé ;
- le niveau de risque est variable d'un facteur à l'autre ;
- les facteurs de risque les plus fréquents ne sont pas ceux pour lesquels le niveau de risque est le plus élevé.

Se pose également la question du dépistage du cancer du sein chez les femmes de moins de 50 ans et de plus de



74 ans (non sans lien avec la question précédente pour la tranche d'âge la plus jeune). La HAS a été saisie sur ce sujet, notamment en raison de publications récentes et contradictoires débattant de l'intérêt du dépistage avant 50 ans et, dans un contexte de demande forte et récurrente de dépistage par les gynécologues et les femmes avant 50 ans et après 75 ans. Sur cette question l'évaluation de la HAS vient de débiter et les recommandations devraient être rendues en 2014.

Inscrire le dépistage du cancer du sein dans un véritable parcours de prévention

En conclusion, les mesures incitatives que la HAS a préconisées en 2012 et les recommandations sur les travaux en cours doivent permettre d'améliorer le programme de dépistage dans son ensemble, la participation des femmes, et surtout de garantir un accès plus équitable à une prévention de qualité pour toutes les femmes en France. Car, pour la HAS, le dispositif de dépistage organisé offre la possibilité d'inscrire les femmes dans un véritable parcours de prévention qui optimise le nombre d'actes diagnostiques dans le temps. ■

Jean -Luc HAROUSSEAU
Président de la HAS



En savoir plus :

La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France, situation actuelle et perspectives d'évolution- Recommandation en santé publique HAS http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1194998/fr/la-participation-au-depistage-du-cancer-du-sein-des-femmes-de-50-a-74-ans-en-france?xtmc=&xtcr=2

Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage - Note de cadrage pour une recommandation en santé publique HAS http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1050648/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage-note-de-cadrage?xtmc=&xtcr=1



Les médecins libéraux doivent être reconnus et valorisés pour leur implication dans la santé publique



Depuis toujours, les médecins libéraux sont impliqués dans la santé publique. Pour une raison très simple : la santé publique, c'est la santé de leurs patients.

Cette évidence est souvent oubliée des pouvoirs publics qui considèrent la santé publique à travers le prisme de grands plans nationaux dans lesquels ils mobilisent beaucoup de moyens, d'innombrables structures publiques, des associations mais rarement les médecins libéraux. C'est la cause principale de l'échec de nombre de ces plans. Heureusement, les choses changent, mais pas assez vite et trop partiellement. En témoignent, les auteurs du rapport de préfiguration du 3^{ème} plan cancer qui ont enfin compris qu'il fallait impliquer les médecins généralistes libéraux. Ils auraient pu pousser la réflexion plus loin et préconiser le déblocage des autorisations d'IRM en secteur libéral pour résoudre la douloureuse question des délais d'attente. Ce dernier sujet ne pourra d'ailleurs plus être éludé longtemps. La CSMF a réussi à valoriser l'implication des médecins libéraux dans la santé publique grâce à l'introduction d'une nouvelle rémunération, la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Celle-ci rend désormais visible l'implication des médecins libéraux dans les grands objectifs de santé publique dont le dépistage du cancer du sein en y impliquant les médecins généralistes.

La CSMF a ainsi contribué à stimuler le dépistage du cancer du sein, qui reste plus que jamais un enjeu majeur de santé publique pour sauver la vie de nombreuses patientes. C'est d'ailleurs l'honneur des médecins radiologues libéraux d'avoir, il y a plus de vingt-cinq ans, organisé et conçu ce dispositif original reposant sur une double lecture de l'examen, la formation spécifique des praticiens et de leurs équipes, et le contrôle du matériel.



L'adhésion des femmes au dépistage organisé est le résultat de cet engagement. A cet égard, le maillage territorial des cabinets libéraux d'imagerie médicale constitue un incontestable atout pour permettre l'accéder à ce dépistage. Il doit être préservé car c'est un élément stratégique de la médecine de proximité.

La CSMF salue aussi l'autre réussite des médecins radiologues libéraux, qui est la qualité de leur relation avec le médecin traitant ou le médecin spécialiste en cas de dépistage positif. Cette relation est fondamentale pour la coordination des soins et la bonne prise en charge de la patiente.

La CSMF souhaite que les pouvoirs publics, qui élaborent la future stratégie de santé et font de la prévention une de leurs priorités, n'oublient pas de se mobiliser pour soutenir concrètement les actions de dépistage, notamment celui du cancer du sein. La CSMF rappelle que prévention et dépistage sont étroitement liés, et qu'il faudra que le gouvernement se décide à débloquent des moyens significatifs pour engager cette nouvelle orientation de notre système de santé. Des moyens pour préserver et développer l'imagerie médicale libérale, et des moyens pour rémunérer correctement les actes de dépistage qui représentent plus que jamais des actes à haute valeur ajoutée pour les patients eux-mêmes, dont la santé est préservée, mais également pour la collectivité publique qui voit reculer les hospitalisations et les traitements les plus lourds.

En vingt-cinq ans, les médecins radiologues libéraux ont ouvert la voie et, le modèle du dépistage du cancer du sein est indiscutablement un modèle à suivre pour d'autres pathologies. ■

“ La CSMF salue l'autre réussite des médecins radiologues libéraux, qui est la qualité de leur relation avec le médecin traitant ou le médecin spécialiste en cas de dépistage positif. ”

Dr Michel CHASSANG
Président de la CSMF



Les comités féminins pour la prévention et le dépistage des cancers

Comme la FNMR, les Comités Féminins font partie des acteurs à l'origine du dépistage organisé du cancer du sein et la compétence qui nous est laborieusement reconnue dans ce domaine où beaucoup d'associations se positionnent aujourd'hui est le résultat d'un travail patient d'équipes de femmes intervenant sur le terrain au plus près des publics cibles pour porter sans tergiverser un message de santé publique tourné exclusivement vers le dépistage et la prévention, que nous résumons par notre devise : **AGIR AVEC VOUS AFIN QUE VOUS RESTIEZ EN BONNE SANTE.**

Rappelons que le premier Comité Féminin date de 1989 dans le département de l'Hérault, à l'instigation du Professeur Jean-Louis Lamarque, convaincu que des femmes seraient les meilleures messagères auprès d'autres femmes, pour accompagner la campagne de dépistage de masse du cancer du sein qui débutait. Informer, écouter, rassurer les femmes afin de briser le silence qui entourait alors lourdement la maladie pour les encourager à accepter la mammographie, le dépistage constituant un moyen efficace de lutte contre la maladie. Aujourd'hui, en France, c'est vingt-cinq Comités Féminins (associations loi de 1901) et des centaines de bénévoles citoyennes impliquées qui œuvrent quotidiennement en faveur du dépistage précoce du cancer du sein, mais aussi du cancer colorectal et, dans certains départements, du cancer de l'utérus. La Fédération, née en 2000, va conforter la position des comités départementaux en instaurant un partenariat privilégié avec l'INCa (Institut National du Cancer) et la Mutualité Française et un soutien des collectivités locales et des mutuelles.

Nous parlons de bénévoles citoyennes car le dépistage est un acte citoyen. Engagés dans la lutte contre le cancer du sein, les Comités Féminins se positionnent clairement en

“ Les travaux ont également mis en lumière le rôle de la prévention et celui du dépistage, deux démarches longtemps sous estimées mais aujourd'hui enclenchées de façon irréversible. ”

soutien des pouvoirs publics de santé, aux côtés d'autres acteurs, et s'inscrivent au pied d'un édifice de santé publique pour en consolider les fondations et participer notamment à la réussite des Plans Cancer.

Les acteurs sont multiples et pluriels et les publics cibles concernés par les dépistages sont également divers, plus ou moins réceptifs, plus ou moins informés, plus ou moins exclus. Qu'il s'agisse des uns ou des autres, c'est dans la pleine connaissance des droits et des devoirs et dans leur acceptation qu'un dépistage des cancers atteint son but : c'est en ce sens qu'il constitue un acte citoyen.

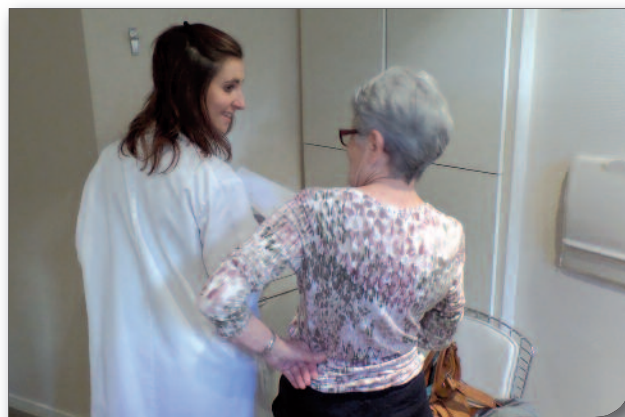
S'agissant d'une politique de santé publique, elle peut sembler lointaine, froide, déshumanisée. Elle peut ne pas

être comprise, elle peut apparaître comme une ingérence dans la vie privée, elle peut être estimée coûteuse, voire inutile. (On verra bien quand on sera malade !)

Néanmoins, dans un état démocratique du 21^{ème} siècle, la grande majorité des citoyens attend la mise en place d'une politique de santé intelligente et efficace. Le malade désire légitimement la guérison et nous reconnaissons l'importance des travaux de recherche qui permettent des thérapies plus spécifiques et plus efficaces. Ces travaux ont également mis en lumière le rôle de la prévention et celui du dépistage, deux démarches longtemps sous estimées mais aujourd'hui enclenchées de façon irréversible. Cette mission, l'état a le devoir de l'initier, de la poursuivre, de la financer jusqu'à l'obtention de résultats significatifs, reconnaissant ainsi le droit de chacun à conserver son capital santé et à bénéficier de l'égalité d'accès aux dépistages.

Toutes les femmes concernées le savent-elles ? Suffit-il de le leur dire ? Que peut ressentir une femme invitée à participer pour la première fois à une mammographie de dépistage ?

- Qu'évoque le mot cancer ? la maladie, la mort, la souffrance, l'épreuve longue, la mutilation : images dévalorisantes qui font réagir négativement. C'est la fuite dans l'oubli, la convocation n'est pas prise en compte, le rendez-vous n'est pas noté, la décision est repoussée à plus tard.
- Dépistage – mammographie : Que génèrent ces vocables ?



AMULET *Innovality*

La mammographie repensée
pour leur plus grande sérénité



Découvrez le nouveau mammographe haut de gamme de la série Amulet, compatible 2D, tomosynthèse, 3D et biopsie.

- ▶ Deux modes de tomosynthèse disponibles : ST et HR
- ▶ Dose optimale pour la mammographie 2D et la tomosynthèse
- ▶ Qualité et précision d'image issues de la technologie innovante du capteur HCP
- ▶ Image haute résolution à 50 microns
- ▶ Contrôle intelligent de l'exposition, avec détection de prothèse mammaire
- ▶ Confort de la patiente optimisé grâce aux nouvelles pelles de compression
- ▶ Facilité d'utilisation pour les manipulateurs et bien-être accru pour les patientes



PARIS Porte Maillot
18 au 22 octobre 2013

Stand n°202
Niveau 2

FUJIFILM

- L'inquiétude : Comment cela se passe-t-il ? Qui vais-je rencontrer ? Comment va-t-on me parler, me considérer ?
- La peur du résultat : Que va-t-on découvrir ?
- Le scepticisme : Est-ce que ça vaut la peine ? Il y a bien d'autres choses à penser. Les femmes sont dures avec leur corps. Ne prennent-elles pas d'abord soin de ceux qui les entourent, le mari, les enfants ?
- Le refus : En raison de facteurs sociaux et culturels, certaines femmes n'osent pas ou ne veulent pas montrer leurs seins.
- La méfiance : Les plus informées éprouvent parfois de la suspicion à l'égard d'un examen gratuit qu'elles croient, à tort, réservé aux plus démunies et dont elles ne connaissent pas tous les avantages.
- A contrario, comment se positionne une femme qui accepte de participer au dépistage du cancer du sein ?
 - Tout d'abord, elle considère comme légitime l'acte qui lui est proposée. Elle a conscience de faire partie intégrante de la société qui lui reconnaît ce droit à un soin personnel.
 - Elle sait que ce n'est pas un acte anodin : à l'issue de cet examen, elle sait qu'elle sera soit provisoirement rassurée, soit confrontée avec le cancer et cette perspective douloureuse est implicitement acceptée comme une épreuve, un combat dont elle peut sortir gagnante, la détection d'un cancer à un stade précoce lui assurant la survie.
 - Elle dépasse alors le stade du fatalisme et accepte pour elle et pour les autres l'enjeu de la vie. Elle a le souci de garder son corps présentable, en bonne santé pour le plaisir de vivre mieux, plus longtemps et d'offrir à l'autre un regard favorable. Elle a le désir de ne pas être source de chagrin pour sa famille, ses amis. Elle sait que les soins d'un cancer traité à un stade précoce seront moins pénibles, plus efficaces et moins coûteux. Elle a conscience de l'impact de sa déchéance sur son entourage et la société.

Oui, il s'agit bien alors de la démarche citoyenne d'une femme qui a pris conscience de ses droits et devoirs face au dépistage.

POUR QUE BAISSÉ LE TAUX DE MORTALITÉ PAR CANCER !

Acteurs de terrain, les Comités Féminins se doivent d'avoir une parfaite connaissance des modalités du dépistage organisé du cancer du sein, une attention au caractère de gravité inhérent à l'acte de dépistage, une attitude d'éthique respectueuse à l'égard des publics cibles et des partenaires, une mobilisation soutenue et lucide car c'est tout le système de santé, acteurs du dépistage compris, qui doit se prévaloir de répondre à une démarche stricte de qualité. Vecteur d'information, les Comités Féminins relaient les messages de santé publique en faveur du dépistage du

cancer du sein en participant aux campagnes nationales d'Octobre Rose.

Un colloque annuel réunit un plateau de scientifiques et médecins pour débattre d'une thématique spécifique. Cette année, le 13^{ème} colloque des Comités Féminins a lieu le 3 octobre à l'auditorium Macif-Mutualité à Paris :

Quel avenir pour le dépistage du cancer du sein ? État des lieux – Dangers – Remèdes et perspectives



L'opération "Pour le dépistage, suivez la baguette", en partenariat avec l'INCa et la Mutualité Française, s'amplifie au fil du temps.

Des courses, des marches du Ruban Rose réunissent chaque année plus de dix mille personnes sur l'initiative des Comités Féminins.

Le guide des dépistages, publié par la Fédération, est distribué gratuitement depuis huit ans à des dizaines de milliers d'exemplaires par les comités départementaux.

A cela s'ajoutent de nombreuses initiatives locales qui rappellent au grand public qu'il est lui-même relais d'information auprès des femmes concernées : concerts, expositions, présence sur les marchés, les grandes surfaces ou dans les diverses manifestations locales, etc.

LE CANCER, PLUS ON EN PARLE, PLUS ON S'INFORME.

Nous sommes tous concernés par ce processus citoyen car, femmes ou hommes, nous sommes ou serons des publics cibles au regard d'un ou plusieurs dépistages de cancer, qu'ils soient organisés ou non. ■



Dominique Rousseau Lebourg

Présidente
Les Comités Féminins pour la Prévention
et le Dépistage des cancers

Andrée Chaize

Vice Présidente
Les Comités Féminins pour la Prévention
et le Dépistage des cancers





Octobre rose 2013 : 48% des femmes ne participent pas au dépistage organisé du cancer du sein.

La Ligue demande notamment le remboursement des frais cachés



Paris, le 1^{er} octobre 2013 – Avec environ 49 000 nouveaux cas par an et plus de 11 800 décès estimés en 2012 en France, le cancer du sein se positionne au premier rang des décès par cancer chez la femme. Force est de constater que, depuis quelques années, la participation au dépistage organisé s'essouffle et stagne pour atteindre 52% des femmes de plus de 50 ans. Au niveau européen, la France se classe parmi les mauvais élèves avec un retard de 18% en moyenne. En s'appuyant sur des expérimentations locales ou des mesures déjà déployées pour d'autres pathologies, la Ligue contre le cancer demande aux pouvoirs publics le déploiement d'actions visant à augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein. Pour lever tous les freins, la Ligue demande la mise en place de :

- Remboursement à 100% des examens complémentaires dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein
- Remboursement des frais de transport du lieu de vie ou de travail vers le centre de radiologie
- Intégration d'une autorisation d'absence dans le code du travail
- Intégration d'un calendrier des « dépistages » dans les logiciels métiers « dossier patient informatisé » des médecins généralistes.

Un cancer du sein détecté à un stade précoce peut être guéri dans plus de 9 cas sur 10. Le dépistage organisé du cancer du sein est essentiel et doit être privilégié au dépistage individuel. En effet, le dépistage organisé du cancer du sein bénéficie d'une qualité et d'une sécurité accrue, reposant sur la deuxième lecture des clichés de mammographie, permettant de récupérer environ 9% des cas de cancers.

En 2013, le dépistage rime encore trop souvent avec « inégalité » et « iniquité »

Le dépistage organisé du cancer du sein permet, à toutes les femmes de 50 à 74 ans, de réaliser d'une mammographie tous les deux ans. Gratuit car remboursé par la Sécurité sociale, il peut cependant s'accompagner de coûts cachés et de difficultés pratiques insurmontables pour certaines catégories de la population : difficultés de transport pour se rendre dans un lieu de dépistage en région ou dans les banlieues enclavées, nécessité de demander une autorisation d'absence à l'employeur, coût d'une éventuelle visite additionnelle chez un médecin... autant de raisons qui découragent des centaines de milliers de femmes.

Les tabous liés à la mammographie, l'enclavement, le manque d'information et/ou la non adaptation de l'information aux questions spécifiques de telle ou telle catégorie de population, le manque d'information des professionnels de santé ou des personnes relais sont autant

d'éléments qui expliquent en grande partie l'inégalité du dépistage sur notre territoire.

La Ligue contre le cancer demande des mesures phares, concrètes et rationnelles



« Octobre Rose doit, plus que jamais, être un moment d'échanges et de mobilisation des quatre millions de femmes concernées chaque année par le dépistage du cancer du sein. Il est possible d'agir pour réduire ces inégalités en soutenant les

femmes qui ne peuvent supporter les coûts cachés et difficultés sociales qu'entraînent un dépistage pourtant impératif. » explique Jacqueline Godet, présidente de la Ligue contre le cancer.

- **Remboursement à 100% des examens complémentaires dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein**

L'acte de mammographie peut parfois être complété par la réalisation d'examen complémentaires, comme une échographie, entraînant actuellement un reste à charge, car non pris en charge intégralement par l'assurance maladie. Lorsqu'ils sont nécessaires et justifiés, il est primordial

que ces examens médicaux bénéficient d'une prise en charge à 100%.

- **Remboursement des frais de transport du lieu de vie ou de travail vers le centre de radiologie**

Cabinets de radiologie éloignés, coûts de frais de transport importants... autant d'inconvénients qui limitent la participation au dépistage. Pour contrer cet obstacle, le conseil général de l'Aisne propose une prise en charge forfaitaire de bons de transport en autocar ou en taxi d'une valeur de 40 € pour les femmes qui habitent à plus de 15 kilomètres du cabinet de radiologie. Dans une politique de santé publique égalitaire, la Ligue demande à l'État de généraliser cette mesure de remboursement à toute la France.

- **Intégration d'une autorisation d'absence dans le code du travail**

Soulignons que les horaires d'ouverture des centres de radiologie sont identiques aux horaires de travail de la plupart des travailleuses concernées. Aussi, au même titre que la visite médicale du travail, le temps d'absence du travail nécessité par l'examen de mammographie doit être pris sur les heures de travail des salariés sans qu'aucune retenue de salaire ne puisse être opérée.

- **Intégration d'un calendrier des « dépistages » dans les logiciels métiers « dossier patient informatisé » des médecins généralistes**

À l'instar du calendrier vaccinal, qui alerte les médecins généralistes de la date de rappel des vaccins en fonction de chaque patient et de son âge, la Ligue contre le cancer demande à la direction générale de la Santé la mise en place obligatoire d'un calendrier des « dépistages » dans le « Dossier patient informatisé ».

À la veille de la sortie du Plan cancer III qui devrait placer la lutte contre les inégalités au cœur des enjeux des prochaines années, ces mesures simples permettraient non seulement d'aider concrètement les femmes mais seraient aussi des mesures économiquement rationnelles et intelligentes car les traitements précoces sont évidemment plus efficaces et beaucoup moins coûteux pour la société.

À propos de la Ligue contre le cancer

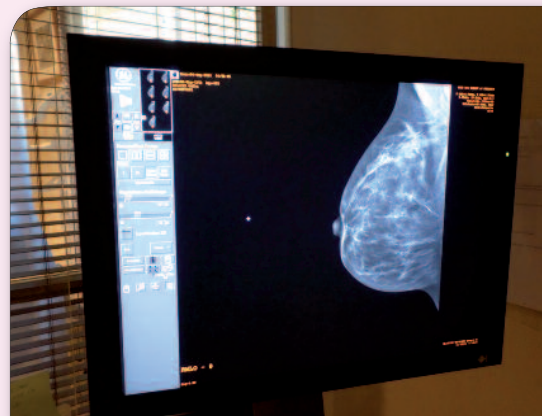
Premier financeur associatif indépendant de la recherche contre le cancer, la Ligue contre le cancer est une organisation non-gouvernementale indépendante reposant sur la générosité du public et sur l'engagement de ses militants. Forte de près de 700 000 adhérents et 13 000 bénévoles, la Ligue est un mouvement populaire organisé en une fédération de 103 Comités départementaux. Ensemble, ils luttent dans trois directions complémentaires : chercher pour guérir, prévenir pour protéger, accompagner pour aider. Aujourd'hui, la Ligue, fait de la lutte contre le

cancer un enjeu sociétal rassemblant le plus grand nombre possible d'acteurs sanitaires mais aussi économiques, sociaux ou politiques sur tous les territoires. En brisant les tabous et les peurs, la Ligue contribue au changement l'image du cancer et de ceux qui en sont atteints. Pour en savoir plus : www.ligue-cancer.net / [facebook.com / laliguecontrecancer](https://facebook.com/laliguecontrecancer) / [twitter.com / laliguecancer](https://twitter.com/laliguecancer) ■

Rappel des chiffres clés

Parce que le dépistage organisé ne séduit pas assez...

Seulement 52,7% de la population concernée suit le dépistage organisé contre 70% recommandés à l'échelle européenne. Et pourtant pour l'année 2010, plus de 16 000 cancers du sein ont été découverts par le dépistage organisé. **La seconde lecture a permis de dépister environ 6 à 7% de ces cancers, et en son absence, ce sont plus 1000 femmes qui auraient subi une véritable perte de chance.**



Ce programme permet de détecter chez les femmes de 50 à 74 ans, des cancers alors qu'ils sont non palpables, et majoritairement des cancers invasifs sans envahissement des ganglions, gage d'un bon pronostic.

... et est très inégal sur le territoire :

La participation des femmes au dépistage organisé reste encore très inégale selon les régions, les origines et les classes sociales. Selon les régions par exemple : certaines présentent, pour la période 2011-2012, une participation supérieure à 60 % (Pays-de-la-Loire, Centre, Limousin, Bretagne) tandis que d'autres ont des taux inférieurs à 45 % (le département de Paris se distingue par le taux le plus faible de 27,2%).



SILENCE, ON SCANNE.

L'INTRODUCTION DE SILENT SCAN.

Humaniser l'IRM n'est pas seulement notre philosophie. C'est notre promesse. Celle de changer la manière dont les patients ressentent, perçoivent et entendent l'IRM. Cependant, il est aujourd'hui temps de rompre les barrières du silence et de modifier définitivement la façon dont les patients vivent l'IRM.

Découvrez Silent Scan. En utilisant une combinaison unique de nouvelles technologies, nous avons fait de l'IRM un examen aussi silencieux qu'un chuchotement. Le jour où vos patients peuvent abandonner les casques audio est venu. Et nous avons accompli cela sans compromettre la qualité d'image dont vous avez besoin pour faire un diagnostic sûr. Il est grand temps d'entendre la différence.



imagination at work

Forcomed et le DOCS :

L'implication de Forcomed y est historique, permanente et efficace

Les intuitions fondatrices de Forcomed viennent du Dépistage Organisé du cancer du Sein (DOCS) dans la fin des années 90, les radiologues voyant venir les expériences européennes, en particulier d'Europe du Nord, ont commencé à mettre en place quelques structures départementales locales pour le dépistage. Ils ont très vite compris que le contrôle de qualité allait être une nécessité devant le parc technique très divers qui était celui des radiologues libéraux principalement concernés par le dépistage, le parc hospitalier étant très peu développé, et le nombre de Centres Anti Cancer limité en France. Ils ont à ce moment-là participé aux travaux du GIMM, groupement interdisciplinaire en mammographie. Par ailleurs, il fallait donner à tous ces radiologues une formation initiale sur la mammographie qu'ils n'avaient jamais reçue dans leur cursus universitaire et les éveiller à une culture de santé publique jusque-là le plus souvent ignorée. La FNMR, prévoyant que la généralisation du DOCS évoquée par le ministre de la santé en 1993 concernerait un maximum de radiologues libéraux, s'était dotée en 1994 d'une association de formation médicale continue, Forcomed, dont les acteurs formateurs participaient déjà aux groupes de travail avec les institutionnels, et en particulier au groupe national de suivi créé par le Professeur Maurice Tubiana sous l'égide de la Direction Générale de la Santé (DGS).

La permanence et la continuité de l'action de Forcomed dans le DOCS ne se sont pas démenties depuis 1994

Dès sa création, les actions de formation ont d'abord été locales dans les départements des expériences pilotes, sur la base des recommandations européennes en termes de contrôle de qualité et de lecture des clichés, pour homogénéiser les pratiques. L'arrivée du cahier des charges national en 2001, rendant la formation Forcomed obligatoire pour les radiologues comme pour les manipulateurs, nous a fait proposer des actions régionales pour former un maximum de personnes sur place en évitant les déplacements et des formations centralisées sur Paris, avec forme et contenu pédagogique identiques, quelles que soient les circonstances

Forcomed s'est adaptée au plus vite aux modifications organisationnelles et techniques du DOCS de façon à



faciliter les transitions et permettre l'amélioration de l'ensemble du dispositif.

C'est ainsi que très rapidement en 2002 a été créée une formation spécifique pour les seconds lecteurs pour permettre l'entrée de tous les départements nouveaux lors de la généralisation au territoire national ; plus de 1800 radiologues en ont bénéficié, permettant la formation d'équipe de seconde lecture dans des délais courts.

L'autorisation de l'utilisation de la mammographie numérique dans le DOCS en février 2008, assortie d'une obligation de formation spécifique au contrôle de qualité numérique et à la lecture sur console, a été un challenge pour Forcomed qui a pris l'engagement de former au plus vite 2000 radiologues. En accord avec l'INCa, un nouveau format de formation a été proposé, associant la formation à distance pour la partie théorique technique et organisationnelle, et la formation présentielle interactive de lecture sur console. L'idée de ce programme mixte étant de limiter les déplacements successifs pour les radiologues tout en leur donnant de solides bases de formation initiale sur l'imagerie numérique mammographique.

L'efficacité de Forcomed en termes de personnes formées est évidente :

- 6443 radiologues formés à la mammographie analogique depuis 1994 et 8837 manipulateurs,
- 4742 radiologues formés à la mammographie numériques depuis 2006 (dont 151 entre 2006 et 2008 hors obligations réglementaires) et 5400 manipulateurs.

¹ DI : dépistage individuel

Elle améliore ainsi les performances du dépistage, en qualité des examens fournis comme de leur interprétation, et donc favorise une meilleure détection du cancer du sein.

Mais l'implication de Forcomed dans le DOCS n'est pas strictement limitée à la transmission des données du cahier des charges et aux recommandations de bonnes pratiques aux radiologues et aux manipulateurs.

→ En leur apportant cette culture de prévention et d'action de santé publique, elle incite les radiologues à favoriser la participation au Dépistage Obligatoire (DO) en faisant rentrer dans le dépistage organisé le maximum de femmes « hésitantes DO/DI¹ », en leur donnant les arguments bénéfiques-risques que les femmes ont maintenant souvent besoin d'entendre, comme d'ailleurs les médecins correspondants.

→ Elle apporte un éclairage précis et pratique sur la réalité du terrain à l'administration, avec la participation de nombreux de ses formateurs à des groupes de travail des organismes institutionnels, en tant qu'experts de leur spécialité, représentants des sociétés savantes, ou ayant des responsabilités dans leurs structures de gestion. Elle signale les difficultés rencontrées, les besoins ressentis et propose les améliorations ou les évolutions. C'est ainsi que récemment, après avoir constaté que le remplissage pertinent de la fiche d'interprétation du premier lecteur était difficile pour certains radiologues au cours des formations et compromettait ainsi l'évaluation du dépistage, Forcomed a demandé à l'INCa que celle-ci soit repensée par un groupe de travail, ce qui a été fait cette année.

→ Elle cherche à entretenir avec les agences des relations régulières de façon à connaître les dernières dispositions de façon à réactualiser en permanence le contenu des enseignements sur des points précis. Les contacts établis avec l'ANSM² nous ont récemment permis, dans la période difficile et évolutive du contrôle de qualité de certains matériels numériques sur les trois dernières années, d'expliquer précisément aux radiologues les problèmes et la logique des modifications successives.



² Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

³ Collège des Enseignants en Radiologie de France

En 2013, Forcomed a fait deux choix importants vis-à-vis du DOCS :

→ **Celui du Développement Professionnel Continu (DPC)**, en proposant deux programmes, l'un en e-learning complet, l'autre mixte (à distance et présentielle), pour l'amélioration de la lecture des mammographies dans le DOCS pour les radiologues premiers lecteurs. Ils débutent par une auto-analyse de leurs propres résultats fournis par la structure de gestion comparés à ceux de la moyenne du groupe ce qui permet au radiologue de déterminer ses besoins en nouvelles connaissances et les axes d'amélioration de ses pratique en DOCS seront évolutifs. Ils permettront aux radiologues de reformer régulièrement, tout au long de leur activité professionnelle, ce qui rentre naturellement dans l'assurance de qualité d'un programme de prévention.

→ **Celui de la collaboration avec les universitaires du CERF³ sur la formation initiale au DOCS des internes et des chefs de clinique**, à partir de la fin 2014, chacun dans son domaine d'expertise. La préoccupation commune est celle d'un système de formation unique garantissant l'homogénéité des pratiques pour tous les radiologues démarrant leur activité dans le programme national de dépistage du cancer du sein en France.

→ la volonté de former tous les acteurs des cabinets et des services concernés par le DOCS : Radiologues, manipulateurs et secrétaires avec un atelier spécifique et une formation entièrement dédiée à la demande de certaines structures de gestion.

- une formation nationale homogène au service d'un objectif de santé publique.
- une collaboration permanente avec tous les acteurs du DOCS : lien entre les acteurs de terrain qui dépistent, les structures de gestion.
- une adaptation à toutes les évolutions du dispositif : les différents CDC, l'extension à tout le territoire en 2004, la réunion des différentes structures en février 2002 pour organiser une formation L2 dans un délai court pour permettre l'extension à tout le territoire.
- une collaboration engagée avec le CERF pour la formation.
- une possibilité avec le DPC de se reformer régulièrement. ■

Dr Isabelle BRAULT



Améliorer la prise en charge des patientes lors du diagnostic du cancer du sein



Ne pas oublier qu'au bout du sein il y a une femme qui mérite douceur et attention.

La forme est en toutes choses au moins aussi importante que le fond. Ceci s'applique particulièrement à la façon dont la femme se sent considérée lors d'un examen diagnostique du cancer du sein. Le regard professionnel du manipulateur radio ou du médecin radiologue gagnerait à être enrobé d'une enveloppe de prise en compte globale de la patiente. Un examen qui n'est déjà pas agréable dans un contexte de surcroît anxiogène non entouré de bienveillance humaine ne peut que dissuader un certain nombre de femmes de le réitérer. A cela s'ajoute le bénéfice-risque non clairement explicité sur lequel LE LIEN a déjà attiré l'attention.

En effet, toutes les patientes ne sont pas identiques face au risque du cancer du sein, ne serait-ce que par le facteur héréditaire. Pour ces patientes comme pour les autres, la fréquence des examens préconisés n'est pas claire et varie d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste à l'autre. Quelles sont les recommandations en vigueur sur l'âge d'un premier examen, 40 ou 50 ans ? Et quelle est la bonne fréquence sans facteur héréditaire ? 1 an, 2 ans ou plus ? Par qui ces recommandations ont-elles vu le jour et pourquoi ?

Une communication précise, explicitée selon l'histoire de chaque femme est un point à travailler, aussi bien pour

rassurer et éduquer que pour ne pas risquer de faire subir trop de radiographies superflues et génératrices de doses cumulées potentiellement dangereuses au cours d'une vie.

A noter que là encore la communication à établir avec la patiente est à revoir, la dose de rayons reçue lors de l'examen ne lui étant par exemple pas spontanément

communiquée, ni même sur demande. Dire à la patiente que la dose d'exposition figure dans le compte-rendu d'examen envoyé au médecin prescripteur ne donne pas l'information directement à la personne concernée. Les échographies cumulées ont-elles à la longue des conséquences dommageables tout comme l'exposition aux rayons X ? Existe-il des études qui prouvent qu'elles n'en ont pas ?

Par mesure de transparence ces informations se devraient d'être renseignées auprès des associations de patients.

Un autre flou subsiste sur l'ordre préconisé et expliqué à la patiente de l'examen radio d'une part et de l'examen écho d'autre part et la nécessité ou non de procéder aux deux.

En résumé, LE LIEN, association soucieuse autant que faire se peut de la prévention en santé, rappelle au corps médical qu'il faut autant s'intéresser à l'organe qu'à la personne à qui il appartient, et que l'organisme est mémoire, aussi bien sur le plan physique que psychologique ou émotionnel. Adopter une attitude de reconnaissance de la personne dans sa globalité et lui communiquer avec bienveillance une information fondée et étayée contribuerait à l'amélioration de la prise en charge de la patiente dans l'examen diagnostique du cancer du sein. ■

“ Il faut autant s'intéresser à l'organe qu'à la personne à qui il appartient. ”



PhotoDisc

Claudine RICHON
Membre du bureau du LIEN





Optimiser la saisie de Sénolog ?

Le docteur Philippe Libessart nous livre son expérience sur l'utilisation et l'optimisation souhaitable de Senolog. Voici son témoignage.

Sénolog est aujourd'hui un outil indispensable à la traçabilité de notre activité, à notre défense. Il permet aussi à chacun de se situer dans l'univers de la mammographie française.

Cet outil a été simplifié depuis sa création, notamment par sa dernière version intégrée par la meilleure façon d'utiliser SenoLog car beaucoup d'informations sont pré-saisies, évitant ainsi des erreurs sur le patient et sur les actes.

La conjoncture actuelle difficile et les assauts de nos instances invitent à optimiser nos structures et entre autre la saisie des données Sénolog par nos secrétaires (ou parfois par le radiologue lui-même).

Le temps imparti à cette tâche est loin d'être négligeable, estimé sur notre structure à 4 heures/semaine et ces frais de secrétariat pourraient être fortement réduits, libérant nos secrétaires pour d'autres tâches.

Aujourd'hui, seuls quelques items demandés ne figurent pas dans le dossier patient du RIS (antécédents, ACR, etc...)

mais ces derniers figurent dans la dictée puis le compte-rendu Word, et par un simple jeu d'écriture pourraient être intégrés immédiatement dans une fenêtre Sénolog apparaissant automatiquement ou à la demande en fin de frappe.

Ceci ne demanderait alors que quelques secondes et ferait gagner annuellement à chaque structure des heures de secrétariat.

Les RIS acceptant de l'intégrer seraient valorisés, ce développement pouvant soit être inclus dans l'évolution Sénolog déjà achetée, ou faire l'objet d'une facturation complémentaire raisonnable (amortie en quelques journées...), au bon vouloir des éditeurs...

Tout est possible (ou presque) en informatique pour peu que l'on en ait envie et j'aspire même à une intégration totalement automatisée à l'avenir à partir de comptes rendus types reprenant tous les items (quelques difficultés subsistent mais chacun peut inciter son éditeur à y réfléchir). Ce développement pourrait même se faire en collaboration avec les campagnes de dépistage en tenant compte du cahier des charges commun à toutes les structures, mais dont les fiches actuellement en service diffèrent malheureusement d'un département à l'autre. Ceci pourrait préfigurer l'envoi internet des données et comptes rendus.

Lors des JFR 2012, j'ai exposé mon point de vue et j'ai rencontré un accueil favorable de la FNMR, mais également des responsables de mon RIS, prêts à intégrer des fonctionnalités complémentaires.

Messieurs les éditeurs, je vous invite à y réfléchir très rapidement et à vous rapprocher dès maintenant de la FNMR. ■

“ Ceci ne demanderait alors que quelques secondes et ferait gagner annuellement à chaque structure des heures de secrétariat. ”



Dr Philippe LIBESSART



Sénolog fête ses 10 ans !



En 2003, la FNMR a lancé Sénolog dans le cadre de la généralisation du dépistage du cancer du sein. Pari technologique tout autant qu'un pari professionnel, l'outil s'est imposé en dix ans dans le paysage de la sénologie pour devenir une indispensable source d'information pour le pilotage des pratiques et la défense des intérêts professionnels.

Lancé en septembre 2003 par la FNMR avec le concours du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), puis de l'Institut National du Cancer (INCa), Sénolog a connu trois étapes majeures :

1) Une étape de déploiement progressif dans les cabinets de radiologie

Cette étape a duré de 2004 à 2006. Au terme de l'année 2006, plus de 3000 radiologues participaient à la collecte de données. Le volume annuel atteignait rapidement les 3 millions d'actes recensés. Cette réussite reposait sur un pari technologique audacieux : l'utilisation de solutions dites de WebServices, au cœur de ce qui deviendra à la fois le Web 2.0 et un enjeu majeur d'interopérabilité. Cette solution technologique permettait de mettre en place une gestion et une maintenance de Sénolog à moindre coût.

Dès l'origine, Sénolog a été conçue comme une application « simple » : peu d'items, si possibles pré-remplis automatiquement via le RIS¹, des menus déroulants simples et limités, un temps de saisie très bref. La richesse de Sénolog provient du croisement de ses données : sur l'acte, sur l'adresseur, sur les circonstances, sur le résultat et sur la conduite à tenir. Ce projet a été présenté au RSNA 2006.

“ Les données de Sénolog sont uniques. ”

2) Une phase de consolidation

De 2007 à 2012, Sénolog a été intégré de manière croissante par les éditeurs de Systèmes d'Information Radiologique (SIR) dans leurs produits. L'utilisation en a été simplifiée et la double saisie initiale s'est progressivement estompée. L'activité saisie dans Sénolog a alors continué à augmenter pour atteindre un plateau à 3,65 millions d'actes / an, soit plus de 60 % de l'activité totale de sénologie.

¹ Radiologic Information System

Si la représentativité de Sénolog fait encore débat, l'application présente quelques caractéristiques importantes :

- Ses données sont uniques : ni l'INVS ni l'assurance-maladie ne possèdent de données aussi fines que celles produites par Sénolog. La nature du demandeur, le motif de l'acte et la maîtrise de la conduite à tenir, tant dans le cadre du Dépistage Organisé (DO) que du Dépistage Individuel (DI) sont des informations précieuses que Sénolog va exploiter, principalement en partenariat avec l'INCa.
- Sa taille en fait la plus grosse base de données médicalisées sur la Sénologie en Europe.





L'exploitation de Sénolog va alors se faire dans plusieurs directions :

- Le retour vers les radiologues émetteurs sur une base semestrielle,
- La réalisation d'études destinées au pilotage du dépistage et plus largement de la pratique sénologique, lors des réunions organisées avec l'assurance maladie sur le suivi de l'ACBUS² Sein,
- La réalisation de publications et de communications scientifiques dans de nombreux congrès professionnels : au Congrès Européen de Radiologie de Vienne, aux JFR, dans les congrès de pathologies mammaires, dans des congrès d'informatique. Un rapport annuel est par ailleurs élaboré depuis 2009 avec le soutien de l'INCa.

3) Une phase de relance

2012 est une année charnière pour Sénolog, qui fait l'objet en cours d'année de nombreuses innovations : meilleure identification du radiologue grâce à l'utilisation du Registre Permanent des Professionnels de Santé (PPRS), meilleure analyse de la conduite à tenir, mise à jour des mammographes utilisés avec la distinction analogiques / numériques DR / numériques CR. S'y ajoutent quelques innovations dans l'architecture de la base de données, qui

demeurent invisibles pour l'utilisateur final, mais qui devraient améliorer un peu plus la fiabilité de l'outil. Les premiers résultats sont attendus avec les données 2013.

Cette relance est d'autant plus nécessaire que Sénolog connaît un tassement significatif en 2012. Le nombre d'examen envoyés diminuent de manière significative (environ - 5 %) alors que le DO repart sur la même période (+ 1,5 %). Le taux de participation moyen à Sénolog tombe à un peu plus de 50 %, avec de très fortes disparités inter-régionales (de moins de 20 % à plus de 85 %).

Or l'outil est plus que jamais nécessaire pour la profession. Au moment où s'élèvent des voix sur la remise en cause du dépistage organisé, Sénolog vient de réaliser avec l'INCa une étude – unique par son contenu – sur la réalité du taux de couverture dans la tranche 50 – 74 ans.

Notre système est en effet caractérisé par la réalisation sur la même tranche d'âge d'un examen similaire sur le plan technique (à l'exception de la double lecture en DO). Or le code QEQK001 peut cacher des situations extrêmement différentes : « vrai » dépistage individuel, réalisation d'examen de suivi, ou sur signes d'appel, etc. Nous avons donc isolé, dans la tranche 50-74 ans, les « vrais » examens de dépistage individuel et les avons ajouté aux examens de DO recensés par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS). Ceci permet d'évaluer le taux réel de dépistage dans cette tranche d'âge.

Le taux de couverture dans la tranche 50-74 ans, évalué à 52,8 par l'InVS sur l'activité de DO, s'élève à 59,1 % en ne tenant compte que des seules mammographies de DI effectivement recensées dans Sénolog³. En extrapolant les mammographies de DI de Sénolog au niveau national, le taux de couverture s'élève alors à 65,1 %, soit un taux très proche du seuil de 70 % admis internationalement comme le niveau de succès .

Cette étude démontre aussi qu'il existe un effet « vases communicants » entre le DO et le DI. Dans les régions où le DO est le plus faible comme l'île de France ou PACA, la réalisation massive d'examen de DI permet d'arriver à des taux de couverture similaires à la moyenne nationale. ■

“ Au moment où s'élèvent des voix sur la remise en cause du dépistage organisé, Sénolog est plus que jamais nécessaire pour la profession. ”

Aïssa KHELIFA
Consultant



² Accord de Bon Usage des Soins

³ Les données finales feront l'objet d'une communication au Congrès de Sénologie et de Pathologie Mammaire de Montpellier en novembre prochain.

Recommandations pour le 3^{ème} Plan Cancer



Pr Jean-Paul Vernant

Le Professeur Jean-Paul Vernant a remis, à la fin du mois d'août, ses recommandations pour le troisième Plan Cancer ¹. Nous présentons quelques éléments du constat qu'il dresse, les principaux objectifs qu'il suggère et les propositions qu'il fait dans les domaines intéressant de près l'imagerie médicale.

La FNMR et FORCOMED ont communiqué au Pr Vernant des observations et des propositions dans le cadre de la préparation de son rapport. Certaines recommandations du Pr Vernant vont dans le même sens.

Les recommandations du Pr Vernant s'appuient sur le bilan à mi-parcours du deuxième plan réalisé par le Haut Conseil à la Santé Publique, en attendant le rapport définitif en 2014, et celui réalisé par la Direction générale de la Santé (DGS).

Elles reposent sur plusieurs constats :

- Les principaux facteurs de risques de cancer sont connus dans la population mais leur connaissance est marquée par le niveau socio-culturel.
- Les mesures de prévention, prises depuis dix ans, sont d'autant moins efficaces que les facteurs de risque sont élevés.
- "La politique de lutte contre le tabac conduite en France depuis 2004 est un échec. L'effet a été même contraire à celui attendu pour les catégories sociales défavorisées".
- La généralisation des dépistages est un acquis des premiers plans. "En revanche, les taux de participation comme les taux de couverture sont encore en deçà des taux nécessaires à leur efficacité et à la réduction des inégalités".
- La mortalité prématurée évitable est en France la plus importante de tous les pays européens pour les hommes et la troisième pour les femmes.
- La tendance favorable observée sur la survie des cancers devrait se poursuivre.
- Les inégalités de santé liées au cancer restent importantes.



I Les objectifs

Sur la base des éléments du bilan et de ses consultations, le Professeur Vernant propose trois objectifs stratégiques :

- La réduction effective des inégalités de santé
- Les adaptations nécessaires du système de santé
- La simplification de l'organisation existante

La réduction des inégalités de santé

Parmi les inégalités, le Pr Vernant relève celle de la participation aux dépistages des cancers. Le taux de couverture est satisfaisant pour le dépistage organisé et individuel du cancer du sein à près de 70%. Mais il subsiste d'importantes disparités selon les territoires, l'âge et les caractéristiques socio-économiques.

Le rapport propose une évaluation de la réduction de la mortalité par cancer liée à des inégalités sociales sur une période de dix ans. Cet objectif nécessite des mesures ciblées sur les populations défavorisées ou à risque élevé et portant sur la prévention, la participation aux dépistages, la coordination des soins et l'accompagnement pendant et après le traitement.

Adapter le système de santé aux évolutions de la prise en charge des cancers

La prise en charge des cancers doit évoluer face à leur nombre croissant faute de quoi le système risque d'être dépassé. D'ors et déjà, note le Pr Vernant, les statistiques des réseaux FRANCIM montrent une augmentation des délais pour les cancers du colon et du sein.

“ La généralisation des dépistages est un acquis, en revanche, les taux de participation comme les taux de couverture sont encore en deçà des taux nécessaires à leur efficacité et à la réduction des inégalités. ”

¹ Rapport à la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé et à la Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche – Recommandations pour le Troisième Plan Cancer – Pr Jean-Paul Vernant Juillet 2013



Qui accompagne tous les professionnels de la santé tout au long de leur vie ?

Retrouvez-nous aux JFR :
stand n°123B - Niveau 1 - Hall Passy - Palais des Congrès de la Porte Maillot

Notre engagement, c'est vous.



RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE PROTECTION JURIDIQUE - EPARGNE RETRAITE
PREVOYANCE - SANTE - LOCAL PROFESSIONNEL - HABITATION - AUTO - FINANCEMENT

3233* ou
macsf.fr

* Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.

MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - SAM - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX

Simplifier l'organisation pour une meilleure efficacité

Troisième objectif, une simplification de l'organisation de la lutte contre le cancer pour plus d'efficacité.

II Les axes thématiques

Les objectifs sont déclinés en cinq axes thématiques :

- Le développement de la prévention et du dépistage
- La recherche
- Les métiers, les formations et les pratiques de la cancérologie
- Le parcours de soins
- La vie pendant et après le cancer

Dépistage du cancer du sein et recommandations de la HAS

Le rapport relève que des recommandations de la HAS de 2011 n'ont pas été mises en œuvre. Il s'agit :

- De s'assurer des possibilités de libre choix des femmes pour leur participation au dépistage.
- D'inciter les professionnels de santé à orienter les femmes susceptibles de tirer avantage du dépistage et qui le souhaitent vers le programme organisé.
- De maintenir le cap du dépistage organisé.
- De renforcer la place du médecin traitant qui n'est pas toujours partie prenante.
- D'améliorer la présentation du dépistage par les médecins traitants face aux campagnes critiques.
- Le reste à charge peut être un facteur limitant.

Prévention et dépistage

La prévention pourrait être réorientée sous quatre angles :

1. L'éducation à la prévention en particulier en milieu scolaire,
2. Une prévention ciblée sur les populations les plus défavorisées,
3. La prévention en direction des risques majeurs,
4. La recherche cognitive (mesures des risques, comportements) et interventionnelle.

L'organisation des dépistages est très différente d'une région, ou d'un département, à l'autre. Mais leur généralisation va dans le sens d'une harmonisation des pratiques. Le rapport note l'absence d'indicateurs de

fidélisation ou d'indicateurs sociaux dans les programmes de dépistage. Une autre lacune réside dans l'absence de différenciation des messages de prévention ou de dépistage selon les catégories de public visés.

Les taux de **dépistage organisé ou spontané du cancer du sein** évoluent favorablement. Le taux cible du dépistage organisé est presque atteint dans cinq départements. Néanmoins, la participation stagne.

Les disparités socio-économiques semblent diminuer avec la généralisation du dépistage organisé. Mais au final, le taux de participation estimé par la Haute Autorité de Santé est de 51% pour le dépistage organisé et de 62% pour les dépistages organisé et individuel soit un taux inférieur à l'objectif de 65% en 2013.

Deux autres constats conduisent le Pr Vernant à proposer un renforcement du dépistage organisé :

- Les inégalités de santé relatives au cancer du sein ont
- Le dépistage individuel est difficilement quantifiable. Son efficacité ne peut être évaluée. Il répond à certaines règles de contrôle technique mais ne bénéficie pas des garanties du contrôle qualité du programme organisé. Il ne touche que les femmes de la population cible les mieux suivies et/ou celles favorisées sur le plan socio-économique.

Il en découle plusieurs objectifs.

Le premier est un taux de participation à 70%. Pour ce faire, le Pr Vernant propose de mieux impliquer les médecins traitants dans les procédures d'invitation et de suivi des tests de dépistage en finançant une consultation de prévention, entre autres, consacrées à l'explication et à l'invitation aux dépistages organisés. Il propose également de former les médecins traitants à l'explication des bénéfices et risques du dépistage du cancer du sein.

Le second objectif vise à réduire les inégalités d'accès au dépistage du cancer du sein en incitant les femmes non participantes et socio-économiquement défavorisées à participer. Pour atteindre cet objectif, il met en avant la gratuité du dépistage avec la suppression du reste à charge pour les examens complémentaires suivant une mammographie réalisée dans le dépistage organisé. Il propose aussi des interventions ciblées envers les non participantes en partenariat avec des collectivités et acteurs locaux.

Le Pr Vernant propose la **suppression du reste à charge pour les examens complémentaires** suivant une mammographie réalisée dans le cadre du dépistage organisé.



Un troisième objectif vise à assurer l'équité d'accès au dépistage et à limiter les dépenses collectives liées aux pratiques individuelles. Le rapport suggère des campagnes d'information auprès des professionnels de santé pour réduire le dépistage individuel au profit du dépistage organisé. La communication doit aussi convaincre les femmes de la meilleure qualité du dépistage organisé.

La recherche

L'objectif fixé est d'assurer l'application rapide des avancées de la recherche au bénéfice des patients. Le rapport anticipe des progrès technologiques à moyen terme en imagerie, entre autres disciplines. Mais ces progrès auront des coûts importants surtout en cas d'importation des innovations.

Le Pr Vernant appelle au développement des nouvelles technologiques contribuant au diagnostic et au traitement des cancers en contribuant à la mise en place de structures de recherche.

Le parc d'IRM

En fonction des indications du guide du bon usage des examens d'imagerie, tous les centres agréés (881) pour le traitement des cancers devraient être équipés d'au moins une IRM. 89 de ces centres étant autorisés pour au moins 3 pratiques thérapeutiques devraient être équipés de 2 IRM au moins, soit au total un besoin théorique de 970 IRM.

Le Pr Vernant recommande qu'à l'issue du 3ème Plan la France ait rejoint la moyenne d'équipement de l'Europe de l'ouest en 2012, soit 20 IRM par million d'habitants contre 9 aujourd'hui.

L'imagerie

« L'accès à l'imagerie conventionnelle est essentiel pour le dépistage, le diagnostic, le bilan d'extension, le traitement et la surveillance de nombreux cancers » souligne le rapport qui considère qu'un tiers de l'activité des radiologues est consacré aux malades du cancer.

Il rappelle également les objectifs des précédents plans pour les IRM. Sur ce point, la France, loin d'avoir comblé son retard par rapport à ses partenaires européens, a vu l'écart se creuser. Les objectifs du Plan cancer II, pour l'IRM, n'ont donc pas été atteints. Les délais d'attente pour un examen d'IRM restent trop long et inégaux suivant les régions.

De même, les objectifs du Plan cancer II en radiologie interventionnelle, identifier les équipes effectuant des actes de radiologie interventionnelle à visée thérapeutique, actualiser la CCAM et permettre à tous les patients d'en bénéficier, n'ont pas été atteints.

Enfin, le Plan II prévoyait d'étudier les dépassements d'honoraires sur les actes d'imagerie en ambulatoire sans qu'il soit possible de savoir si cette recommandation a été suivie. Rappelons que 86% des médecins radiologues sont en secteur 1, que les radiologues en secteurs 2 pratiquent peu les dépassements, souvent limités à des zones géographiques où il y a toujours une offre à tarifs opposables.

Dernier constat, le travail de relecture, d'analyse et de comparaison des dossiers d'imagerie pour la décision et le suivi thérapeutique des patients n'est toujours pas pris en compte dans la CCAM.

Les IRM

L'objectif du Plan cancer II pour les IRM n'a pas été atteint (voir ci-contre). La recommandation est donc de rejoindre, d'ici à la fin du Plan cancer III, la moyenne de l'Europe de l'Ouest de 2012 soit 20 IRM par million d'habitants.

Le Pr Vernant souligne le rôle pris par l'imagerie et la radiologie dans la gestion pluridisciplinaire des cancers. Mais il faut faire face au problème de la démographie des radiologues et de leur répartition dans les territoires et les établissements.

Les objectifs pour l'imagerie sont :

De réduire les délais de rendez-vous pour les examens d'IRM lors des diagnostics et du suivi thérapeutique du cancer. Le seuil est fixé à 14 jours après la prescription. Si l'objectif n'était pas atteint d'ici à 2015, il faudrait alors augmenter le parc d'IRM en conséquence.

Se fixer un objectif de 20 machines par million d'habitants d'ici à 2018 avec le personnel médical et non médical nécessaire.

2010 Nombre de gestes en radiologie interventionnelle oncologique
360 000 gestes à visée diagnostique
130 000 gestes à visée thérapeutique

Radiologie interventionnelle

La thérapeutique guidée par l'image est, pour le Pr Vernant, une innovation majeure en oncologie. En 2010, 500 000 gestes de radiologie interventionnelle auraient été pratiqués. Cependant, les équipements sont insuffisants, limités à des échographes et des appareils de radiologie standard.

Les scanners et les IRM permettent un guidage plus précis, performant et sécurisé mais aucun plan ne réserve certains de ces équipements à la radiologie interventionnelle.

“ Les études menées par le réseau de registres FRANCIM montrent un allongement du délai de prise en charge des cancers du colon et du sein. ”

Le rapport reprend une étude d'UNICANCER qui évalue à 16% le temps de scanner et 36% le temps d'IRM supplémentaires pour cette activité qui nécessiterait aussi trois fois plus de salles dédiées.

Il conviendrait enfin de revaloriser la radiologie interventionnelle, ce qui était prévu dans le Plan cancer II, mais n'a pas été réalisé.

Le rapport invite à :

- identifier les sites et les équipes effectuant les actes de radiologie interventionnelle,



- repérer les actes diagnostiques et thérapeutiques de radiologie interventionnelle,
- revaloriser l'activité de radiologie interventionnelle,
- autoriser des scanners et IRM dédiés aux thérapies guidées par l'image.

Le rapport envisage aussi de développer les TEP-CT en fonction des besoins et d'évaluer l'apport des TEP-IRM en cancérologie.

Les délais de prise en charge

Les études menées par le réseau de registres FRANCIM² montrent un allongement du délai de prise en charge des cancers du colon et du sein dans les trois registres étudiés entre les périodes 1999-2003 et 2004-2008. Le rapport entend que les délais d'accès au spécialiste, à l'imagerie, au diagnostic histologique, à la RCP et au début des traitements soient surveillés dans l'objectif de les réduire.

Le Pr Vernant rappelle une méta-analyse (87 études) publiée en 1999 concernant le cancer du sein qui "rapportait un effet délétère sur la survie en cas de délai supérieur à 3 mois entre l'apparition de symptômes cliniques et le début du traitement". Le même impact semble apparaître aussi en cas de délai entre le diagnostic et le traitement pour le cancer du sein à un stade précoce selon une étude de 2012 menée en Caroline du Nord.

La conclusion est donc une recommandation de la réduction des délais de la prise en charge.

² Réseau France Cancer Incidence et Mortalité créé en 1991

III Les cinq axes transversaux

Les axes transversaux :

- Rôle du médecin traitant
- Evolution des modalités d'implication des patients
- Systèmes d'information
- Organisation
- Problèmes économiques

Parmi les axes transversaux, certains concernent plus directement l'imagerie médicale comme les systèmes d'information ou surtout la proposition d'une organisation nouvelle, en particulier pour le dépistage du cancer du sein.

Le rapport préconise de développer les indicateurs relatifs aux pratiques (stade au diagnostic, délai de prise en charge, respect des recommandations, récurrences,...) ainsi que le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC). Le DCC a pris beaucoup de retard en raison du retard enregistré par le Dossier Médical Personnel (DMP). De ce fait, le lien entre DCC et DMP est encore expérimental.

L'organisation

Il s'agit de simplifier l'organisation du pilotage de la lutte contre le cancer et de redéfinir les missions des différentes structures. Plusieurs recommandations sont faites :

- Créer un comité de pilotage interministériel.
- Charger l'INCa d'assurer le suivi des mesures.
- Affecter l'ensemble des financements publics des recherches fondamentales, translationnelle et clinique à l'INCa.
- Faire relayer les décisions du comité de pilotage par les Agences Régionales de Santé.

Pour le rapporteur, l'organisation complexe de la lutte contre le cancer avec de multiples réseaux territoriaux (cancérologie, infirmiers de coordination, dépistage, etc) ne favorise pas la coordination et est coûteuse.

Pour simplifier le système, le rapport propose de reconnaître le rôle essentiel des ARS mais aussi de limiter le nombre de structures en charge du cancer.

Le rapport recommande ainsi une modification de **l'organisation des dépistages**.

Un des reproches formulé est que les organisations départementales suscitent peu l'adhésion des populations et ne disposent pas, en propre, des moyens financiers d'actions spécifiques envers les groupes participants peu au dépistage.

Les coûts de fonctionnement sont élevés en raison d'une faible mutualisation.

La réorganisation, selon le rapport, permettrait de différencier l'organisation des dépistages entre ce qui est du ressort des ARS à un niveau territorial et ce qui ressort de l'expertise.

Le rapport préconise de :

- Confier à l'assurance maladie l'invitation des personnes entrant dans le cadre des dépistages organisés.
- Confier à l'INCa la responsabilité des dépistages organisés.
- Confier aux cancéropôles l'analyse des dépistages organisés et la production d'indicateurs ainsi que le développement de la recherche en SHS et de la recherche interventionnelle.
- Confier aux associations de gestion de dépistage le développement des liens avec les professionnels de santé de proximité et les collectivités territoriales. Leur confier les actions de proximité pour réduire les inégalités de participation.

Le rapport du Professeur Vernant est un document préparatoire au Plan Cancer III. Il marque des avancées importantes dans la reconnaissance de l'apport de l'imagerie médicale dans la lutte contre le cancer.

Au-delà des contributions de la FNMR et de FORCOMED à la préparation du rapport, la Fédération souhaite être associée à l'élaboration et au suivi du plan.

Beaucoup reste à faire pour que l'apport indispensable de l'imagerie dans la lutte contre le cancer soit renforcé : assurer le maintien des cabinets de proximité pour le dépistage, accroître les équipements d'IRM, assurer une meilleure répartition entre secteurs public et libéral, favoriser le développement de la radiologie interventionnelle.

Les médecins radiologues libéraux et la Fédération sont prêts à y contribuer en apportant leur expertise. ■



Rapport Vernant : principales recommandations relatives à l'imagerie pour le Plan Cancer III

Dépistage du cancer du sein

→ **Objectif** : Augmenter le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein (70%).

→ **Recommandations** :

- Impliquer les médecins traitants dans les procédures d'invitation et de suivi des tests de dépistage en finançant une consultation de prévention entre autres consacrée à l'explication et à l'invitation aux dépistages organisés.
- Former les médecins traitants à l'explication de la balance bénéfiques-risques du dépistage du cancer du sein.

→ **Objectif** : Lutter contre les inégalités d'accès au dépistage du cancer du sein en incitant les femmes non participantes et socio-économiquement défavorisées à participer.

→ **Recommandations** :

- Supprimer le reste à charge pour les examens complémentaires suivant une mammographie réalisée dans le cadre du dépistage organisé.
- Mettre en place des interventions ciblées auprès des femmes non-participantes dans le cadre de partenariats avec les collectivités et les acteurs locaux.
- Sélectionner des actions ciblées dont l'efficacité a été démontrée et correspondant aux recommandations internationales.
- Evaluer l'efficacité de ces actions dans le cadre de programmes de recherche en implémentation.
- Mettre en place des indicateurs permettant de s'assurer d'un accès équitable au dépistage organisé.
- Mettre en place le géocodage systématique des adresses des personnes invitées, participantes et non participantes.
- Conduire des enquêtes ciblées pour mieux connaître les caractéristiques socioéconomiques et culturelles des femmes participantes et non participantes.

Recherche dans les domaines de la technologie

→ **Objectif** : Développer des nouvelles technologies contribuant au diagnostic et au traitement des cancers.

→ **Recommandations** : Contribuer à mise en place de recherche technologique sur les thèmes de l'imagerie, de la robotique et de l'analyse des données.

Imagerie

IRM

→ **Objectif** : Améliorer sur l'ensemble du territoire national les délais de rendez-vous pour les examens d'IRM lors des diagnostics et du suivi thérapeutique des cancers.

→ **Recommandations** :

- Obtenir des rendez-vous d'IRM pour diagnostic et suivi thérapeutique des cancers le plus rapidement possible et dans tous les cas dans les 14 jours suivant la prescription de l'examen sur l'ensemble du territoire national. Si cet objectif n'est pas atteint d'ici 2015, augmenter rapidement le parc d'IRM installées en conséquence.
- Avoir comme objectif d'ici 2018 de disposer de 20 IRM par million d'habitants, en prévoyant le personnel médical et non médical nécessaire à leur fonctionnement.

Radiologie interventionnelle

→ **Objectif** : Développer les techniques de radiologie interventionnelle à visée diagnostique et thérapeutique sur le territoire national.

→ **Recommandations** :

- Identifier précisément les sites et équipes effectuant des actes de radiologie interventionnelle.
- Repérer les actes diagnostiques et thérapeutiques de radiologie interventionnelle.
- Revaloriser l'activité de radiologie interventionnelle.
- Autoriser des scanners et IRM dédiés aux thérapies guidées par l'image.

TEP-IRM

→ **Objectif** : Mettre en place les conditions permettant d'évaluer l'apport de la TEP-IRM en cancérologie.

→ **Recommandations** : Définir les sites aptes à réaliser l'évaluation clinique de la TEP-IRM en cancérologie.

TEP-CT

→ **Objectif** : Evaluer les besoins et développer la mise à disposition de TEP pour les patients atteints de cancer.

→ **Recommandations** :

- Contrôler de façon répétée les délais de rendez-vous.
- Doter dans les 5 ans les sites de médecine nucléaire de TEP-CT en fonction des besoins.
- Stimuler la coopération effective des services de radiologie et de médecine nucléaire.

Systemes d'information

→ **Objectif** : Développer le système d'information pour décrire les inégalités de santé en lien avec le cancer

→ **Recommandations** :

- Intégrer des données sociales dans les données enregistrées par les registres.
- Demander aux registres de produire des indicateurs (incidence, mortalité, survie) prenant en compte le niveau de disparité estimé sur la base de l'adresse des patients (géolocalisation).
- Etudier les modifications de l'organisation des registres permettant de fournir cette catégorisation de façon standardisée.
- Intégrer ces données aux indicateurs démographiques nécessaires aux calculs (populations, tables de mortalité).

→ **Objectif** : Faciliter l'accès aux sources de données multiples.

→ **Recommandations** : Regrouper à un niveau inter-régional (cancéropôles) l'expertise et l'analyse des données et indicateurs pour faciliter les corrélations entre les données de plusieurs sources (dépistage, soins, biologie).

Le dossier communicant de cancérologue (DCC)

→ **Objectif** : Doter les professionnels d'un DCC opérationnel à court terme.

→ **Recommandations** :

- Choisir un seul DCC développé au niveau national.
- Découpler le développement du DCC et celui du DMP.
- Définir au sein de l'INCa une structure en charge du pilotage stratégique du développement du DCC.
- Ne pas limiter le DCC au seul enregistrement des RCP mais choisir, avec les cliniciens et les utilisateurs, des fonctionnalités qui répondent aux attentes des acteurs de la prise en charge des patients.
- Mettre en place un comité pluri-professionnel définissant les fonctionnalités du DCC.
- Faire du DCC l'un des outils de fonctionnement du 3C.

→ **Objectif** : Faire du DCC un outil de description de la prise en charge.

→ **Recommandations** :

- Introduire des données sociales des patients pour permettre de prendre en compte les inégalités sociales et territoriales de santé.
- Faire du DCC un outil de communication d'informations utiles à la prise en charge notamment pour le médecin traitant.
- Permettre rapidement l'accès du DCC aux médecins traitants.

Organisation

DOM-TOM

→ **Objectif** : Satisfaire aux demandes des TOM en matière de dépistage et prise en charge des cancers.

→ **Recommandations** : Etablir pour les TOM qui le souhaitent des accords de partenariat avec l'INCa afin qu'ils puissent profiter de son appui dans les domaines de la prévention, du dépistage et de la prise en charge des cancers.

Modification des dépistages organisés

→ **Objectif** : Simplifier l'organisation des dépistages et améliorer l'articulation avec la prise en charge.

→ **Recommandations** :

- Confier à l'assurance maladie l'invitation des personnes entrant dans le cadre des dépistages organisés.
- Confier à l'INCa, opérateur de la politique de lutte contre le cancer, la responsabilité des dépistages organisés en France.
- Confier aux cancéropôles l'analyse des dépistages organisés et la production d'indicateurs et le développement de la recherche en SHS et de la recherche interventionnelle.
- Confier aux actuelles associations de gestion de dépistage le développement des liens avec les professionnels de santé de proximité et les collectivités territoriales.

→ **Objectif** : Lutter contre les inégalités de participation aux dépistages organisés.

→ **Recommandations** :

- Confier aux cancéropôles la production d'indicateurs prenant en compte les variables sociales et l'évaluation de la réduction des inégalités de participation.
- Confier aux associations de dépistage le développement des actions de proximité pour réduire les inégalités de participation.
- Impliquer fortement le médecin traitant dans l'invitation et le suivi des patients ayant un dépistage positif pour les dépistages organisés et le cancer du col (cf. Prévention- Dépistage).

Problèmes économiques du cancer

→ **Objectif** : Réduire les inégalités dues aux coûts des traitements du cancer et du post cancer.

→ **Recommandations** : Imposer dans les secteurs libéral et public l'absence de reste à charge pour les patients atteints de cancer dans les domaines de l'ACP, de l'imagerie, de la biologie, de la médecine et de la chirurgie pour la prévention (mammectomies prophylactiques) le dépistage et les traitements du cancer et de l'après-cancer. ■



Droits du médecin et contrôle d'activité médicale

Nous savons qu'en matière de contentieux du contrôle technique de la sécurité sociale, les procédures devant les Sections des assurances sociales ou le Tribunal des affaires de la sécurité sociale sont le plus souvent précédées d'un contrôle de l'activité du praticien.

Les modalités de ce contrôle sont prévues au code de la sécurité sociale et il s'agit d'une étape cruciale pour les suites, éventuellement contentieuses, qui seront données. On peut à ce titre se référer au « Guide pratique du contentieux avec les caisses d'assurance maladie » de la CSMF.

Un arrêt en date du 14 février 2013 rendu par la 2ème Chambre civile de la Cour de Cassation mérite de ce point de vue toute notre attention en ce qu'il semble renforcer le respect des droits de la défense du médecin.

En l'espèce, il s'agissait d'un contrôle de l'activité d'un chirurgien-dentiste ayant abouti à une procédure de répétition de l'indu devant le Tribunal des affaires de la sécurité sociale. Le chirurgien-dentiste avait contesté la régularité du contrôle de son activité et donc de la procédure, sur deux points énoncés ci-après.

“ Le service médical peut, lorsqu'il procède à l'analyse de l'activité d'un professionnel, consulter les dossiers médicaux des patients ayant fait l'objet de soins après en avoir informé le professionnel. ”

contrôle de l'activité qui s'en est suivi, le praticien a été invité à s'expliquer sur certains soins prodigués en dehors de la période initialement annoncée.

2 - Il avait par ailleurs été averti, en début de contrôle, par courrier que certains de ses patients pourraient être entendus par le service du contrôle médical. Il n'a cependant jamais été préalablement informé de l'identité de ses patients convoqués. Le praticien contestait donc la validité du contrôle en ce qu'il ne lui a pas été permis de vérifier les griefs formulés à son encontre.

Sur le premier point, s'agissant de la modification de la période sur laquelle portait le contrôle d'activité, la Cour d'Appel avait estimé que le principe du contradictoire avait été respecté dans la mesure où le praticien avait été informé des griefs relevés et mis en capacité de s'expliquer

pour la totalité de la période de contrôle.

Sur le second point, s'agissant de l'information préalable de l'identité des patients convoqués par le service du contrôle médical, la Cour d'Appel avait retenu que le praticien avait été informé par le médecin conseil ; d'une part par courrier, en début de contrôle, que des patients pourraient être entendus, d'autre part par le biais d'un tableau récapitulatif des actes et des anomalies constatées. Pour chacun de ces actes, étaient mentionnés les noms et prénoms des patients visés.

Sur le premier point, la Cour de Cassation a confirmé la décision de la Cour d'Appel en estimant que « la Cour d'appel a justement déduit que M. X ... ayant été destinataire de demandes d'explications, informé des griefs formulés par la cause et mis en mesure de s'expliquer contradictoirement pour la totalité de la période de contrôle, il importe peu pour la validité du contrôle qu'une période plus longue que celle courant du 15 avril au 15 juillet 2003 ait fait l'objet d'une analyse ; »

Sur le second point, la Cour de cassation a cassé et annulé la décision prise par la Cour d'Appel en estimant que :

« Attendu, selon ce texte, que, dans le respect des règles de la déontologie médicale, le service médical peut, lorsqu'il procède à l'analyse de l'activité d'un professionnel de santé en application du IV de l'article L.315-1, consulter les dossiers médicaux des patients ayant fait l'objet des soins dispensés par le professionnel concerné au cours de la période couverte par l'analyse, et, en tant que de besoin, entendre et examiner ces patients après en avoir informé le professionnel ; qu'il résulte de ces dispositions que le service du contrôle médical ne peut agir ainsi qu'après avoir informé le professionnel de santé de l'identité des patients qu'il entend auditionner et examiner ;

Attendu que, pour débouter M. X... de sa demande, l'arrêt retient qu'il ressort des pièces contradictoirement versées aux débats par la caisse que, selon lettre recommandée en date du 15 septembre 2003 dont M.X ... a accusé réception le 17 septembre suivant, le service du contrôle médical a averti ce dernier, lors de l'ouverture

du contrôle, que le chirurgien-dentiste conseil examinera, en tant que de besoin, les patients qui le nécessiteront ;

Qu'en statuant ainsi, la cour d'appel a violé le texte susvisé ; »

Il convient avant toute analyse de rappeler les textes applicables à l'époque des faits (contrôle effectué de septembre 2002 à décembre 2003), ainsi que ceux actuellement en vigueur.

Avant 2009, l'article R315-1-1 du code de la sécurité sociale disposait :

« Lorsque le service du contrôle médical procède à l'analyse de l'activité d'un professionnel de santé en application du IV de l'article L. 315-1, il peut se faire communiquer, dans le cadre de cette mission, l'ensemble des documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à cette activité.

Dans le respect des règles de la déontologie médicale, il peut consulter les dossiers médicaux des patients ayant fait l'objet de soins dispensés par le professionnel concerné au cours de la période couverte par l'analyse.

Il peut, en tant que de besoin, entendre et examiner ces patients après en avoir informé le professionnel. »

Dans sa rédaction actuelle, cet article dispose :

« Lorsque le service du contrôle médical procède à l'analyse de l'activité d'un professionnel de santé en application du IV de l'article L. 315-1, il peut se faire communiquer, dans le cadre de cette mission, l'ensemble des documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à cette activité.

Dans le respect des règles de la déontologie médicale, il peut consulter les dossiers médicaux des patients ayant fait l'objet de soins dispensés par le professionnel concerné au cours de la période couverte par l'analyse.

Il peut, en tant que de besoin, entendre et examiner ces patients. Il en informe au préalable le professionnel, sauf lorsque l'analyse a pour but de démontrer l'existence d'une fraude telle que définie à l'article R. 147-11, d'une fraude en bande organisée telle que définie à l'article R. 147-12 ou de faits relatifs à un trafic de médicaments. Un bilan annuel des cas où le professionnel n'a pas été informé préalablement, incluant les suites données pour chaque cas, est adressé aux conseils nationaux des ordres concernés par chaque caisse nationale. »

Ainsi, si la rédaction du nouvel article a été quelque peu modifiée, les dispositions concernant l'information du praticien restent quasi inchangées sauf exception de l'existence d'une fraude, telle que définie par les textes, qu'on cherche dès le départ à démontrer, ce qui est exceptionnel.



En l'espèce, il est intéressant de constater que Cour de Cassation a cassé et annulé l'arrêt de la Cour d'Appel en renvoyant l'affaire pour être jugée devant une autre Cour d'Appel.

En effet, il peut y avoir des cassations sans renvoi lorsque la Cour de cassation censure la motivation de la Cour d'appel mais considère que cette censure n'affecte pas le bienfondé final de la décision.

Or, ici, le fait de casser en renvoyant devant une autre Cour d'Appel laisse présupposer que cette irrégularité du contrôle a ou peut avoir des conséquences sur la recevabilité et la régularité de la demande d'indu.

On peut donc déjà affirmer que cette irrégularité est de nature à faire grief et à affecter la validité même du contrôle d'activité médicale.

En effet, cette irrégularité semble nuire aux règles élémentaire de loyauté et du contradictoire que l'on a voulu introduire dans les règles du contrôle de l'activité médicale.

La portée pratique de cette décision de la Cour de cassation ne sera connue que lorsque la Cour d'Appel de renvoi aura statué, et éventuellement ensuite la Cour de Cassation de nouveau saisie.

Les médecins faisant l'objet d'une procédure devant la section des assurances sociales, doivent avec leur conseil spécialisé d'ores et déjà envisager l'intérêt de soulever au cas par cas ce moyen de défense et de demander aux sections de tirer les conséquences qui s'imposent d'une telle irrégularité.

Affaire à suivre... ■

Philip COHEN

*Avocat à la cour,
Ancien membre du Conseil de l'Ordre et du
Conseil National des Barreaux,*

*Avec la collaboration de
Sylvie SABBA*

Avocat à la cour, Cabinet AUBER Paris



Questions sur le contrat d'accès aux soins

L'assemblée générale du mois de juin est, entre autres, consacrée à l'examen du compte financier de la Fédération. Après la vérification du quorum, Jacques Niney donne la parole à Saranda Haber, Trésorière.

I Les comptes 2012

Les comptes ont été arrêtés, comme le veut la réglementation, par le conseil d'administration. Ils ont été visés par Jean-Charles Bourras, le réviseur aux comptes.

Ils se situent dans la tendance de l'année précédente. Il est à noter une nette augmentation des cotisations, fruit du travail des trésoriers, mais aussi signe d'un bon niveau de reprise des cartes d'adhérents. C'est le signe que les radiologues libéraux sont conscients que dans un environnement difficile, il est important qu'ils soient représentés par un syndicat fort. Les dépenses ont été contenues ce qui permet de terminer l'année avec un excédent qui est mis en réserve.

Le commissaire aux comptes de la FNMR et des différents organismes associés, Jean-Pierre Farjots, fait son rapport à l'assemblée générale sans remarque particulière.

L'assemblée générale approuve à l'unanimité les comptes et donne quitus à la trésorière.



Dr Saranda Haber

Saranda Haber remercie les trésoriers départementaux et régionaux et propose le maintien des cotisations à leur niveau actuel. Cette proposition est adoptée à l'unanimité du conseil.

Le barème des cotisations de 2013 est donc repris pour 2014 y compris pour les centres scanner et IRM.

Un dernier point financier est abordé avec le bilan de la caisse d'entraide.

Le Président invite, ensuite, l'assemblée à observer une minute de silence en hommage aux confrères décédés l'an passé.



II Le rapport moral 2012

C'est ensuite Jean-Philippe Masson, Secrétaire général, qui prend la parole pour présenter le rapport moral, c'est à dire le bilan de l'activité de la FNMR pour l'année 2012.

Bien évidemment, la Fédération s'est attachée aux dossiers majeurs de la profession : défense de la radiologie, sénologie, téléradiologie, poursuite de la mise en place des nouvelles structures professionnelles et évolution de Labelix.

L'année 2012 a été marquée par une nouvelle tentative d'imposer des économies massives aux radiologues. Le travail réalisé par le Président au cours des années passées a permis de négocier un plan pluriannuel, signé fin 2012, empêchant ainsi les ponctions financières irréalistes et dangereuses pour la profession. Jacques Niney a prévenu les pouvoirs publics que la Fédération n'accepterait pas d'économies supplémentaires que la profession ne pourrait plus supporter. La fin de l'année a vu apparaître des mouvements corporatistes au sein de la profession. Ils n'ont pas abouti dans leur démarche et certains de leurs responsables ont adhéré depuis à la Fédération renforçant une unité qui est la première force de la radiologie.

La FNMR a poursuivi ses **actions de communication**, avec l'ouverture d'une page Facebook et la création d'une application Iphone. Les contacts avec les médias et les responsables politiques ont été multipliés.

La FNMR a aussi publié de nombreux communiqués au fil de l'actualité concernant la profession.

Les contacts avec **les patients** ont été intensifiés avec certaines de leurs associations ou par le biais la lettre d'information aux patients devenue régulière. Des représentants d'associations sont désormais présents aux réunions des commissions Labelix.

Le projet professionnel commun (PPC) pour l'avenir de l'imagerie en France se poursuit à travers plusieurs projets en cours de mise en place.



Dr Jean-Philippe Masson

Concernant le **dépistage du cancer du sein**, la FNMR, par ses représentants présents au comité de liaison du dépistage des cancers, constate que les chiffres d'adhésion à ce programme continuent de progresser, à l'exception des régions connues pour leur manque de participation.

La publication d'un nouveau **cahier des charges de contrôle de qualité des installations de mammographie numérisée**, au premier semestre 2012, a posé des problèmes avec certains fabricants de plaques. Grâce, notamment à l'action de la FNMR et de nos représentants lors des réunions des divers comités avec l'ANSM et la DGS des solutions ont été trouvées. L'application de ces nouveaux critères garantissant la meilleure qualité de dépistage pour les femmes pourra se faire dans des conditions satisfaisantes. La date d'application a été fixée au 14 avril 2013.

Sénolog : Les envois se multiplient et ont dépassé les 4 millions, en 2012. Rappelons qu'il s'agit d'une obligation légale. Certaines associations départementales de gestion demandent maintenant systématiquement les attestations Senolog.

La version 2 de Senolog a été développée par tous les éditeurs de RIS. Elle intègre des renseignements complémentaires, notamment sur la technique utilisée.

Les réunions du **G4** permettent d'aborder les sujets communs à la profession et d'engager, si nécessaire, une défense commune. Les G4 régionaux, maintenant constitués dans toutes les régions, sont et doivent être les interlocuteurs privilégiés des ARS. Les remontées font apparaître l'importance de ces structures professionnelles régionales, quand elles sont efficaces, en face des agences toutes puissantes.

Le **DMP** déployé dans certaines régions pilotes stagne toujours, ce qui a imposé à l'ADPIM, qui a pour objectif de créer un DMP radiologique, d'interrompre temporairement ses actions.

Des plates-formes de **téléradiologie** sauvage continuent de sévir dans toute la France.

La plupart des ARS tentent de déployer des expérimentations de télé-médecine avec un volet télé-radiologie. Si les structures de gestion se créent plus ou moins facilement en concertation avec les radiologues, notamment libéraux, en revanche, la mise en place effective de la télé-radiologie est le plus souvent au point mort faute de budget de fonctionnement. Sur ce dossier, le rôle des G4 régionaux est fondamental.

La phase de généralisation de la **labellisation** continue. Environ 130 sites sont inscrits dans cette démarche, certains déjà labellisés, d'autres en cours de relabellisation. Un nouveau référentiel, avec un volet spécifique aux services hospitaliers et un autre consacré à la télé-radiologie, est rédigé et sera prochainement appliqué.

Les discussions avec le COFRAC, afin de transformer ce label en certification de services, et avec la HAS pour pouvoir valider le DPC, progressent.

FORCOMED : En 2012, FORCOMED a formé 3 253 personnes sur 67 sessions, dont 1 163 médecins. Le **DPC** est en place depuis le 1er janvier 2013. FORCOMED a été agréée organisme de DPC par l'ODGPC et sera réévalué au cours de l'été par la Commission Scientifique Indépendante (CSI) pour validation définitive. De nombreux programmes de DPC sont disponibles pour les radiologues et les manipulateurs. Ils intègrent des solutions d'e-learning. Ces programmes sont pris en charge par l'OGDPC pour les médecins qui sont en outre indemnisés du temps qu'ils y consacrent ou par l'OPCA PL pour les manipulateurs.

Les autres formations, hors DPC se poursuivent pour les radiologues mais aussi pour les collaborateurs, manipulateurs et secrétaires.

Du fait du DPC, le **CEPPIM**, la structure d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) spécifique aux radiologues libéraux ou hospitaliers, ne concerne plus maintenant que le programme sur la clarté nucale, les textes réglementant l'accréditation des médecins pratiquant ces actes n'ayant pas été modifiés.

La nouvelle version de l'**Observatoire Professionnel de l'Imagerie** (OPI) est totalement opérationnelle. Son déploiement dépend des éditeurs de logiciels dont la plupart sont agréés. Cette nouvelle version est totalement automatisée et transparente pour les structures. Plus de 600.000 dossiers ont déjà été envoyés.

L'activité de la FNMR en 2012, c'est aussi :

- Des conférences téléphoniques du BN dont 2 élargies aux responsables départementaux.
- 20 conférences téléphoniques de groupes de travail.
- 4 conseils d'administration.
- Des réunions des commissions de travail.
- L'édition de documents présentant la FNMR, les radiologues et le projet professionnel commun.
- 25 communiqués de presse.
- 20 circulaires pour les responsables départementaux.
- La mise en ligne de tous les documents téléchargeables sur le site de la FNMR.
- L'envoi des documents présentés au Conseil d'administration à tous les présidents départementaux (papier et CD).

Vie syndicale : des réunions entre cadres syndicaux ont lieu régulièrement afin d'améliorer la communication et la vie interne de la Fédération. Elles ont permis la réalisation de fiches destinées aux cadres départementaux et régionaux précisant leurs rôles et attributions.

Jean-Philippe Masson rappelle la tenue, en mars 2013, du séminaire décentralisé, à Beaune, consacré à une réflexion prospective sur l'avenir de la profession.

Relations avec les autres structures professionnelles : La FNMR est représentée par ses membres dans les trois syndicats médicaux : CSMF, FMF, SML. Ces relations permettent que les positions de la profession soient mieux prises en compte par les tutelles.

La FNMR entretient également, des relations étroites avec le Conseil National de l'Ordre des Médecins, la HAS, l'INCA, l'ANSM, le SNITEM, l'AFPPE entre autres.

Les manipulateurs : Laurent Verzaux participe aux réunions ministérielles de refonte du diplôme des MER, afin d'être adapté au cadre européen LMD ainsi qu'aux travaux concernant l'article 51 de la loi HPST sur les coopérations inter-professionnelles. Par ailleurs, il préside la commission mixte paritaire de la convention collective des cabinets médicaux, siège à la commission nationale d'interprétation de la convention collective, à la commission nationale pour l'emploi, au CA de l'OPCA PL.

La FNMR est présente dans les instances européennes avec Eric Guillemot. Il y poursuit le travail de réflexion, notamment sur la télé-imagerie, à travers son poste de secrétaire général de l'UEMS.

La FNMR assure, sous le contrôle de Robert Lavayssière, Rédacteur en chef, la publication de nombreux dossiers d'actualité ou sur la pratique quotidienne dans **la Lettre et la Revue**, dont la qualité est reconnue au-delà de la seule entreprise radiologique.

Différents fascicules spécialisés, dédiés aux obligations réglementaires ont été diffusés. Des fiches récapitulatives sont jointes afin de faciliter leur utilisation par les radiologues. La Lettre électronique est envoyée toutes les semaines.

Le rapport moral est adopté à l'unanimité.

III Le débat syndical

Le président reprend la parole pour aborder les nombreuses questions d'actualité qui concernent les médecins radiologues. C'est le contrat d'accès aux soins (CAS) qui constitue le point principal de ce tour d'horizon alors que l'assemblée générale se tient peu avant son entrée en vigueur initialement prévue au 1^{er} juillet¹.

¹ Faute d'avoir atteint le seuil exigé par l'avenant conventionnel, l'ouverture du CAS est reportée.

Le CAS

29 000 médecins sont éligibles à ce contrat dont 82% de secteur 2.

La plupart des caisses primaires n'engagent pas de démarche pour contacter les médecins de secteur 1 et, dans certains cas, n'informent pas non plus les médecins qui les ont contacté directement.

Les médecins de secteur 1, qui ont les titres requis, peuvent adhérer au CAS. Ceux qui le souhaitent peuvent demander la visite du délégué de l'assurance maladie (DAM). L'opposabilité en secteur 1, dans le cadre du CAS, s'applique à 30% des actes. Le taux de dépassement est variable d'un département à l'autre. Dans la mesure où les dépassements en imagerie sont limités, voire inexistant dans certaines régions, des caisses entendent imposer un taux de dépassement de 0%, ce qui n'a aucun sens. Il est probable qu'un taux "harmonisé" sera proposé dès la première commission paritaire nationale. Dans tous les cas, il est recommandé de s'enregistrer dans les meilleurs délais car il n'y aura peut être pas d'autres fenêtres d'ouverture. Le CAS est résiliable par le médecin annuellement.

Actuellement, les CPAM ont acté que les avantages fiscaux du secteur 1 adhérant au CAS seraient maintenus, notamment les frais de groupe de 2%.

Pour les médecins en secteur 2, les DAM doivent proposer le même taux de dépassement et d'opposabilité que celui de l'année précédente pour le médecin concerné. Les charges sociales pour la partie opposable seront assurées aux deux-tiers par l'assurance maladie. Pour les dépassements plafonnés, le taux de charge reste identique.

Le décret Sunshine

Le décret dit "Sunshine" instaure la transparence entre les industries de la santé et les professionnels de ce secteur. Une circulaire d'application précise que les avantages consentis par des entreprises aux professionnels de santé



doivent faire l'objet d'une convention et d'une communication, par exemple sur leur site internet. La réglementation comprend aussi un dispositif "anticadeau" dont le principe est l'interdiction de recevoir des avantages en nature ou en espèces.

Le contrôle qualité des "mammo num" : Il est en place depuis le 15 avril 2013. Son application avec les nouvelles normes doit être finalisée le 15 octobre 2013.

Les Fonds d'Intervention Régionaux (FIR) : Ils disposent de fonds relativement importants. Leurs interventions concernent différents items comme : la permanence des soins, la modernisation, la restructuration de l'offre de soins, l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements, l'amélioration de la qualité de la coordination des soins de façon générale, la prévention, etc. L'ARS peut financer la PDS sur ces fonds mais les décisions d'utilisation sont différentes entre les régions.

La hiérarchisation des IRM : La procédure est actuellement au point mort. Sur ce point, le Président invite les radiologues à prendre connaissance de la décision des autorités américaines de réduire de 30% le tarif des actes d'ostéoarticulaires sans aucune négociation.

"FORCOMED a déjà mis en place une vingtaine de programmes permettant de remplir l'obligation annuelle de formation pour les médecins."

Communication : Différentes actions de communication sont prévues qui font l'objet d'une présentation au conseil d'administration (voir le compte rendu du conseil dans ce numéro).

Sonde endovaginale ou endorectale :

Il y a quelques années, un risque d'infection nosocomiale avait été évoqué lors d'une échographie endovaginale ou une endorectale. La recommandation de l'Académie de Médecine avait indiqué qu'il est nécessaire de faire une désinfection de niveau 1. Une députée européenne, qui suit les dossiers relatifs aux centrales nucléaires, revient sur cette question suscitant des interrogations. Mais à ce jour, les recommandations de l'Académie de Médecine n'ont pas changé.

Europe et IRM : Le président remercie une autre députée européenne, Elizabeth Morin-Chartier, qui a préparé une résolution du Parlement Européen relative à l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques (champs magnétiques) évitant un surcroît de contraintes pour la pratique des IRM. Cette résolution a été adoptée par le Parlement avec 88% des voix.

Messagerie sécurisée : Des expérimentations de messagerie sécurisée vont démarrer. Il est conseillé de s'inscrire sur le site de l'ASIP pour participer à ces tests dès qu'ils commenceront.

FORCOMED, DPC et FMC.

Jean-Philippe Masson présente l'activité de FORCOMED marquée, cette année 2013, par l'apparition du Développement Professionnel Continu (DPC). Le DPC constitue une obligation annuelle pour les radiologues et les manipulateurs de réaliser un programme d'amélioration des pratiques.

Les formations comprennent trois phases. La première est une analyse des pratiques, la deuxième est dite cognitive et la troisième doit permettre de constater la progression dans l'analyse des pratiques.

FORCOMED a été évalué positivement au dernier trimestre 2012 et va être réévalué à partir du mois de juillet, ce qui lui permettra d'être évalué pour 5 ans en cas de résultat positif. Seules les structures de formation évaluées positivement pourront faire du DPC.

FORCOMED a déjà mis en place une vingtaine de programmes permettant de remplir l'obligation annuelle de formation pour les médecins. FORCOMED se charge de l'inscription auprès de mondpc.fr pour ceux qui le souhaitent. Six cents personnes sont déjà inscrites, moitié médecins radiologues et moitié manipulateurs.

A la demande de la SFR, un programme de DPC, préparé par FORCOMED sur le projet professionnel commun, sera proposé lors des JFR avant la réunion d'information du lundi. Ce programme donne lieu à indemnisation.

Depuis 2009, FORCOMED a formé près 5000 radiologues au dépistage du cancer du sein. Cette formation est obligatoire pour ceux qui pratiquent le dépistage. Une collaboration avec le CERF va former les internes à la sénologie.

La FMC est maintenue, au coté du DPC, pour des sujets intéressants l'exercice courant de la pratique des radiologues. Dans le cas de la FMC des financements externes sont possibles alors qu'ils sont interdits pour le DPC. Cette



DPC aux JFR

FORCOMED organise un programme de DPC consacré au :

Projet Professionnel Commun
Lundi 21 octobre
de 10h30 à 12h00 et de 14h00 à 15h30
avant la réunion d'information de la FNMR

contrainte a amené FORCOMED à réserver son activité au DPC. Une autre société, sous l'égide de la FNMR, prendra en charge la FMC.

Les personnels des cabinets



Dr Laurent Verzaux

Laurent Verzaux, Secrétaire général, aborde les questions relatives au personnel des cabinets. Cette année, une revalorisation de 1,5% de la grille des salaires a été proposée. L'accord a été étendu par arrêté du 2 juillet 2013. Il est donc applicable pour tous les employeurs de la branche à partir du mois de juillet 2013 et par les adhérents des syndicats représentatifs, CSMF, SML et FMF avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2013, date de signature.

Les cabinets dans lesquels les salariés sont rémunérés au-dessus de la grille ne sont pas tenus d'appliquer cette revalorisation.

Une nouvelle catégorie professionnelle a été introduite, le secrétariat technique option dermatologie, ce qui a conduit à augmenter d'un point le coefficient des manipulateurs ayant passé l'équivalence.

Un accord sur la retraite s'est traduit par une prime supplémentaire de départ d'un demi mois pour les personnels ayant plus de trente ans d'ancienneté.

L'an passé, 10 manipulateurs ont suivi la formation DU d'échographie. Ils sont vingt-cinq cette année. Laurent Verzaux appelle les radiologues à être vigilants face à certaines ARS qui pourraient envisager de faire de la tél interprétation avec des échographies faite par des manipulateurs.

L'ANI, l'Accord National Interprofessionnel a été signé à la fin 2012. Il prévoit que tous les salariés, qui ne sont pas déjà couverts, disposeront d'une assurance complémentaire dans le cadre de leur entreprise d'ici au 1^{er} janvier 2016 dont au moins 50% seront à la charge de l'employeur. Les négociations ont déjà commencé au sein des branches professionnelles et avec les complémentaires. Il est conseillé aux cabinets d'attendre le résultat de ces négociations avant de signer avec une complémentaire, le contenu de la couverture pouvant dépendre de ces accords.

L'ASN

Philippe Coquel rappelle quelques contraintes réglementaires dont le respect doit permettre la conformité des installations aux normes réglementaires contrôlées par l'ASN.

La dose d'exposition aux rayons X a augmenté depuis 5 ans. Elle est passée de 0,83 à 1,3 milli sieverts entre 2002 et 2007. La France reste, néanmoins, dans la moyenne européenne.

Cependant, pour les enfants les doses sont deux fois plus élevées en France qu'en Allemagne ce qui ne peut être accepté.



Dr Philippe Coquel

L'augmentation de la Dose Efficace Moyenne, DEM, est due au scanner qui ne représente que 10 % des actes mais entraîne 58 % de la DEM.

L'ASN et l'IRSN s'interrogent sur la bonne application du principe de justification et de celui d'optimisation. Les professionnels justifient cette augmentation de dose par une meilleure prise en charge thérapeutique grâce à des techniques d'imagerie plus performante. Mais pour maîtriser les doses il faut être plus rigoureux dans la mise en œuvre de ces principes en scanographie et en radiologie conventionnelle. Il faut aussi tenir compte de l'insuffisance du nombre d'IRM qui ne permet pas de substituer cette technique au scanner.

De ce point de vue, les NRD ne sont pas une contrainte mais un outil de d'optimisation et d'augmentation de la qualité des actes.

Philippe Coquel invite les radiologues à être très attentif à l'envoi des informations obligatoires à l'ASN, aux déclarations dans le cas de dépassement des NRD.

L'évolution souhaitée est le calcul des doses par acte et non par incidence et par organe et non globalement. Il est



nécessaire d'intégrer la dose moyenne par acte mais aussi la qualité de l'image qui doit être informative. Plusieurs intervenants font savoir que lors de contrôles, ils ont été interrogés sur la justification des examens avec vérification de l'indication sur des comptes rendus pris au hasard.

Philippe Coquel rappelle que FORCOMED dispose des programmes de formation à l'optimisation conformes au DPC. Enfin, il conclut par une information récente qui souligne la

rigueur de l'ASN. Il y a quelques mois, l'Agence a condamné la présentation d'une radiographie des mains dans une œuvre artistique lors d'une exposition à Nancy. L'ASN a, à l'occasion, indiqué qu'il ne pouvait être question d'utiliser des rayons X dans un but artistique.

“ La Cour de cassation, décide le 3 février 2011, que la consultation prénatale et l'échographie donnent lieu à des cotations distinctes puisqu'elles sont réalisées en des temps différents avec du matériel distinct. ”

Dans le débat qui suit, des intervenants font savoir qu'ils ont été surpris des résultats publiés par l'IRSN mentionnant dans leur région une faible remontée de données alors que la plupart des cabinets ont bien adressé toutes les informations nécessaires.

L'échographie obstétricale

Philippe Coquel présente les évolutions de ce dossier. Le 29 juin 2009, un arrêté est publié concernant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatal de la trisomie 21 par l'échographie et les marqueurs. Après diverses vicissitudes, pour déterminer les modalités d'évaluation des pratiques, la Commission Nationale de l'Echographie Obstétricale et Foétale a démissionné en février. Les professionnels ont décidé de créer le club des utilisateurs de BioNuQual, logiciel développé par le Collège d'échographie foétale (bionuqual.org).

La Commission nationale a été remplacée par la Conférence nationale de l'échographie obstétricale et foétale qui regroupe les mêmes intervenants qui continueront leur travail sans l'appui ministériel.

L'arrêté, réclamé depuis quatre ans, est paru. Il oblige les biologistes à transmettre toutes les données à l'Agence de BioMédecine (ABM), mais aussi à la Fédération française des réseaux de santé et aux organismes agréés par la HAS pour l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle, dont, le CEPPIM.

Ces nouvelles modalités d'organisation ont permis d'avoir accès aux informations nécessaires pour évaluer les pratiques. Ainsi, les radiologues peuvent, avec leur numéro de réseau d'identification, accéder gratuitement à BioNuQual pour consulter leurs données qu'ils peuvent comparer à la courbe



officielle. Des études régionales ont été réalisées. Cependant, il reste des questions comme la pérennité et la stabilité du système, l'adaptabilité aux nouvelles technologies, la gouvernance collégiale, la qualité des données et les retours.

Echographie et consultation au cours de la grossesse

La question concerne la cotation d'une échographie et d'une consultation au cours de la grossesse. Pour la CPAM, la consultation prénatale et l'échographie réalisées lors de la même séquence de soins, dans la même structure médicale et par le même praticien, ont été effectuées dans le même temps, donc, les honoraires ne peuvent pas se cumuler en se référant à l'article III-3, alinéa 1^{er} de CCAM.

La Cour de cassation, saisi du litige, décide le 3 février 2011, sur la base des mêmes textes, que la consultation prénatale et l'échographie donnent lieu à des cotations distinctes puisqu'elles sont réalisées en des temps différents avec du matériel distinct, selon une fréquence non analogue et poursuivant des objectifs spécifiques, ce qui peut être extrapolé à d'autres actes et justifier dans d'autres cas un recours en TAS pour des associations d'actes.

La Cour d'appel de Rennes va suivre la Cour de Cassation le 29 juin 2011. Il a fallu ensuite deux années pour que l'UNCAM publie une décision, le 21 mars 2013, qui précise en trois points les possibilités de cotation à taux plein :

1. Lorsqu'un gynécologue obstétricien ou un médecin généraliste, titulaire d'un diplôme d'échographie obstétricale, assure le suivi médical de la grossesse. Pourquoi pas les autres médecins qui, comme les radiologues, peuvent être amenés à suivre une grossesse ?
2. Lorsque le médecin réalise des actes d'échographie biométrique et morphologique et suit les examens standards de la grossesse T1, T2, T3 pour un ou plusieurs fœtus. Pourquoi pas les autres actes d'échographies ? Un contrôle de croissance, de vitalité, peut être accompagné d'une consultation.

3. Le médecin peut facturer les actes d'échographie, dont les durées respectives établies par les experts ont été fixées à 28-38-33 minutes pour les 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} trimestres, et le double de temps pour les jumeaux, avec des honoraires correspondant à la consultation de suivi de grossesse, avec le rappel de la définition d'une consultation de grossesse selon la HAS, avec les facteurs de risque, le poids, la vulnérabilité, les examens de dépistage, etc.

Outre les deux premiers points qui ne sont pas cohérents, le troisième introduit, pour la première fois, le minutage d'un acte dans un libellé de la CCAM. De plus, ces valeurs ont été proposées par des experts en 2005 comme éléments d'un score moyen et non pas comme une durée minimale obligatoire. Ce n'est pas un critère de qualité.

Un front uni s'est constitué avec la FNMR, la SFR, le CFEF, le SYNGOF, le CNGOF, la Conférence nationale de l'échographie obstétricale et fœtale et le SNUDE, pour réagir à cette note.

Jacques Niney affirme que cette note est une source importante de conflits qui risque d'ouvrir la porte à la même pratique pour d'autres actes.

Labelix



Dr Jean-Charles Leclerc

C'est Jean-Charles Leclerc qui présente l'évolution du label vers une certification de services.

La FNMR a lancé, il y a dix ans, la phase expérimentale de Labelix avec vingt sites en test. Aujourd'hui, plus de 125 sites sont labellisés ou en cours de labellisation. Depuis l'année dernière, Labelix s'oriente vers une certification de services afin de

développer une démarche qualité issue de la profession et non pas imposée par les tutelles comme pour les biologistes. La démarche est orientée vers les patients pour une meilleure prise en charge. Mais les avantages de Labelix vont au-delà. C'est un outil managérial. Il permet de prendre les décisions, d'améliorer le contrôle, l'efficacité, la rentabilité, d'impliquer et de responsabiliser l'ensemble des personnels.

C'est un outil organisationnel qui apporte une traçabilité utile en cas de contentieux.

C'est une aide dans les demandes de matériel lourd auprès des ARS.

C'est un outil puissant de communication interne. Un point faible est la communication externe qui sera améliorée avec la certification.

L'inconvénient de la démarche qualité est son coût. Mais il est à mettre en balance avec les économies générées par la mise en œuvre de Labelix et avec le coût de la non-qualité. Qu'est-ce qu'une certification de services ?

C'est le fait qu'un organisme, distinct du fabricant, de l'importateur, du vendeur, du prestataire ou du client, atteste qu'un produit, un service ou une combinaison des deux est conforme à des caractéristiques décrites dans un référentiel de certification.

Les contacts avec le Conseil de l'Ordre des Médecins permettent d'espérer que les cabinets pourront communiquer sur leur certification alors que c'est impossible pour la labellisation.

Le référentiel de certification a été rédigé sur la base du référentiel de labellisation pour être centré sur l'activité professionnelle. Les obligations réglementaires sont considérées comme des prérequis et n'en font donc pas partie. D'autres exigences ont été introduites pour suivre l'évolution des pratiques.

Jean-Charles Leclerc commente ensuite les résultats d'une enquête réalisée auprès des sites entrés dans la démarche. Dans l'ensemble, l'indice de satisfaction est bon sauf en ce qui concerne le coût d'inscription. L'opinion est globalement satisfaisante pour les sociétés d'accompagnement, un peu moins pour les sociétés d'audit.

En conclusion, la démarche est très positive à partir du moment où l'ensemble du personnel se sent partie prenante ce qui crée une dynamique interne d'amélioration des process. Elle est, au début, très importante en temps, en énergie et en coût mais elle est bénéfique pour les patients, les équipes et les cabinets.

Sénolog

Pour conclure ce séminaire, Jean-Philippe Masson, livre quelques données sur Sénolog 2012 qui a vu se déployer la V3. L'identifiant RPPS est intégré ainsi que la distinction des équipements numériques.

Les modifications ont été faites en concertation entre les responsables de la sénologie de la FNMR et de FORCOMED, mais aussi de l'INCa et du comité de suivi du dépistage du cancer du sein. Il faudra attendre 2013 pour avoir une année complète avec des chiffres plus précis.

Les dix meilleurs départements des taux de participation s'échelonnent 80% à 91%. Pour les dix moins bons, les taux vont de 2% à 20%. Au total, la base Sénolog comprend 2,4 millions d'examen. L'âge moyen des équipements est de quatre ans. Le taux d'association demeure stable et inférieur aux données actuelles calculées par la CNAM.

La HAS et l'INCa demandent de plus en plus d'études à Sénolog qui est cité dans les travaux de la Haute autorité. Des publications ont été faites à l'ECR 2012 et 2013, et une autre est prévue pour 2014. Sénolog sera présent aux JFR.

Une étude est en cours pour redresser le taux de dépistage en intégrant le dépistage individuel.

Sénolog devient un outil de connaissance en sénologie et un vecteur d'orientation de la politique de dépistage. ■

SOFTWAY MEDICAL regroupe Serval et Waid pour constituer sa division Radiologie. Décryptage en 3 questions.

Qui ?

Softway Medical réunit Serval et Waid, les deux acteurs majeurs et historiques dans le domaine des systèmes d'information pour la radiologie, pour constituer sa division radiologie. Cette nouvelle entité consolide désormais leurs savoir-faire enrichis au cours de leur histoire, pour offrir des solutions de haute technologie, novatrices et pérennes.

Pourquoi ?

L'environnement du secteur de la santé en France et notamment de la radiologie est en pleine mutation. Réformes et rigueur budgétaire s'accompagnent de transformations technologiques profondes et d'une véritable course à l'innovation. En réponse aux enjeux que pose ce nouvel environnement, Softway Medical a la volonté d'apporter aux cabinets de radiologie, quelle que soit leur taille, une réponse simple et claire qui passe par l'alliance du meilleur des deux entreprises au sein de sa division radiologie.

Comme le souligne Jean Baptiste Franceschini, Directeur de cette nouvelle division : « De la même façon que nos clients ressentent la nécessité de rassembler leurs compétences et leurs moyens pour relever les défis engendrés par la mutation de leur activité, nous voulons regrouper nos ressources pour apporter le meilleur de nos savoir-faire à nos clients. Notre force est d'allier une somme sans précédent d'expertises métier, avec la maîtrise des technologies modernes. Ces deux entreprises qui étaient déjà sous la gouvernance de Softway Medical, mais isolée l'une de l'autre, ne demandaient qu'à mutualiser leurs compétences. Plus encore, c'est à présent l'ensemble des clients qui vont pouvoir accéder aux solutions les plus avancées du marché et à une plus forte proximité.

Pour y parvenir, au-delà d'importants investissements en R&D, nous nous appuyons sur de solides fondamentaux comme l'agrément Hébergeur de Données de Santé, le marquage CE pour nos solutions d'imagerie et la certification ISO 9001, pour les activités de développement, ventes, déploiement et support de nos logiciels et services.

Ce sont de précieux atouts pour offrir aux cabinets de radiologie des solutions globales, en phase avec leurs attentes et validées par plusieurs années d'expérience.

Etre novateur et stable pour accompagner nos clients dans leur évolution conduit notre stratégie produit (RIS / PACS / hébergement). C'est un précieux sésame pour améliorer leur performance et leur rentabilité.

Par ailleurs, Jean-Baptiste Franceschini précise que « cette ouverture vers de nouvelles opportunités technologiques s'inscrit dans la continuité, car nous tenons à satisfaire nos clients. L'ensemble des équipes sont donc maintenues, tout comme les sites d'exploitation et les produits ».

Comment ?

Softway Medical est riche du patrimoine de Serval et Waid, avec la volonté de faire de cette union une alliance d'exigences humaines et

techniques. La division radiologie réunit ainsi plus de 110 collaborateurs répartis en 6 sites sur l'ensemble du territoire. Cette organisation homogène favorise une plus grande proximité avec les 1 200 cabinets de radiologie déjà utilisateurs des logiciels et services de Softway Medical.

Une étape en phase avec l'histoire de SOFTWAY MEDICAL

Fédérer toutes les compétences et mieux partager les moyens. Ainsi pourrait-on résumer la philosophie de l'alliance entre les entreprises Serval et Waid. Mais si toutes deux étaient déjà dans le giron de Softway Medical, leur union au sein d'un seul et même pôle de radiologie va bien au-delà d'un simple regroupement.

Depuis sa naissance en 2006, l'innovation coule dans les veines de l'entreprise. « C'est véritablement notre ADN », confie Patrice Taisson, son Président. « Dès le départ notre vision a été de maîtriser les technologies nécessaires pour que les acteurs du monde de la santé, qu'ils soient dans le domaine des établissements de santé ou des cabinets de radiologie, disposent des bons outils au bon moment. C'est-à-dire être prêts à faire face à la fois aux réformes, au contexte de rigueur budgétaire, et à l'arrivée de nouvelles techniques faisant émerger de nouveaux défis à relever ». Et parmi eux, celui d'une information toujours plus intégrée, partagée, dématérialisée et sécurisée au service du parcours de soins du patient. ■

La division radiologie de SOFTWAY MEDICAL c'est :

- 34 années d'expériences cumulées dans les domaines du RIS et du PACS
- Plus de 50% du marché français des cabinets de radiologie
- 10M€ de CA en 2012
- 23% du CA de Softway Medical consacrés à la R&D

Créée en 2006, SOFTWAY MEDICAL s'est hissée dans le trio de tête des grands fabricants de logiciels de santé en France. Elle conçoit des logiciels médicaux, administratifs et financiers pour les établissements de santé et les centres de radiologie. Elle emploie 230 salariés et réalise 23 millions d'euros de chiffre d'affaires. Son ambition est de mettre à disposition des acteurs de la santé qu'elle adresse, une informatique industrielle, performante et moderne.

Basé sur les technologies les plus récentes, son projet industriel consiste en la création d'une plateforme de logiciels utilisables en mode Cloud sécurisé, qui favorise la qualité de prise en charge des patients et la sécurité de leurs données.



La FNMR dans les salles d'attente et sur les réseaux sociaux

La FNMR tenait son conseil d'administration le 15 juin dernier à Paris. Après l'appel statutaire, Jacques Niney, le président de la Fédération présentait les projets de communication pour les prochains mois.

Le premier projet doit permettre, en cas de nécessité, une présence sur les réseaux sociaux.

Eric Chavigny expliquait les motivations d'une telle démarche qui a pour objet une présence de la profession sur les réseaux sociaux en cas de nouveau plan imposé d'économies.



Dr Jacques Niney

C'est l'aboutissement d'une réflexion sur la communication de la Fédération afin de compléter les actions menées auprès des adhérents, des pouvoirs publics, des associations de patients, etc. Il s'agit de sensibiliser l'opinion publique, la presse et les pouvoirs publics aux problèmes de l'imagerie médicale, en particulier libérale alors que la spécialité a

été soumise à des économies récurrentes depuis plusieurs années. Si le plan pluriannuel sur l'imagerie permet d'éviter le couperet de la loi de financement sur la sécurité sociale (LFSS) la situation économique actuelle est difficile et pourrait conduire à de nouvelles économies, notamment dans la santé avec un risque de porter à nouveau sur l'imagerie. Dans ce contexte, il serait important de rappeler certains éléments propres à la spécialité qui ne peut plus supporter de nouvelles coupes.

Deux projets ont été lancés. Le premier, en partenariat avec Canal 33, s'adresse au public des salles d'attente des cabinets médicaux. Le second vise à assurer la présence de la Fédération et de ses messages sur Internet et les réseaux sociaux principalement en cas de mesures imposées.

La Fédération s'inscrit dans un partenariat avec Canal 33

qui diffuse des vidéos dans les salles d'attente des cabinets médicaux. Ce partenariat permet de diffuser des messages de la Fédération dans les programmes vidéo. La diffusion des deux premiers messages a commencé dès le mois de juillet. Les messages seront régulièrement changés et adaptés éventuellement à la situation. Eric



Dr Eric Chavigny

Chavigny invite donc les radiologues dont le cabinet n'est pas encore abonné à Canal 33 à le faire (voir l'annonce de Canal 33 dans ce numéro ou la rubrique partenaires du site FNMR). Ce support permet de diffuser des messages auprès des patients tout au long de l'année. Il est aussi possible pour un cabinet de faire passer des messages spécifiques à eux mêmes.

Le second projet est réalisé par un jeune communicant, Mathieu Rousset, qui pratique le "marketing viral". Il s'agit de lancer des campagnes de communication avec effet "boule de neige". Ce mode de communication peut être tout à fait adapté en période de crise. Dans ce cas, les adhérents de la FNMR seraient invités, le moment venu, à participer à cette dynamique pour relayer des messages. Le projet lui-même repose sur un effet de surprise. Il ne peut donc pas être exposé avant son lancement. Il est néanmoins possible d'en préciser les orientations.

"Sensibiliser l'opinion publique, la presse et les pouvoirs publics aux problèmes de l'imagerie médicale, en particulier libérale."

Il s'agit de développer une campagne multicanaux avec un message original et compréhensible, provoquer un effet "boule de neige" afin de multiplier les vecteurs de diffusion du message.

Cette campagne est un moyen supplémentaire, pour la Fédération de faire entendre sa voix, de mobiliser les adhérents et d'apporter une visibilité sur des supports consultés, entre autres, par les étudiants en médecine.

En conclusion, il s'agit de créer le "buzz" afin de développer le capital sympathie autour de la profession auprès des patients tout en délivrant un message qui donne à réfléchir.

Cette opération repose principalement sur une vidéo, présentée au conseil, et un site Internet.

Le conseil adopte à l'unanimité les deux campagnes.

Le point suivant de l'ordre du jour concerne **la parité au sein des organisations syndicales et plus particulièrement de la FNMR.**

D'une manière générale, la parité tend à s'imposer dans de très nombreuses instances. Elle est devenue obligatoire, de par la loi pour les listes de candidats aux élections politiques. Dans le monde de la santé, elle de plus en plus respectée dans différentes commissions comme celles qui comprennent des représentants des usagers. La FNMR ne doit pas rester à l'écart. Elle doit, au contraire, favoriser l'émergence de femmes au sein de ses différentes instances de responsabilité aussi bien départementales que nationales.

Le conseil décide qu'un questionnaire, élaboré par le Dr Marianne Berre-Mattei, sera adressé aux radiologues adhérentes afin de mieux connaître leurs attentes, et leur intérêt pour des responsabilités départementales, régionales ou nationales.

Jacques Niney demande aux conseillers de se faire porteurs de ce message. Il rappelle par ailleurs que les statuts de la Fédération prévoient qu'un administrateur ou une administratrice doit préalablement à sa désignation être désigné(e) au niveau départemental ou régional.

Le débat s'engage sur les conditions nécessaires à une participation plus importante des radiologues femmes. Les



radiologues adhérentes à la Fédération ne s'investissent pas forcément dans les responsabilités syndicales. Il faut savoir pourquoi. Certains administrateurs constatent que le manque de participation, au moins à un niveau de responsabilité, se retrouve dans toutes les organisations. D'autres soulignent que les femmes radiologues s'investissent autant que les hommes dans les cabinets. Il n'y a donc pas de problème de disponibilité. Il est également évoqué les modifications de comportement des nouvelles générations qui aspirent à plus de temps libre. Le syndicalisme de demain se fera peut être moins bénévole. Il sera peut être exercé sur le temps de travail.

Le conseil d'administration décide de lancer le questionnaire et de reprendre le débat lors d'une prochaine séance. ■



Vie fédérale

L'union régionale BOURGOGNE FRANCHE COMTE

Le **Dr Eric PEYSSONNEAUX** est nommé administrateur suppléant (février 2013).

INDRE ET LOIRE

Suite aux élections du syndicat de l'Indre et Loire du 11 septembre 2013, la composition du Bureau est la suivante :

| | |
|--------------|---------------------------------------|
| Président : | Dr Dominique GERVEREAU (Tours) |
| Trésorier : | Dr Bernard SORIN (Tours) |
| Secrétaire : | Dr Jean-Claude AUBRY (Tours) |



Dernier programme de DPC disponible en 2013

CE PROGRAMME EST EGALEMENT OUVERT AUX MANIPULATEURS

Demandez un bulletin d'inscription par mail à info@forcomed.org



Programme de DPC médecins financé et indemnisé par l'OGDPC



FORCOMED 168 A, rue de Grenelle 75007 PARIS • tél. : 01.53.59.34.02 • fax : 01.45.51.83.15 • mail : info@forcomed.org

BULLETIN D'INSCRIPTION à retourner à FORCOMED

Inscriptions enregistrées par ordre de réception

GESTES D'URGENCE EN RADIOLOGIE LA PRISE EN CHARGE DE L'ALLERGIE ET DE L'ARRET CARDIO-RESPIRATOIRE

Vous vous engagez à valider 3 étapes aux dates suivantes :

1 - Analyse des pratiques : du 15/10/2013 au 05/11/2013

2 - Journée de formation : Mercredi 20 novembre 2013

3 - Evaluation de l'amélioration : du 29/11/2013 au 13/12/2013

Mme/M. le Dr : Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ N° RPPS : _____

Département d'inscription à l'Ordre des Médecins : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

E-mail : _____

Souhaite participer à ce programme de DPC

Mandate FORCOMED pour m'inscrire sur www.mondpc.fr

Fait le :

Signature :

Modalités d'inscription : (adresser à Forcomed) :

- Ce bulletin dûment complété et signé.
- Une feuille de soins Cerfa annulée.
- La fiche individuelle de renseignements d'inscription au DPC 2013 (fiche ci-après) avec les PJ demandées

- Un chèque de règlement des frais de dossier DPC : Adhérent FNMR : 20,00€ Non-adhérent : 40,00€
à établir à l'ordre de FORCOMED.

- Un chèque de caution de 300 €uros à établir à l'ordre de FORCOMED.

Le chèque de caution vous sera restitué en fin de programme cependant, en cas de désistement sans annulation écrite auprès du secrétariat au moins 15 jours avant le début du programme, ou faute de participation à la totalité du programme, ce montant de 300,00€ sera conservé par FORCOMED.



Fiche individuelle de renseignements pour inscription au DPC 2013



→ INFORMATIONS PERSONNELLES :

Statut : en activité **Type de personne :** Libéral à titre principal

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Monsieur <input type="checkbox"/> | | | Madame <input type="checkbox"/> | | | Mademoiselle <input type="checkbox"/> | | |
| Nom : | | | Nom de jeune fille : | | | | | |
| Prénom : | | | Date de naissance : | | | | | |
| Adresse professionnelle principale : | | | | | | | | |
| Code postal : | | | Commune : | | | | | |
| Téléphone : | | | Portable : | | | Fax : | | |
| Adresse mail : | | | | | | | | |
| Merci de renseigner votre n° RPPS ou, à défaut, votre n° ADELI et n° de carte CPS avec copie recto-verso de cette carte : | | | | | | | | |
| N° RPPS (11 chiffres) : | | | | | | | | |
| ou N° ADELI (9 chiffres) : | | | + N° carte CPS : | | | | | |

→ INFORMATIONS PROFESSIONNELLES :

Je m'engage sur l'honneur à ne pas travailler plus de 50% de mon temps en hôpital en tant que salarié et à ne pas avoir fait une autre demande de DPC auprès de mon OPCA ou de mon employeur.

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|----------------|-----------------------------------|--|------------------------|--|-------------------------------------|-----------|--|--|
| Profession : Médecin <input type="checkbox"/> | | | | Installé <input type="checkbox"/> | | | | Remplaçant <input type="checkbox"/> | | | |
| Spécialité : | | | | | | | | | | | |
| Discipline complémentaire / Autres qualifications : | | | | | | | | | | | |
| Pour votre indemnisation par l'OGDPC : (joindre une copie du RIB) : | | | | | | | | | | | |
| Code banque : | | | Code guichet : | | | N° de compte : | | | Clé RIB : | | |
| Domiciliation du compte : | | | | | | | | | | | |
| IBAN : | | | | | | BIC : | | | | | |
| Année de diplôme : | | | | | | Année d'installation : | | | | | |
| Type de cabinet : Individuel <input type="checkbox"/> Groupe <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |

Documents à joindre : Attestation de cotisation au Conseil de l'Ordre

Un RIB

Copie de la carte CPS recto-verso (si N°Adeli et CPS renseignés)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et documents ci-joints.

Date :

Signature et cachet :

A retourner à : FORCOMED 168 A, rue de Grenelle 75007 PARIS



Pr Maurice TUBIANA



Le **Professeur Maurice Tubiana** est décédé le 25 septembre à l'âge de 93 ans.

Né en 1920 en Algérie, Maurice Tubiana est licencié ès sciences physiques en 1943. Il devient docteur en médecine en 1945. Après son

doctorat de physique en 1947, il passe deux ans à l'université de Berkeley.

Professeur agrégé de physique médicale en 1952, il devient radiologue des hôpitaux de Paris en 1958.

Chef de laboratoire à l'Institut Gustave Roussy à partir de 1951, il prend la tête du département des radiations de l'Institut en 1959. Il en deviendra le directeur de 1982 jusqu'en 1989.

Parallèlement, il exerce comme professeur de radiothérapie clinique et expérimentale à la faculté de médecine et dirige une unité de l'INSERM/CNRS de radiobiologie clinique.

Son expertise le conduit à réaliser de nombreux travaux et ouvrages scientifiques et à assumer de nombreuses fonctions au sein d'organismes très divers comme l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Euratom ou l'Agence européenne pour la recherche sur le cancer.

Il est aussi un acteur important de la mise en place et du développement du dépistage du cancer du sein. C'est ainsi, qu'en 1994, il est nommé président du comité de pilotage du programme de dépistage du cancer du sein. Membre de l'Académie des Sciences, le Professeur Tubiana a présidé l'Académie de Médecine.

Avec sa disparition, le monde de la radiologie perd un chercheur, un praticien et une autorité scientifique de renommée mondiale.

A sa famille, à ses proches, à ses collègues, la FNMR présente toutes ses condoléances.

Dr Jacques Niney



Dr Hubert de LAVAL



HUBERT

Je n'aurais jamais pensé te rendre hommage dans des circonstances aussi tristes.

Tu étais un ami et en tant que tel mes pensées vont vers toi et ceux qui t'entourent.

Mais aujourd'hui je m'exprime aussi en tant que Président de la FNMR

Hubert, tu étais un de ses éléments les plus importants de notre Fédération.

C'est grâce à des radiologues comme toi que la FNMR est ce qu'elle est.

Syndiqué depuis 1977, Président de la Gironde jusqu'en 2007, Président de Union Régionale Aquitaine jusqu'en 2012, administrateur depuis 1988, membre du bureau national depuis 1988 et vice président depuis 1999.

Cette énumération de dates nous montre la permanence et l'efficacité de ton engagement. Nous t'en sommes redevables. Notre Syndicat est une longue chaîne, chaque maillon qui la constitue en assure la force et lui permet de progresser.

Hubert, tu étais un de ces maillons essentiels. Grâce à toi, nous avons pu affronter les difficultés. Tu étais toujours dans une démarche positive, proposant des

idées constructives, loin des attitudes stériles ou contre productives. Tu savais reconnaître les combats utiles à la profession, tu savais fédérer et encourager les confrères qui semblaient démobilisés.

Grace à toi, ta région a su se développer, tu as su motiver de jeunes collègues afin qu'ils s'intéressent à la défense de notre spécialité.

Ton engagement, sans compromission, pour mettre en phase le dépistage du cancer du sein est également exemplaire. De nombreuses femmes, sans le savoir, te doivent beaucoup.

En raison de certains particularismes, je sais que faire valoir nos droits de médecins radiologues libéraux a parfois été difficile. Tu as su affronter les difficultés avec courage et persévérance, nos confrères aquitains peuvent t'en remercier.

Nous nous téléphonions afin de partager nos points de vue et nos analyses, le seul plaisir de t'entendre me suffisait comme réconfort.

Ta joie, ta bonne humeur, ton engagement sont autant d'exemples à suivre.

Merci Hubert, tu nous manques déjà.

En ce moment très douloureux pour ta famille et tes proches, j'ai pour eux une pensée particulière. ■

Dr Jacques Niney

Dr Hubert de LAVAL

Hubert de Laval nous a quittés le lundi 23 septembre après avoir lutté avec courage contre la maladie.

Installé à Bordeaux au centre d'imagerie Mériadeck, il était un médecin apprécié par ses patients, son personnel et ses amis radiologues.

Il fut un adhérent fidèle de la Fédération durant toute sa vie professionnelle. Hubert occupa les postes de président départemental de Gironde, de président de l'union régionale d'Aquitaine et de Vice président du bureau national de la FNMR. Il a été aussi pendant de très nombreuses années administrateur de la Fédération. Ardent promoteur de la sénologie, il était très impliqué dans l'organisation du dépistage du cancer du sein en Gironde.

Nous nous rappellerons de ces moments passés avec lui pour défendre notre beau métier et son exercice libéral.

Nous nous rappellerons de lui, homme de conviction, élégant et convivial.

Nous avons une pensée pour son épouse, ses enfants et petits-enfants auxquels nous présentons nos sincères condoléances. ■

L'union régionale
des médecins radiologues d'Aquitaine



Dr Hubert de LAVAL

Vous avez été l'un des membres fondateurs du cabinet de radiologie initialement place des Martyrs de la Résistance puis Mériadeck à Bordeaux et vous avez fait en sorte que celui-ci prospère en respectant en permanence les règles du bien être des patients, de la qualité médicale, de la confidentialité médicale et du respect de vos correspondants.

Vous avez su apporter du réconfort à vos patientes. Tous ces témoignages de sympathie que nous avons reçu ces derniers temps sont bien le reflet de la personne que vous avez été pour elles.

Vous avez su diriger un personnel avec ses défauts et ses qualités et vous avez su hausser le ton comme rire aux éclats avec lui.

Vous avez choisi, au fur et à mesure du développement du cabinet, de nouveaux associés dans lesquels vous avez mis toute votre confiance.

Nous vous exprimons nos remerciements pour la manière dont vous avez géré l'ensemble du cabinet, personnel et patients.

Vous avez forcé le respect et l'admiration dans la manière dont vous avez organisé votre fin de vie.

Peu de gens sont capables du courage dont vous avez fait preuve.

Nous vous serons jamais assez reconnaissants.

Monsieur de LAVAL

Nous n'oublierons jamais l'homme plein de cœur et de courage que vous avez été. ■

Pour le cabinet d'imagerie médicale
Marie-Sa

Dr André-Charles BOUVIER

Nous venons d'apprendre le décès le 2 septembre 2013 du **Docteur André-Charles BOUVIER**, à l'âge de 98 ans. Il était médecin radiologue retraité à Lyon (69).

A sa famille et à ses proches, nous adressons nos confraternelles condoléances.



Dr Maurice KUENTZ

Nous venons d'apprendre le décès le 31 août 2013 du **Docteur Maurice KUENTZ**, à l'âge de 89 ans. Il était médecin radiologue retraité à Grenoble (38).

A sa famille et à ses proches, nous adressons nos confraternelles condoléances.

Information



JFR 2013

Réunion d'information FNMR

Lundi 21 octobre 2013 – 18h

Niveau 3 – Amphithéâtre Havane (Côté Paris)
Palais des Congrès – Porte Maillot

ORDRE DU JOUR :

- Points politiques
 - Stratégie Nationale de Santé
 - PLFSS 2014
 - PL Leroux
 - Plan Cancer
 - Etc ...

- DPC et Formations FORCOMED
- Personnels des cabinets médicaux
- Communication
- Questions diverses

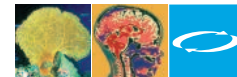
*L'ordre du jour sera complété
en fonction de l'actualité*



jfr2013.radiologie.fr

**La FNMR sera présente lors des Journées Françaises de Radiologie
Niveau 3 – Hall Havane – Village Institutionnel**

DOTAREM®



0,5 mmol/ml
Acide gadotérique

Gd³⁺ peut attaquer ...



... Maîtrisez-le !

- ⇒ 24 ans d'utilisation en pratique clinique
- ⇒ Administré à plus de 37 millions de patients
- ⇒ Commercialisé dans plus de 70 pays
- ⇒ Indiqué chez l'adulte, l'enfant et le nourrisson⁽¹⁾

DÉNOMINATION : DOTAREM 0,5 mmol/mL, solution injectable - **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :** pour 100 mL de solution : acide gadotérique : 27,932 g correspondant à DOTA : 20,246 g, correspondant à oxyde de gadolinium : 9,062 g (Acide gadotérique : complexe de gadolinium de l'acide 1, 4, 7, 10 tétra-azacyclododécane N, N', N'', N''' tétra-acétique) - Concentration en produit de contraste : 0,5 mmol/mL - **FORME PHARMACEUTIQUE (*) - DONNÉES CLINIQUES - Indications thérapeutiques -** ce médicament est à usage diagnostique uniquement. Imagerie par résonance magnétique pour : pathologies cérébrales et médullaires, pathologies du rachis, et autres pathologies du corps entier (dont angiographie) - **Posologie et mode d'administration - Posologie :** la dose recommandée est de 0,1 mmol/kg soit 0,2 mL/kg, chez l'adulte comme chez l'enfant et le nourrisson. En angiographie, lorsque les résultats de l'examen en cours le rendent nécessaire, une deuxième injection au cours de la même session est possible. Dans quelques cas exceptionnels comme la confirmation du caractère unique d'une métastase ou la détection de tumeurs leptoméningées, une deuxième injection de 0,2 mmol/kg peut être administrée. **Populations particulières : insuffisants rénaux :** DOTAREM ne doit être administré aux patients présentant une insuffisance rénale sévère (DFG < 30 mL/min/1,73 m²) et en période péri opératoire de transplantation hépatique qu'après une évaluation approfondie du rapport bénéfice/risque et que si les informations diagnostiques sont indispensables et ne peuvent être obtenues au moyen d'une IRM sans rehaussement du contraste. S'il est nécessaire d'administrer DOTAREM, la dose ne doit pas excéder 0,1 mmol/kg de poids corporel. Ne pas administrer plus d'une dose au cours de l'examen IRM. En raison du manque d'information sur les administrations répétées, les injections de DOTAREM ne doivent pas être répétées sauf si l'intervalle entre les injections est d'au moins sept jours. **Population pédiatrique : nouveau-nés jusqu'à l'âge de 4 semaines et nourrissons jusqu'à l'âge d'un an :** en raison de l'imaturité de la fonction rénale chez le nouveau-né jusqu'à l'âge de 4 semaines et chez le nourrisson jusqu'à l'âge d'un an, DOTAREM ne doit être utilisé chez ces patients qu'après une évaluation attentive et à une dose n'excédant pas 0,1 mmol/kg de poids corporel. Ne pas administrer plus d'une dose au cours de l'examen IRM. En raison du manque d'information sur les administrations répétées, les injections de DOTAREM ne doivent pas être répétées sauf si l'intervalle entre les injections est d'au moins sept jours. **DOTAREM n'est pas recommandé pour l'angiographie chez les enfants de moins de 18 ans en raison de données insuffisantes sur l'efficacité et la sécurité dans cette indication. Sujets âgés (à partir de 65 ans) (*) :** aucune adaptation posologique n'est nécessaire. Utiliser avec prudence chez les sujets âgés. **Mode d'administration :** le produit doit être administré en injection intraveineuse stricte - **Contre-indications :** Antécédents d'hypersensibilité à l'acide gadotérique ou produits de contraste gadolinés, à la méglumine - **Mises en garde spéciales et précautions d'emploi (*) - Mises en garde (*) :** l'acide gadotérique ne doit pas être injecté par voie sous-arachnoïdienne (ou épидurale). Tous les produits de contraste pour IRM peuvent être à l'origine de réactions d'hypersensibilité mineures ou majeures, pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Ces réactions d'hypersensibilité sont de nature allergique (réactions dites anaphylactiques si graves) ou non allergique. Elles peuvent être immédiates (moins de 60 minutes), ou retardées (jusqu'à 7 jours) - **Précautions d'emploi (*) - Hypersensibilité aux produits de contraste IRM (*) - Insuffisance rénale (*) :** avant l'administration d'acide gadotérique, des examens de laboratoire afin de rechercher une altération de la fonction rénale sont recommandés chez tous les patients. Des cas de fibrose néphrogénique systémique (FNS) ont été rapportés après injection de certains produits de contraste contenant du gadolinium chez des patients ayant une insuffisance rénale sévère aiguë ou chronique (clairance de la créatinine < 30 mL/min/1,73m²). Les patients devant bénéficier d'une transplantation hépatique sont particulièrement à risque, car l'incidence de l'insuffisance rénale aiguë est élevée dans ce groupe. Etant donné qu'il est possible que des cas de FNS surviennent avec l'acide gadotérique, ce produit ne doit être administré aux patients présentant une insuffisance rénale sévère ou durant la période pré ou post-opératoire d'une transplantation hépatique qu'après une évaluation approfondie du rapport bénéfice/risque et que si le diagnostic ne peut être obtenu par d'autres moyens que l'IRM avec injection de gadolinium. **Nouveau-nés et nourrissons :** en raison de l'imaturité de la fonction rénale des nouveau-nés jusqu'à l'âge de 4 semaines et des nourrissons jusqu'à l'âge d'un an, l'acide gadotérique ne doit être administré à ces patients qu'après un examen approfondi de la situation. **Chez le nouveau-né et le nourrisson, la dose requise doit être administrée manuellement.** Selon la quantité d'acide gadotérique à administrer à l'enfant, il est préférable d'utiliser des flacons d'acide gadotérique et une seringue à usage unique d'un volume adapté à cette quantité afin d'obtenir une meilleure précision du volume injecté. **Sujets âgés :** l'élimination rénale de l'acide gadotérique pouvant être altérée chez les sujets âgés, il est particulièrement important de rechercher un dysfonctionnement rénal chez les sujets âgés de 65 ans et plus. **Troubles du système nerveux central (*) - Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions (*) - Grossesse et allaitement (*) - Grossesse (*) :** l'acide gadotérique ne doit pas être utilisé pendant la grossesse à moins que la situation clinique de la patiente ne nécessite l'administration de l'acide gadotérique. **Allaitement (*) :** les produits de contraste contenant du gadolinium sont excrétés dans le lait maternel en très petites quantités. Le médecin et la mère allaitante doivent décider s'il faut poursuivre l'allaitement ou le suspendre pendant les 24 heures suivant l'administration de l'acide gadotérique - **Effets indésirables (*) :** au cours des études cliniques sur 1941 patients, 3,6 % des patients ont présenté un effet indésirable lié à l'administration de l'acide gadotérique, les plus fréquents étant les douleurs et sensations de froid au site d'injection et les nausées. Les effets indésirables liés à l'utilisation de l'acide gadotérique sont généralement d'intensité légère à modérée, et de nature transitoire. Lors d'essais cliniques, des céphalées et des paresthésies ont été très fréquemment observées (> 1/10), et des nausées, des vomissements et des réactions cutanées telles qu'une éruption et un prurit l'ont été fréquemment (> 1/100 à < 1/10). Les effets indésirables les plus fréquemment rencontrés lors de l'administration de l'acide gadotérique depuis sa commercialisation sont les nausées, les vomissements, le prurit, et les réactions d'hypersensibilité - **Surdosage (*) - PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES (*) - DONNÉES PHARMACÉUTIQUES (*) - PRÉSENTATIONS ET NUMÉROS D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE :** 3400935895424 - 5 mL en flacon (verre) : 26,11 € TTC - 3400933171346 - 10 mL en flacon (verre) : 43,82 € TTC - 3400933171407 - 15 mL en flacon (verre) : 62,83 € TTC - 3400933171575 - 20 mL en flacon (verre) : 79,55 € TTC - 3400935895363 - 10 mL en seringue pré-remplie (verre) - 3400933840303 - 15 mL en seringue pré-remplie (verre) : 62,83 € TTC - 3400933840471 - 20 mL en seringue pré-remplie (verre) : 79,55 € TTC - **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE :** liste I - Médicament soumis à prescription médicale - Remb. Sec. Soc à 65%. Agréés aux Collectivités. (ref.03/2013) - GUERBET - BP 57400 - 95943 Roissy CdG cedex - France - Tél. : 01.45.91.50.00 - (*) Pour une information complète, se reporter au RCP disponible sur le site Guerbet.fr et sur le site de l'ANSM / services/ répertoire des médicaments.

(1) DOTAREM® ne doit être utilisé chez le nouveau-né jusqu'à l'âge de 4 semaines et chez le nourrisson jusqu'à l'âge de 1 an qu'après une évaluation attentive et à une dose n'excédant pas 0,1 mmol/kg de poids corporel.

(1) DOTAREM® n'est pas recommandé pour l'angiographie chez les enfants de moins de 18 ans en raison de données insuffisantes sur l'efficacité et la sécurité dans cette indication.

Guerbet



Contrast for Life



Les dépenses de l'assurance maladie : juillet août 2013

L'ONDAM enregistre une nette progression en juillet avec 3,1% contre 2,5% en juin. Août marque un retour à une progression plus proche de l'objectif voté par le Parlement

Les dépenses de soins de ville suivent la tendance de l'ONDAM. En revanche, les versements aux établissements publics connaissent une progression importante passant de 1,3% en mai et 1,8% en juin à 2,6% en juillet. Les versements aux établissements privés ont progressé sensiblement en juillet avant de repasser sous leur niveau de juin au mois d'août.

Dans l'ensemble des soins de ville, les actes techniques progressent à 2,7% en juillet pour revenir à 2,2% en août. Les dépenses d'échographie sont légèrement au-dessus de l'agrégat des soins de ville mais au même niveau que l'ONDAM. Les dépenses d'imagerie (hors échographie) restent à leur niveau des deux mois précédents. Si les forfaits techniques de scanner enregistrent une progression équivalente à l'ONDAM en juillet, ils redeviennent négatifs le mois suivant. Les forfaits techniques d'IRM passent de 0,3% en juin à 1,3% les deux mois d'été. ■

Dépenses de l'assurance maladie - juillet - août 2013 (Tous risques - Régime général - France métropolitaine)

| Prestations | Juillet en euros | Aout en euros | Juillet en % | Aout en % |
|--|------------------|---------------|--------------|-----------|
| Consultations | 3 481 007 | 3 829 040 | 1,6% | 1,0% |
| Visites | 462 516 | 515 592 | -0,8% | -1,5% |
| Actes Techniques (*) | 3 801 739 | 4 188 616 | 2,7% | 2,2% |
| Dont actes d'échographies | 645 820 | 708 714 | 3,3% | 2,8% |
| Dont actes d'imagerie (Hors échographie) | 1 235 136 | 1 366 928 | 8,3% | 7,7% |
| Forfaits scanner – IRM – Tomographie – Forfaits consommables | 505 537 | 547 096 | 0,4% | 0,4% |
| Dont scanner | 200 624 | 217 815 | 3,2% | -3,1% |
| Dont IRM | 263 158 | 283 629 | 1,3% | 1,3% |
| Total honoraires secteur privé (médicaux et dentaires) | 10 655 607 | 11 714 238 | 4,3% | 3,6% |
| Total prescriptions | 27 306 669 | 30 765 504 | 2,8% | 2,1% |
| Total soins de ville | 37 962 416 | 42 479 907 | 3,2% | 2,5% |
| Total versements aux établissements de santé et honoraires du secteur public | 30 741 353 | 35 007 618 | 2,6% | 2,5% |
| Total versements aux établissements sanitaires privés | 6 429 394 | 7 196 528 | 2,4% | 1,7% |
| Total prestations médico-sociales | 8 983 312 | 10 141 065 | 4,2% | 4,3% |
| Total statistique mensuelle des dépenses | 91 386 173 | 103 116 352 | 3,1% | 2,7% |

(*) Les actes en K, KE, Z, ZN, PRA, KC et forfaits chirurgicaux sont regroupés dans un seul agrégat : " Actes techniques "

Uniprévoyance, notre avenir en confiance



SOLIDARITÉ • PARITARISME • TRANSPARENCE • ÉCOUTE

Les salariés sont une valeur essentielle de l'entreprise. Pour assurer leur avenir, UNIPRÉVOYANCE, institution de prévoyance à gestion paritaire, offre des garanties

complémentaires en matière de santé et de prévoyance en proposant des contrats collectifs solidaires et sécurisés. Pour nous contacter www.uniprevoyance.fr



UNIPRÉVOYANCE

La protection paritaire, l'engagement solidaire



CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

10307 01 A 15 mn de Lyon, cause retraite cède cab. de radiol. pour la valeur du matériel. Possibilité d'extension, 2 manip. radio. assurant le secrétariat médical.
 > Tél. : 04.78.55.00.50.
 Email : lescaille.bernard@wanadoo.fr

10308 06 Nice, cause santé cède parts dans groupe de 9 radiol., multisites, radio., écho., centre séno., nombreuses vacations TDM et IRM.
 > Email : verso06@live.fr

10309 22 Saint-Brieuc, SELARL (3 radiol.), cherc. associé, 2 sites (cab. de ville + clinique), plateau technique complet.
 > Tél. : 02.96.33.73.00.

10310 33 Bordeaux et Pessac, SCM 4 radiol., 2 cab., accès scan. et IRM., recherc. successeur cause retrait volontaire.
 > Envoyer cv par mail :
 cab.pessac@wanadoo.fr
 Tél. : 05.57.26.27.01.

10311 41 Blois, URGENT, cherc. 3^{ème} associé, cab. de radiol., écho., séno., vacations IRM/TDM.
 > Tél. : 06.63.79.80.78.

10312 49 Angers, retraite fin 2014, cède parts SCM 24 radiol., 5 cab., 3 cliniques, PACS RIS, 4 jrs/sem - 2 gardes/an, capt. plans 3 séno.num pl.chp, pano. densito 10 echo (2013), 3 TDM, 3 IRM.
 > Contact : Dr Patrick AQUILINA
 Tél. : 06.31.98.25.73.
 Email : pcaquilina@gmail.com

10313 53 Laval, SELARL 7 radiol., cause retraite cherc. successeur. Activité cabinet et clinique avec plateau technique complet (TDM-IRM).
 > Contact : Dr TASSON
 Tél. : 02.43.59.22.22.

10314 69 Nord de Lyon, départ à la retraite, radiol. secteur 2, cherc. successeur, activité sous forme SCM-SDF. Scanner - IRM - Imag. médic. dans polyclinique, 4 cab. de ville dont 1 centre de sénologie, 11 radiol.
 > Contact : 06.82.01.70.01.
 Email : jean-gerard.vulliez@club-internet.fr

10315 80 Amiens, groupe radiol., cherc. 1 assoc. cab. installé en zone franche, activités en clinique et cab., plateau technique complet, radiol. conventionnelle, echo., mammo., cone Beam, 2 IRMS (1,5 TESLA), 3 scan.
 > Contact : Mme Claudine PAGNON
 Tél. : 03.22.91.50.15.
 Email : compta-radiologie@hotmail.fr

10316 83 Proche centre ville et facultés, SELARL, cause retraite, cherc. successeur, accès IRM (2) et scan. Conditions de reprise très avantageuse. Possibilité de logement.
 > Contact : admi.radio83@orange.fr

10317 86 Poitiers, Selarl 16 radiol.s, cherc. associés, centre spécialisé, plateau technique complet (3 IRM, 2 scan., 2 TEP, radio interventionnelle, mammo. capteur plan...). Activité ville et clinique de 400 lits. Possibilité d'exercer une activité spécialisée et de travailler à temps plein ou partiel.
 > Tél. : 08.11.95.74.60.
 Email : mrochet@pictavix86.fr

10318 92 Centre Hospitalier des Quatre Villes, recrute, un radiol. à temps plein ou partiel. Lettre de candidature et cv à adresser à Mme la Directrice du Centre Hospitalier des Quatre Villes, 3 place Silly - 92 211 SAINT-CLOUD cédex.
 > Tél. : 01.77.70.70.02.
 Email : direction@ch4v.fr

10319 971 Guadeloupe, ZFU, grand cabinet libéral cherche associé ou collaborateur.
 > Contact : Dr Bruno NATALI
 Tél. : 06.90.57.18.89.
 Email : brunonatali@orange.fr

REPLACEMENTS

10320 31 Group. 10 radiol. dans clinique, plateau technique complet (2 scans, IRM, mammo. numérique, radiol. conventionnelle), cherc. radiol. ancien CCA pour remplacement. Activité polyvalente, compétence en sénologie souhaitée.
 > Candidature à envoyer avec cv si possible : tlcdr@wanadoo.fr
 Tél. : 05.61.54.98.37.

10321 33 Bordeaux et CUB. Groupe de 8 radiol., cab., cliniques, accès TDM-IRM, rech. remplaçants en vue d'une association.
 > Tél. : 05.57.54.24.83.
 Email : ndumont33@yahoo.com

10322 33 Bordeaux et Pessac, SCM 4 radiol., 2 cab., RX, echo., doppler, seno., recherc. médecin radiol. pour remplacements réguliers toute l'année 2013-2014.
 > Envoyer cv par mail :
 cab.pessac@wanadoo.fr
 Tél. : 05.57.26.27.01.

10323 69 Ouest Lyonnais résidentiel - SCM 5 radiol., 2 cab., RX, echo., séno. (mammo. numérique), IRM, scan. possible, recherc. radiol. remplacements réguliers, éventuellement en vue d'association.
 > Tél. : 04.78.33.62.54/04.74.01.33.35/
 06.32.17.08.41.
 Email : scmdblp@orange.fr

DIVERS

10324 33 Recherche table télécommandée récente et suspension à prix raisonnable.
 > Tél. : 06.07.43.73.16.

Une enveloppe timbrée est exigée pour toute réponse à une petite annonce, ceci pour la réexpédition au destinataire. Merci

Le Médecin Radiologue
 de France

Directeur de la Publication : Dr Jacques NINEY
 Rédacteur en chef : Dr Robert LAVAYSSIERE
 Secrétaire de rédaction : Wilfrid VINCENT

Edition • Secrétariat • Publicité Rédaction • Petites Annonces

EDIRADIO - S.A.S. au capital de 40 000 €
 Téléphone : 01 53 59 34 01 • Télécopie : 01 45 51 83 15
 www.fnmr.org • E-mail : info@fnmr.org
 62, bd de Latour - Maubourg 75007 Paris

Président : Dr Jacques NINEY
 Responsables de la Régie Publicitaire :
 Dr Saranda HABER et Dr Eric CHAVIGNY
 Conception maquette : Sylvie FONTLUPT
 Maquettiste : Marc LE BIHAN
 Photos : Fotolia.com

ALBEDIA IMPRIMEURS

Z.I. Lescudilliers • 26, rue Gutenberg • 15000 AURILLAC
 Dépôt légal 4^{ème} trimestre 2013

PMFR

Génebault

**POCHETTE MÉDICALE DE FRANCE
PMFR - GÉNEBAULT**

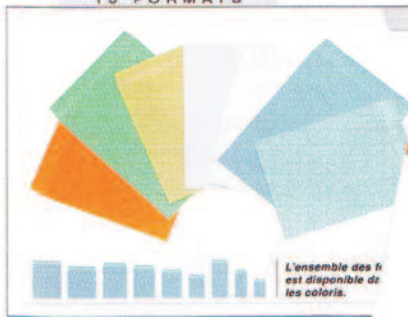
BP13 - 42153 Riorges

Tél. 04 77 72 21 24 - Fax 04 77 70 55 39

pmfr@wanadoo.fr

Pochettes radio

10 FORMATS



L'ensemble des formats est disponible dans les coloris.

7 coloris au choix

Descriptif

• Formats disponibles

| | |
|-----------------|-------------|
| 15cm x 25cm | 29cm x 38cm |
| 16cm x 22cm | 31cm x 41cm |
| 21cm x 29cm | 37cm x 47cm |
| 22,5cm x 32,4cm | 37cm x 47cm |
| 24cm x 31cm | 37cm x 47cm |

Chemises



SANS RABAT

Descriptif

Formats disponibles
20cm x 25cm
24cm x 31cm



AVEC RABAT

Descriptif

Formats standards
20cm x 25cm - 22,5cm x 31cm
24cm x 31cm



AVEC RABAT

Descriptif

Formats standards
22,5cm x 31cm - 25,5cm x 37cm
36,5cm x 43,5cm

* CD non fourni



AVEC RABAT

Descriptif

Format standard
22,5cm x 31cm

* CD non fourni

SPÉCIALE PORTS CD

• Qualité blanc 300 grs et chromolux 250 grs
• Impression personnalisée 1, 2 ou 3 couleurs à votre choix (logos, photos, etc)
• Expédition 2 à 3 semaines avec impression personnalisée

Liste non exhaustive. Autres modèles sur simple demande. N'hésitez pas à nous contacter.

Echantillons gratuits Tél. 04 77 72 21 24

Sacs plastiques

STANDARDS

Blanc

Descriptif

• Formats
28cm x 35cm
31cm x 41cm
40cm x 50cm
• Poignée rapportée bleue
• Impression standard
• Expédition sur stock

PERSONNALISÉS

Poignée rapportée

Descriptif

• Formats à votre demande
• Coloris blanc ou couleur à votre choix
• Impression 1, 2 ou 3 couleurs

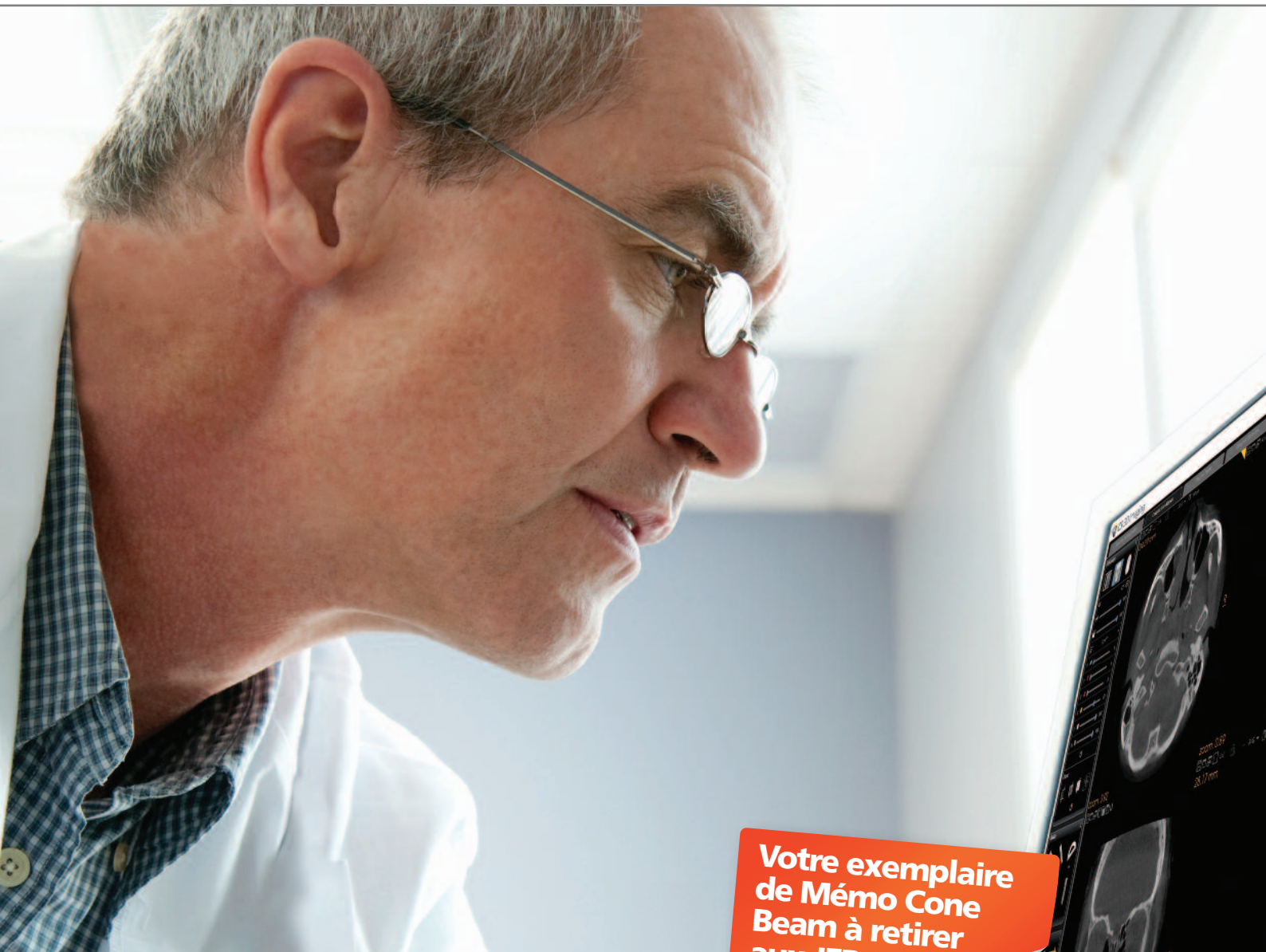
- > Pochettes pour radiographies
- > Papier numérique
- > Chemises pour échographies
- > Chemises porte CD (scanner / IRM)
- > Sacs plastique personnalisés
- > Sachets plastique transparents et aussi... cavaliers, papier en tête, cartes de rendez-vous, cahiers de rendez-vous...

Livraison immédiate • Produits standards
Livraison sous 10 jours • Produits personnalisés

CONE BEAM CS 9300

Carestream

NOUVELLE GENERATION DE TRAITEMENT D'IMAGES



**Votre exemplaire
de Mémo Cone
Beam à retirer
aux JFR 2013**

**Cone Beam CS 9300: La solution
« tout-en-un » abordable pour des
examens à faibles doses**

Diagnostic du maxillaire, de la mandibule et de l'arcade dentaire, imagerie maxillo-faciale, exploration des sinus et des oreilles... quelle que soit l'indication, le CS 9300 produit des images de haute qualité et à faibles doses. Incroyablement complet et abordable, il offre un vaste choix de champs et de résolutions. Avec la céphalométrie "one-shot" en option et le service d'une société reconnue, c'est la solution idéale pour vos examens dentaires et ORL. A présent doté de nouvelles fonctions de traitement d'images 2D, faites l'expérience d'un confort diagnostique accru.

Souhaitez-vous en savoir davantage ? Le cone beam CS 9300 est en démonstration sur le stand Carestream, Niveau 1 - N°1T01. Appelez-nous également au 06 85 22 24 35.

Le CS 9300 est un dispositif médical de classe 2b fabriqué par Carestream Health Inc et dont l'évaluation de la conformité a été réalisée par BSI. Il est destiné à produire des images radiographiques numériques en deux ou trois dimensions des zones dento-maxillo-faciales et ORL. Lisez attentivement la notice d'utilisation.



*Champs d'examen de
5 cm x 5 cm à 17 cm x 13,5 cm*