

# Le Médecin Radiologue libéral

#459 | Octobre 2022

le journal de la



DOSSIER

## DÉPISTAGES



**Catherine DEROCHE**

Sénatrice  
Présidente de la Commission  
des affaires sociales du Sénat

**Grégory EMERY**

directeur adjoint  
de la DGS

**Pr Daniel NIZRI**

Président de la Ligue nationale  
contre le cancer

**JFR STAND FNMR-FORCOMED**

Niveau 1 - Hall Passy

[fnmr.org](http://fnmr.org)



# Ateliers pratiques

# d'IRM

# mammaire



RADIOLOGUE



ENSEIGNEMENT EN LIGNE  
ET EN PRÉSENTIEL



8 HEURES



40 EUROS

(adhérent FNMR : 20 €)

odpc

Réf DPC :

Consulter le site [Forcomed.fr](http://Forcomed.fr)

## OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Pratiquer l'IRM mammaire en conditions optimales et pertinentes
- Être le plus précis possible dans la rédaction du compte-rendu en utilisant la terminologie du Bi-Rads
- Conclure le compte-rendu en corrélant au contexte et à l'imagerie conventionnelle
- Proposer une conduite à tenir (CAT)

## DÉROULÉ DE LA FORMATION

### Pré/post-test et évaluations (1 heure)

**Pré-test :** Analyse des pratiques A faire en e-learning, avant la formation présentielle.

**Vidéo** Pertinence et justification : notions générales

**Post-test :** Evaluation des acquis

### Formation présentielle (1 jour)

- Etat des connaissances - Résultat de l'analyse des pratiques - Attentes des participants
- Les bonnes pratiques en IRM mammaire : Technique - ACR - Indications - Rappel des notions de pertinence
- Ateliers sur console : Problem solving - Cancers
- Ateliers sur console : Dépistage fem mes à risque : seins traités, bilan préthérapeutique
- Vacances virtuelles
- Messages pour l'amélioration des pratiques - Questions - Discussion

**Tarif médecin radiologue en libéral :** formation éligible au DPC, en fonction de votre enveloppe ANDPC seule la somme de 40€ pour les frais de dossiers d'enregistrement DPC est à votre charge (adhérent FNMR : 20€).

**Tarif médecin radiologue salarié des hôpitaux :** formation éligible au DPC, les frais d'inscription sont de 800 Euros (frais de dossiers d'enregistrement DPC inclus).

### FORMATEURS :

**Dr Luc CEUGNART,**  
**Dr Isabelle DOUTRIAUX-DUMOULIN,**  
**Dr Anne TARDIVON,**  
radiologues

**FORCOMED**  
La référence des formations en radiologie

# UN GRAND ABSENT...



**LA PRÉVENTION ET,  
À TERME, LA  
MÉDECINE  
PRÉDICTIVE SONT  
L'AVENIR DE LA PRISE  
EN CHARGE DES  
PATIENTS.**

**Dr Jean-Philippe MASSON,**  
Président de la FNMR.

**L**es médecins radiologues libéraux ont toujours été préoccupés par la prise en charge et la santé de leurs patients. Il y a une trentaine d'année, ceux sont eux qui ont été à l'initiative du lancement du dépistage organisé du cancer du sein en France et assurent toujours 90% de la réalisation sur tout le territoire.

Depuis plus de cinq ans, au vu des résultats des nombreuses études étrangères sur le dépistage du cancer du poumon, la FNMR milite pour sa mise en place en France. Les annonces du candidat Macron, confirmées depuis sa réélection, de **renforcer la prévention et les dépistages, notamment en matière de cancer**, ont donc trouvé un écho favorable chez les radiologues libéraux.

A l'occasion de ce numéro spécial JFR moment privilégié d'échange et de partage entre les radiologues, il nous a semblé logique de réaliser **un dossier le plus complet possible afin de faire un bilan de ces dépistages**.

Des personnalités éminentes du monde de la santé, du ministère, du sénat, se sont associées aux représentants de la profession et des associations de patients pour apporter leur témoignage et leur vision sur ce sujet.

**Seule une institution n'a pas souhaité répondre à nos questions :** l'INCa, Institut national du cancer, chargé notamment de la politique des dépistages. Ce refus de répondre laisse perplexe et interroge en même temps. Cette agence d'État, critiquée par un récent rapport de l'IGAS, dont la relation avec les Centres régionaux de coordination des dépistages des Cancers (CRCDC) est décrite dans plusieurs articles de cette revue, remplit-elle vraiment son rôle de coordination et de facilitation ?

L'inertie dont elle fait preuve, également décrite dans plusieurs articles, doit être « secouée » pour garantir le déploiement réel et efficace des dépistages pour les patientes et les patients que nous suivons.

La prévention et, à terme, la médecine prédictive sont l'avenir de la prise en charge des patients. Avec les associations les représentant, les médecins radiologues libéraux demandent à l'État de tout faire pour conforter, développer et accélérer les actions déjà engagées sur le terrain. ●



**FNMR - FORCOMED AUX JFR 2022**  
du 7 au 10 octobre

**Niveau 1**  
Hall Passy - Côté Neuilly

6

**GRÉGORY EMERY,  
DIRECTEUR  
GÉNÉRAL ADJOINT  
DE LA SANTÉ**

« IL FAUT MOBILISER  
TOUS LES  
ACTEURS ! »

**LES DÉPISTAGES :  
TÉMOIGNAGE**



10



**PR DANIEL NIZRI,  
PRÉSIDENT DE LA LIGUE  
NATIONALE CONTRE LE  
CANCER**

« FAIRE PLUS ET FAIRE  
MIEUX, ENSEMBLE ! »

**LES DÉPISTAGES**

22



**CATHERINE DEROCHE, SÉNATRICE LR  
DU MAINE-ET-LOIRE, ET PRÉSIDENTE  
DE LA COMMISSION DES AFFAIRES  
SOCIALES DU SÉNAT**

« UN IMPÉRATIF  
DE SANTÉ  
PUBLIQUE ! »

**LES DÉPISTAGES**

**MICHEL DEGHAYE, RADIOLOGUE  
PRÉSIDENT DU CENTRE RÉGIONAL  
DE DÉPISTAGE DES CANCERS  
ILE-DE-FRANCE**

RÉGIONALISATION DES  
STRUCTURES DE DÉPISTAGE :  
QUEL BILAN À TROIS ANS ?

**LES DÉPISTAGES**



14

5

**BREVES**

6

**LES DÉPISTAGES**

38

**OCTOBRE ROSE**

46

**SENOLOG**

50

**MANIPULATEURS** *La FNMR saisit les parlementaires*

52

**JURIDIQUE** *L'utilisation nouvelle d'instruments de titres financiers dans l'imagerie médicale*

54

**BUREAUX**

55

**PETITES ANNONCES**

ANNONCEURS : FORCOMED p. 2 et p. 54 - MILVUE P. 36 - DEDALUS p. 51 - MASF p. 56

**Le Médecin  
Radiologue  
libéral**

**DIRECTEUR DE LA PUBLICATION**

Dr Jean-Philippe MASSON

**RÉDACTEUR EN CHEF**

Dr Paul-Marie BLAYAC

**SECRÉTAIRE DE RÉDACTION**

Wilfrid VINCENT

**ÉDITION, SECRÉTARIAT, PUBLICITÉ  
RÉDACTION, PETITES ANNONCES**

EDIRADIO - S.A.S. au capital de 40 000 euros  
Tél. : 01 53 59 34 00

[www.fnmr.org](http://www.fnmr.org) - E-mail : [ediradio@fnmr.org](mailto:ediradio@fnmr.org)

168 A, rue de Grenelle 75007 Paris

**PRÉSIDENT**

Dr Jean-Philippe MASSON

**RESPONSABLE DE LA PUBLICITÉ**

Dr Eric CHAVIGNY

**CONCEPTION MAQUETTE**

Olivier RIVE

**MAQUETTE**

Olivier RIVE

**CRÉDITS PHOTOS**

iStockphoto

**IMPRIMERIE DECOMBAT**

5 bis rue Gustave Eiffel - 15000 AURILLAC

Dépôt légal 1<sup>er</sup> trimestre 2022

**ISSN 1631-1914**

## LES SOCIÉTÉS PLURIPROFESSIONNELLES

Synthèse des interventions et des débats tenus lors du séminaire de la FNMR d'avril 2022, le livre

**Les Sociétés Pluriprofessionnelles** vient de paraître. Plusieurs spécialistes font le point sur les coopérations possibles entre disciplines différentes.

La mainmise des financiers est aussi largement abordée avec les risques qu'elle comporte.

Il est enrichi par des articles de biologistes, de radiologues qui font part de leur expérience.

Il est disponible auprès du secrétariat de la FNMR  
info@fnmr.org



## AGRESSION D'UN MÉDECIN À MULHOUSE

Un praticien de SOS Médecins intervenant à Mulhouse au domicile d'un patient a été violemment agressé par un homme qui l'a menacé avec un fusil à pompe et lui a tiré dessus, le fusil n'éjectant que des billes. Jugé en comparution immédiate, **l'agresseur a été condamné à 5 ans de prison ferme**. Nous constatons tous une recrudescence des incivilités et des violences dans nos cabinets. Nous ne pouvons que nous féliciter d'une sanction exemplaire.



## DÉPISTAGE DESCANCERS

Centre de coordination  
Auvergne-Rhône-Alpes

### LABELLISATION DES CENTRES RÉGIONAUX DE COORDINATION DES DÉPISTAGES

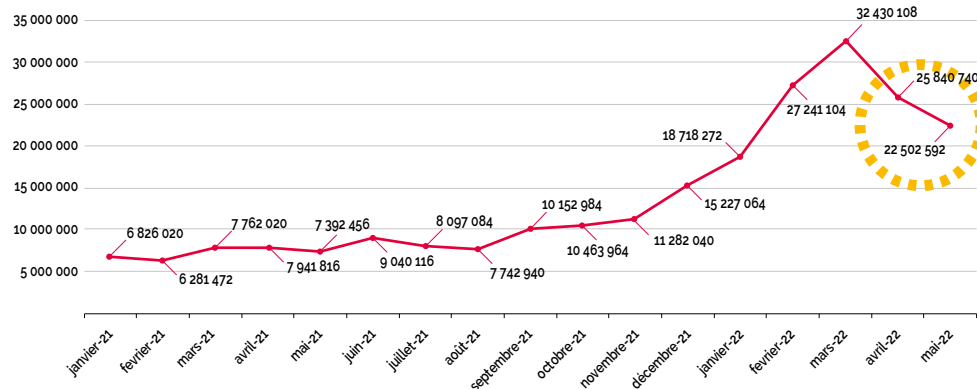
Débutée en 2021, la labellisation des centres régionaux de coordination des dépistages organisés des cancers (CRCDC) par l'Institut national du cancer (Inca) prévoit d'**inclure l'ensemble des CRCDC en trois ans**.

Un appel à candidature, lancé en juin, s'adresse aux centres volontaires afin de tester la démarche. Conformément à l'arrêté du 23 mars 2018, **les CRCDC «sont tenus de s'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité afin de garantir l'adéquation de la réalisation de leurs missions avec le cahier des charges et l'assurance qualité des programmes de dépistage organisé»**.

### MON ESPACE SANTÉ

**60% des comptes ont été activés.** Parmi eux 60% des usagers ont commencé à renseigner leur profil médical. Plus de 30 millions de documents sont versés chaque mois dans les DMP.

Flux mensuel annualisé des documents ajoutés au DMP de janvier 2021 à mai 2022  
(le flux est annualisé pour faciliter la comparaison à l'objectif = flux mensuel x 12)



(Source Cosui Ségur numérique 21 juin)



### LE GOUVERNEMENT SAISIT LA JUSTICE CONTRE LES DÉRIVES DE L'IHU DE MARSEILLE

Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales dénonce des éléments accablants dans le fonctionnement de l'IHU de Marseille sous la direction du Pr Didier Raoult. C'est l'occasion de rappeler **la procédure que le Conseil professionnel de la radiologie (G4) a engagé contre le Pr Raoult** auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins après un article qui mettait gravement en cause les compétences professionnelles des radiologues. Une audition a déjà eu lieu auprès du Conseil régional de l'Ordre. La procédure suit son cours.

# « IL FAUT MOBILISER TOUS LES ACTEURS ! »

## **GRÉGORY EMERY,** DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT DE LA SANTÉ

DANS UNE INTERVIEW EXCLUSIVE, GRÉGORY EMERY DÉTAILLE LES PRINCIPAUX ENJEUX DU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN. SELON LUI, LA PERSONNALISATION DE L'INFORMATION SERA UN ÉLÉMENT DÉTERMINANT POUR SUSCITER L'ADHÉSION DE LA POPULATION CIBLÉE. LA BONNE COMPRÉHENSION DES ENJEUX SERA LA CLEF DE LA TRANSFORMATION.

### ■ **Quel regard portez-vous sur le programme national de dépistage organisé du cancer du sein ?**

Le dépistage organisé du cancer du sein est très utile, sinon indispensable. C'est le cancer le plus fréquent chez la femme. C'est aussi le plus mortel. Le raisonnement est limpide : plus la maladie est détectée tôt, plus les chances de guérison sont importantes. Ces réalités épidémiologiques justifient amplement la pertinence de ce programme national. La performance globale est plutôt bonne. Des améliorations devront néanmoins être apportées pour renforcer l'adhésion des publics concernés. Le dépistage organisé doit devenir une porte d'entrée dans le système de santé. Il doit s'inscrire dans un parcours de prévention mieux structuré et mieux coordonné.



### ■ Quels sont les principaux atouts du dépistage organisé ?

Les bénéfices d'un tel programme sont éprouvés et documentés. Plusieurs méta-analyses démontrent un impact direct sur la mortalité. Entre 150 et 300 décès par cancer du sein seraient évités pour 100 000 femmes participant régulièrement au dépistage organisé pendant sept à dix ans. Plus régulier dans le temps, il est plus efficace qu'un dépistage individuel ou un examen clinique, en termes de détection précoce. Il est aussi plus fiable : 6 % des cancers du sein sont actuellement diagnostiqués lors de la seconde lecture, qui constitue probablement sa plus grande force. Autre avantage notable, le programme s'inscrit dans une démarche qualité, notamment via une utilisation renforcée des mammographes numériques. Son cahier des charges permet également de standardiser la prise en charge et les pratiques radiologiques.

### ■ Quels sont ses principaux freins ?

Le taux de participation est largement perfectible. Il a même brutalement chuté au début de la pandémie, avant de regagner quelques points l'an dernier. Au regard des enjeux, les résultats ne sont toujours pas suffisants : une femme sur deux suit actuellement les recommandations officielles. La stratégie décennale de lutte contre les cancers fixe un objectif de 70 %... à moyen terme. Un seuil ambitieux, mais raisonnablement atteignable. Parmi d'autres évolutions, le dispositif devra être plus direct et plus accessible. Il devra également être mieux promu. Trop peu de femmes

## Taux de participation au programme national de dépistage organisé du cancer du sein depuis dix ans

- 2012 : 52,7 %\*
- 2013 : 51,6 %
- 2014 : 52,1 %
- 2015 : 51,5 %
- 2016 : 50,7 %
- 2017 : 49,9 %
- 2018 : 50,3 %
- 2019 : 48,6 %
- 2020 : 42,6 %\*\*
- 2021 : 50,6 %

(\*) Plus haut niveau atteint depuis la mise en place du programme en 2004.

(\*\*) Plus bas niveau atteint depuis la mise en place du programme en 2004

Source : Santé publique France

## « LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN REPOSE SUR UN RATIONNEL SCIENTIFIQUE ET UNE DÉMARCHE QUALITÉ »

connaissent les modalités du dépistage, en particulier dans les milieux défavorisés. Les données du problème sont claires : plus la population ciblée y participera, plus grands seront les bénéfices de santé publique. Pris à temps, ce cancer a un taux de survie de 87 % à cinq ans. C'est une motivation évidente.

### ■ Faut-il élargir la cible pour maximiser son potentiel ?

Cette piste est actuellement étudiée dans le cadre de la stratégie décennale, qui prévoit notamment de requestionner les bornes d'âges. Il appartient désormais à la HAS<sup>1</sup> de se prononcer sur le sujet. Une chose est sûre : les bénéfices et les risques devront être clairement établis, tant sur le plan scientifique que médico-économique, avant de redéfinir les contours du programme.

### ■ Quelles sont ses grandes voies de progrès ?

Le numérique peut réellement changer la donne. L'utilisation d'équipements innovants ou de nouvelles techniques d'imagerie, comme la tomosynthèse appliquée à la mammographie, doit être étudiée. Le recours aux biomarqueurs également. La sensibilité et la spécificité des tests sont des voies de progrès majeures. Dans un autre registre, la création et la diffusion d'applications mobiles pourraient également permettre de consolider le niveau d'information de la population cible, voire le suivi et le rappel des examens à réaliser. Au niveau organisationnel, le recours à des équipes mobiles pourrait certainement faciliter l'accès au dépistage, en tout point du territoire. Toutes les solutions qui concourent à améliorer les résultats et optimiser les parcours de santé seront les bienvenues. La balance avantages/inconvénients doit être notre seule boussole... dans l'intérêt des patientes.

### ■ Comment améliorer le taux de participation des patientes ?

La mobilisation des usagers est un prérequis incontournable. Médecins généralistes en tête, les acteurs de proximité devront être davantage impliqués, associations de patients y compris. Les professionnels du champ sanitaire et médico-social doivent impérativement disposer d'outils [ ... ]

(1) Haute Autorité de Santé – HAS

[...] nécessaires pour promouvoir le dépistage organisé. Ceci afin de sensibiliser, conseiller, orienter et convaincre les femmes concernées. Promesse de campagne d'Emmanuel Macron, l'instauration de consultations de prévention devra contribuer à l'amélioration du taux de dépistage.

## ■ De quelle manière ?

Ce sera un moment privilégié pour aborder différents sujets, dont la participation au dépistage organisé. Cela permettra aux médecins de prendre du temps pour expliquer ses enjeux et ses modalités, et le proposer spontanément aux personnes éligibles. A plus large échelle, ces rendez-vous permettront de sensibiliser les patientes sur les différents facteurs de risque associés à la maladie, comme l'alcoolémie, le tabagisme, l'obésité ou l'inactivité physique. La pédagogie et l'inclusion sont des leviers décisifs pour changer des comportements.

## ■ Comment la DGS<sup>2</sup> va-t-elle accompagner les évolutions en cours ?

La DGS pilote le dépistage organisé du cancer du sein, dont elle a établi les modalités opérationnelles et le cahier des charges. Dans le cadre de la stratégie décennale de lutte contre les cancers, nous veillerons au respect des objectifs fixés, notamment en matière de participation, en identifiant les freins et les leviers correspondants. Nous contribuerons également à la diffusion de l'information, qui devra être moins technique et moins médicale. Les messages délivrés seront plus adaptés à la population visée, en particulier pour les personnes les plus éloignées du soin. Un effort sera engagé pour expliciter clairement les

avantages et limites du dépistage auprès des personnes concernées. La personnalisation de l'information constituera un élément déterminant pour susciter l'adhésion. La bonne compréhension des enjeux sera la clef de la transformation.

## ■ Les radiologues libéraux sont le pilier central de ce dispositif de santé publique. Faut-il renforcer leurs prérogatives pour améliorer son efficacité ?

Les radiologues libéraux sont le centre névralgique du programme. Ce sont des effecteurs et des facilitateurs. Ils réalisent les examens de contrôle, produisent une seconde lecture et orientent les patients dans le parcours de soins. Interlocuteurs privilégiés, ils doivent promouvoir l'information auprès des usagers, et avoir presque le rôle d'influenceur, surtout en matière de prévention. Le dispositif est perfectible, c'est un fait, mais il ne doit pas y avoir de compétition entre les acteurs. Chacun doit jouer son rôle, en fonction de ses missions. Le rapport IGAS<sup>3</sup> propose des pistes d'évolution concrètes, notamment sur le plan organisationnel. La réflexion publique devrait bientôt aboutir.

## ■ Réclamée par la profession, la dématérialisation de la seconde lecture est-elle une piste crédible ?

Cette question interroge le rôle et les missions des CRCDC<sup>4</sup>, au moins en partie. Crédible, cette piste ne doit pas être écartée pour autant. Elle pourrait

(2) Direction Générale de la Santé – DGS

(3) Inspection Générale des Affaires Sociales – IGAS

(4) Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers – CRCDC

## DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN : CARACTÉRISTIQUES ET MODALITÉS PRATIQUES

■ **Cible** : le programme national de dépistage organisé du cancer du sein s'adresse aux femmes de 50 à 74 ans... sans facteur de risque particulier. Tous les deux ans, elles bénéficient d'une mammographie de dépistage, complétée par un examen clinique du sein. Les personnes éligibles sont invitées par courrier.

■ **Examen** : l'examen est réalisé par un médecin radiologue, librement choisi par la patiente, parmi les médecins agréés. Il comprend deux clichés par sein, qui font systématiquement l'objet d'une deuxième lecture, quand ils sont jugés bénins ou normaux par le premier radiologue.

■ **Contrôle qualité** : les radiologues agréés s'engagent à se former, à effectuer un contrôle de qualité de la chaîne de lecture des mammographies, mais aussi à transmettre les clichés des mammographies jugés normaux ou bénins à la structure de gestion pour deuxième lecture.

Prise en charge : l'examen est entièrement pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant. Aucune avance de frais n'est demandée aux patientes éligibles.

■ **Les acteurs nationaux** : la DGS pilote le programme. L'INCa est responsable du suivi et de l'expertise. Le financement est assuré par l'assurance maladie, le ministère chargé de la Santé et les collectivités locales. Santé publique France est chargé de l'évaluation épidémiologique.

■ **Les acteurs régionaux** : les ARS<sup>(\*)</sup> assurent le pilotage et l'animation du programme dans les régions. Les CRCDC sont chargés de la promotion, de la coordination et du suivi des dépistages au niveau local.

(\*) Agence Régionale de Santé – ARS



## Stratégie décennale de lutte contre les cancers : une ambition inédite !

Présentée en février 2021, la stratégie décennale de lutte contre les cancers incarne une ambition inédite : conjuguer urgence et temps long. Placé sous la tutelle des ministères de la Santé et de la Recherche, ce plan d'action est coordonné par l'INCa. Il comporte 234 mesures qui répondent à quatre grands enjeux : améliorer la prévention, primaire comme secondaire ; limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie des patients ; lutter contre les cancers de mauvais pronostic chez l'adulte et chez l'enfant ; s'assurer que les progrès en matière de lutte contre les cancers bénéficient à tous. Pour la première fois, quatre objectifs chiffrés ont également été définis par les pouvoirs publics : réduire de 60 000 par an le nombre de cancers évitables à horizon 2040\* ; dépister un million de personnes en plus par an dès 2025\*\* ; réduire de deux tiers à un tiers la part des patients souffrant de séquelles cinq ans après un diagnostic ; infléchir significativement le rythme de progression du taux de survie des cancers de plus mauvais pronostic d'ici 2030.

**NB** : ce plan se déroulera en deux temps, soit deux périodes de cinq ans. Il a été doté d'un budget de 1,74 milliard d'euros pour la période 2021-2025, soit une augmentation de 20 % par rapport au précédent plan cancer.

(\*) 153 000 cancers par an seraient évitables.

(\*\*) 9 millions de dépistages sont réalisés chaque année.

permettre de réduire les délais de résultat, mais aussi de mobiliser davantage de radiologues, dont les contraintes logistiques seraient allégées. Des travaux spécifiques sont actuellement menés par l'INCa<sup>5</sup>. Ils devront déterminer les bénéfices générés par la dématérialisation de la seconde lecture, notamment en termes d'efficacité, mais aussi les conditions de sa généralisation. Le facteur clinique n'est pas une donnée suffisante pour institutionnaliser cette pratique. La pertinence de son modèle économique devra être évaluée et démontrée.

### ■ Faut-il élargir le dépistage organisé au cancer du poumon ?

**Le cancer du poumon est une priorité de santé publique.** C'est la première cause de mortalité chez l'homme, et la deuxième chez la femme. Son incidence augmente et sa survie est très mauvaise. La faisabilité d'un dépistage organisé sera évaluée dans le cadre de la stratégie décennale. Ce sera même un objectif à court terme. Prometteuse, cette évolution reste néanmoins soumise à de nombreuses conditions. Les preuves de valeur scientifiques et médico-économiques ne suffiront pas.

### ■ C'est-à-dire ?

**L'adhésion de la population sera un enjeu central,** ne serait-ce que pour éviter de creuser les inégalités sociales. Les aspects culturels et populationnels, nourris par des données en vie réelle, seront déterminants dans la prise de décision. Certains exemples internationaux ne plaident pas en faveur de la généralisation du dépistage organisé du cancer du poumon. Aux Etats-Unis, les meilleurs taux de participation de la population cible sont estimés à 15 %. Sans préjuger de son intérêt ni de son efficacité sur le territoire français,

## « LA PERSONNALISATION DE L'INFORMATION SERA UN ÉLÉMENT DÉTERMINANT POUR RENFORCER L'ADHÉSION »

la prévention reste le premier levier à actionner pour réduire les impacts sanitaires, économiques et sociaux de la maladie. La lutte contre le tabagisme, notamment chez les jeunes, doit être une priorité de santé publique.

### ■ Que pensez-vous de l'opération

#### « Octobre Rose » ?

Cette opération de sensibilisation braque tous les projecteurs sur le cancer du sein. Très largement relayée dans les médias, elle permet de promouvoir le dépistage organisé, mais aussi de diffuser des messages essentiels de prévention. Un temps important doit impérativement être consacré aux enjeux pédagogiques. **Les caractéristiques et les possibilités offertes par ce dispositif doivent être mieux explicitées.** Soyons clairs : il ne permet pas de prévenir le cancer du sein, mais bien de le dépister précocement pour optimiser les chances de survie. Chaque femme doit pouvoir choisir d'y participer ou non, en totale connaissance de cause.

Propos recueillis  
par **Jonathan ICART**

(5) Institut National du Cancer – INCa

Pr Daniel NIZRI,  
Président de la Ligue nationale contre le cancer :

## « FAIRE PLUS ET FAIRE MIEUX, ENSEMBLE ! »

LE PR DANIEL NIZRI POINTE LES FAILLES DU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN. IL RÉCLAME UNE MOBILISATION COLLECTIVE POUR RÉDUIRE LES PERTES DE CHANCE, NOTAMMENT DANS LES MILIEUX DÉFAVORISÉS. IL DÉVOILE ÉGALEMENT SES ATTENTES VIS-À-VIS DES RADIOLOGUES LIBÉRAUX.

*Pr Daniel  
NIZRI,  
Président  
de la  
Ligue  
nationale  
contre le  
cancer*



### ■ Quel regard portez-vous sur les performances du dépistage organisé du cancer du sein ?

Elles sont clairement insuffisantes ! La Ligue partage pleinement le diagnostic posé par l'IGAS<sup>1</sup>, et soutient la plupart de ses propositions. **Le constat est sans appel : le taux de participation diminue constamment depuis dix ans.** Il a même lourdement chuté durant la pandémie, en raison des confinements et des nombreuses fermetures. Cette interruption brutale n'a pas été sans conséquences. Elle s'est traduite par des retards de diagnostic et de prise en charge difficiles à rattraper, tout particulièrement dans les populations fragiles, mais aussi par la découverte de tableaux cliniques dégradés. Une chose est sûre : il n'y a pas

de dépistage organisé sans opérateurs spécialisés. La Ligue déplore l'absence d'un sentiment d'urgence, notamment dans les départements les plus défavorisés, où les résultats sont alarmants. La situation exige une mobilisation générale qui doit permettre de redynamiser ce dispositif essentiel, en impliquant toutes les parties prenantes.

### ■ Quelle est l'utilité réelle de ce « dispositif essentiel » ?

Elle ne fait aucun doute. Ce programme national facilite la détection précoce du cancer du sein et réduit sa mortalité. Le choix de la cible ne se discute pas, au regard des bénéfices et des risques constatés dans la tranche d'âge visée. Trois paramètres déterminants sont néanmoins à considérer : l'évolution de la consommation d'alcool et de tabac, la prévalence de l'obésité et le cumul des doses d'irradiation, accentué dans le cadre des programmes de surveillance rapprochée, notamment chez les patientes atteintes d'un cancer du sein dit triple négatif. La problématique ne se réduit pas au dépistage organisé ni au dépistage individuel, dont les résultats sont plus difficiles à mesurer. Le cancer du sein est la première cause de mortalité par cancer chez la femme. Il faut mener une politique de prévention plus volontariste qui agira plus largement sur les différents facteurs de risque et les principaux déterminants de la santé.

### ■ Dans ces conditions, est-il pertinent d'élargir la cible du programme ?

Avant d'envisager cette éventualité, il faudra être plus efficace sur la cible actuelle. Cette hypothèse ne doit pas être écartée pour autant. Cumulons

(1) « Le dépistage organisé des cancers en France », Inspection générale des affaires sociales (janvier 2022)

les études pour évaluer sa pertinence et sa faisabilité. Il y a d'autres voies de progrès, plus simples et surtout plus immédiates. L'instauration de consultations de prévention, plus longues et mieux rémunérées, permettrait notamment de sensibiliser et d'informer les patientes, et pourquoi pas de les convaincre de participer au dépistage organisé. A plus large échelle, **la promotion de la santé et la prévention doivent devenir des priorités de santé publique**. La Ligue veut être un exemple en la matière. Dans le cadre d'une convention de partenariat avec l'Education nationale, nous tâcherons de renforcer l'éducation à la santé dans les collèges et les lycées, en lien avec les enseignants et sous l'autorité du chef d'établissement, avec le concours d'autres associations.

#### ■ Quelles sont les principales voies de progrès du dépistage organisé ?

Le rapport de l'IGAS est un bon point de départ.

### DÉPISTAGE ORGANISÉ : LA MARQUE DU GRADIENT SOCIAL

48,6 % en 2019, 42,6 % en 2020, 50,6 % en 2021. Le taux de participation au programme national de dépistage organisé du cancer du sein a lourdement chuté durant la pandémie. En grande partie liée à la fermeture des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers et des cabinets de radiologie pendant le premier confinement, cette baisse est observée dans toutes les tranches d'âge et dans tous les départements sur la période 2020-2021. Très insuffisante, la performance globale masque également de profondes inégalités territoriales. Les données de Santé publique France témoignent d'une très faible participation en Ile-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur, soit aux alentours de 36 %. « Le gradient social est le premier marqueur des inégalités de santé, notamment en matière d'accès au dépistage organisé du cancer du sein. Il faut en faire davantage pour ceux qui sont le plus éloignés du soin », affirme le Pr Daniel Nizri, président de la Ligue nationale contre le cancer et président de son comité départemental en Seine-Saint-Denis, où le taux de participation s'élevait à 38,7 % en 2021.

Source : Santé publique France – Chiffres 2020-2021

### « LES RADIOLOGUES SONT LA CLEF DE VOÛTE DU DISPOSITIF. IL N'Y A PAS DE DÉPISTAGE NI DE DIAGNOSTIC SANS LEUR INTERVENTION. »

Tous les acteurs doivent se réunir autour de la même table. Les actions entreprises par les différents protagonistes ne sont pas coordonnées, voire non identifiées. C'est notamment le cas des initiatives menées sur le terrain par les associations de proximité, alors même que les démarches « aller vers » sont indispensables, au regard de l'insuffisante participation des populations les plus vulnérables. Chacun doit jouer son rôle pour améliorer le taux de dépistage, et atteindre rapidement les objectifs fixés dans la stratégie décennale de lutte contre les cancers. Par rapport aux résultats actuels, soit environ une femme sur deux dépistée, nous devons trouver le moyen de gagner dix points, à court terme. La Ligue sera prochainement auditionnée par François Braun, le nouveau ministre de la Santé et de la Prévention, pour faire valoir ses arguments. Mon message est clair : travaillons ensemble pour faire plus et pour faire mieux ! Des structures associatives telles que la nôtre, présentes sur l'ensemble du territoire national, pourraient apporter leur expertise. Il faut impérativement réduire les inégalités territoriales de santé. Un rendez-vous non honoré est un rendez-vous perdu. Le progrès technologique trace de nouvelles perspectives, dont il faut user pour favoriser l'accès au dépistage organisé.

#### ■ Quelles sont vos propositions concrètes pour optimiser ce dispositif, notamment au niveau organisationnel ?

Il n'y aura pas de progrès sans une totale égalité d'accès. De nombreuses patientes n'ont pas le temps ni les moyens de se faire dépister. D'autres sont trop éloignées des centres de référence, en particulier dans les milieux ruraux. **Trois propositions concrètes pourraient leur simplifier la vie** : accroître les heures d'ouverture des cabinets de radiologie, financer les transports sanitaires pour les conduire sur leur lieu de rendez-vous et organiser des gardes d'enfants pour leur libérer du temps. Une réflexion doit être rapidement menée sur ces différents sujets. Des freins culturels devront également être levés. Certaines femmes refusent le dépistage par crainte d'être jugées. D'autres ne savent même pas que cette solution existe. Des actions dites « aller vers » devront être lancées pour informer et sensibiliser les populations, y compris dans les quartiers difficiles, quitte [...]

[...] à trouver des relais de proximité pour faire passer des messages essentiels. Il faut en faire davantage pour les personnes les plus éloignées du soin. Les messages devront être adaptés au public ciblé. L'information portée devra être claire pour toutes et tous.

## ■ Quelles sont vos actions pour inciter les femmes à se faire dépister ?

La Ligue assure la promotion du dépistage organisé du cancer du sein, en informant régulièrement la population sur ses enjeux et son intérêt de santé publique. Nous contractualisons régulièrement avec des partenaires d'envergure pour sensibiliser le grand public et donner plus de poids à nos initiatives. Nous participons également à certaines opérations thématiques comme Octobre Rose. Plus largement, notre action repose sur deux fils rouges : la réduction des inégalités sociales et l'accompagnement des usagers du système de santé, malades ou non. La Ligue regroupe 103 comités, répartis sur tous les territoires. Elle s'appuie sur un réseau de bénévoles, d'élus et de salariés. Nous portons la voix des patients dans les instances nationales et régionales, nous diffusons des messages de prévention et nous sommes force de propositions. Nous ne sommes pas une organisation de santé, mais nous pesons dans le débat public, notamment sur les problématiques liées à la recherche.

## ■ Les radiologues libéraux sont le pilier central du dépistage organisé du cancer du sein. Leur place dans le dispositif doit-elle être renforcée ?

Les radiologues sont la clef de voûte du dispositif. Il n'y a pas de dépistage ni de diagnostic sans leur intervention. Leur implication est totale, mais elle doit être renforcée, notamment en termes de participation. Ils doivent impérativement **réduire les délais de rendez-vous pour éviter les pertes de chance**. Ils doivent également garantir un niveau de qualité équivalent en tout point du territoire national, en respectant la convention et ses usages, notamment en matière de bonnes pratiques. Le temps consacré au maintien et à l'amélioration des compétences ne doit pas être négligé pour bonifier le service rendu. Comme tous les autres acteurs, ils doivent contribuer aux réflexions sur la nécessaire évolution du programme, qui passera certainement par un meilleur partage des données radiologiques.

## ■ C'est-à-dire ?

Les caractéristiques de l'appareil utilisé et les doses équivalentes délivrées lors de l'examen sont maintenant inscrites sur les comptes rendus des radiologues, mais ceux-ci ne sont pas ou peu accessibles sur la durée. Ces informations seraient pourtant très utiles pour optimiser la surveillance

## « LA SITUATION EXIGE UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION PLUS VOLONTARISTE QUI AGIRAIT PLUS LARGEMENT SUR LES DIFFÉRENTS FACTEURS DE RISQUE ET LES PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ »

des patientes dans le cadre du dépistage organisé, mais aussi pour évaluer plus finement la pertinence du dispositif, notamment en matière de nuisance. Dans un souci de transparence et d'efficacité, ces données devraient être automatiquement inscrites dans le dossier médical personnel de la patiente. Elles permettraient de rationaliser les parcours de soins, en évitant les examens redondants et inutiles. Elles permettraient de nourrir la connaissance scientifique, en alimentant des algorithmes ou en facilitant la réalisation des études populationnelles. Elles permettraient aussi d'éclairer la décision des pouvoirs publics.

## ■ Plébiscitée par les radiologues libéraux, la dématérialisation de la seconde lecture est-elle une piste crédible pour améliorer la performance du dépistage organisé ?

C'est une étape indispensable qui permet de rectifier le diagnostic initial avec une efficacité éprouvée et solidement documentée. Les faits sont là : 6 % des cancers du sein sont détectés en seconde lecture. Le sujet de la dématérialisation ne date pas d'aujourd'hui. Lors de son passage au ministère de la Santé, Roselyne Bachelot avait mis cette pratique sur orbite. Quatorze ans plus tard, rien n'a changé... ou presque. Facilitée par le progrès technologique, cette évolution comporte deux avantages décisifs : la rapidité du résultat et la participation accrue des radiologues. Ce serait une boucle vertueuse qui profiterait avant tout aux usagers. Les pouvoirs publics doivent prendre leurs responsabilités. Les radiologues devront se l'approprier.

## ■ 90 % des mammographies de dépistage sont réalisées par les radiologues libéraux. La présence d'un représentant de la profession dans vos instances de gouvernance doit-elle être envisagée ?

Cette évolution n'est pas envisageable. Ce n'est pas un choix délibéré, c'est une question de statut. La Ligue est une association agréée d'usagers du système de santé et de patients, et non pas une organisation de santé en tant que telle. Dans la pratique, nos instances nationales et locales sont composées de bénévoles, dont cer-



tains peuvent être ou avoir été des soignants. Le conseil d'administration national compte déjà des radiologues et des radiothérapeutes. Leur expérience et leur expertise nous sont très utiles. Seule exception à la règle, notre conseil d'administration comporte un collègue des oncologues. Nous avons besoin de ce regard pour exercer pleinement nos missions.

#### ■ Faut-il élargir le dépistage organisé au cancer du poumon ?

La détection précoce du cancer du poumon est un impératif de santé publique. La faisabilité et la pertinence d'un programme de dépistage organisé sont actuellement étudiées, comme le prévoit la stratégie décennale de lutte contre les cancers. Les expérimentations devront démontrer un véritable gain sur la mortalité globale. Elles devront également permettre de déterminer la meilleure cible. Trois critères seront prépondérants dans la décision politique : les bénéfices, les risques et le coût économique du dispositif. Le dépistage n'est pas la seule voie pour lutter contre ce cancer. Il faut agir massivement sur les facteurs de risque de la maladie. Des actions de prévention et de promotion de la santé devront être menées, notamment auprès des plus jeunes. La réglementation et les textes en vigueur devront également

être respectés. La science est formelle : l'arrêt définitif du tabac procure aujourd'hui les meilleures chances de survie.

#### ■ Que pensez-vous du dispositif

##### « Octobre Rose » ?

Octobre Rose est une grande campagne de sensibilisation, à la fois utile et incontournable. C'est un temps dédié pour parler du cancer du sein et déstigmatiser la maladie. C'est aussi un moment privilégié pour nouer des partenariats, recruter des bénévoles et recueillir des dons, qui sont indispensables au bon fonctionnement des associations. Comme chaque année, la Ligue sera très présente sur le terrain. Elle organisera de nombreuses actions dans les territoires, notamment pour promouvoir le dépistage organisé. Aussi important soit-il, cet événement ne doit pas occulter deux vérités essentielles : **les femmes doivent répondre toute l'année aux invitations pour le dépistage organisé du cancer du sein**, pas uniquement en octobre ; la prévention et la promotion de la santé ne sont pas à la hauteur des enjeux de santé publique.

Propos recueillis  
par **Jonathan ICART**

**« LA DISPONIBILITÉ ET LA  
COMPÉTENCE DES RADIOLOGUES  
SERONT DES LEVIERS MAJEURS  
POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS  
TERRITORIALES »**

## DÉPISTAGE ORGANISÉ : L'IGAS POINTE DES RÉSULTATS DÉCEVANTS

Dans un rapport officiellement publié fin mai\*, l'IGAS pointe les résultats « décevants » des trois programmes nationaux de dépistage des cancers, dont les coûts cumulés s'élèvent à 600 millions d'euros par an. Outre une participation insuffisante, l'instance dénonce un pilotage morcelé et peu lisible, mais aussi des failles organisationnelles, notamment du côté des CRCDC. Elle formule vingt-deux propositions pour optimiser le dépistage organisé des cancers du sein, du col de l'utérus et du côlon. Parmi

d'autres leviers, le recours au numérique devra favoriser la mise en place d'une base de données hexagonale et d'un système d'information unique. Autre proposition notable : confier la gestion des invitations et des relances à l'assurance maladie.

(\*) « Le dépistage organisé des cancers en France », Inspection générale des affaires sociales (janvier 2022).

## RÉGIONALISATION DES STRUCTURES DE DÉPISTAGE : QUEL BILAN À TROIS ANS ?

LES CENTRES RÉGIONAUX DE COORDINATION DU DÉPISTAGE DES CANCERS (CRCDC) ONT ÉTÉ CRÉÉS EN JANVIER 2019, RÉSULTANT DE LA FUSION DES ANCIENNES STRUCTURES DÉPARTEMENTALES DE GESTION DU DÉPISTAGE ORGANISÉ (DO) DES CANCERS.



**Michel DEGHAÏE**

Radiologue  
Président du Centre Régional de  
Dépistage des Cancers Ile-de-France

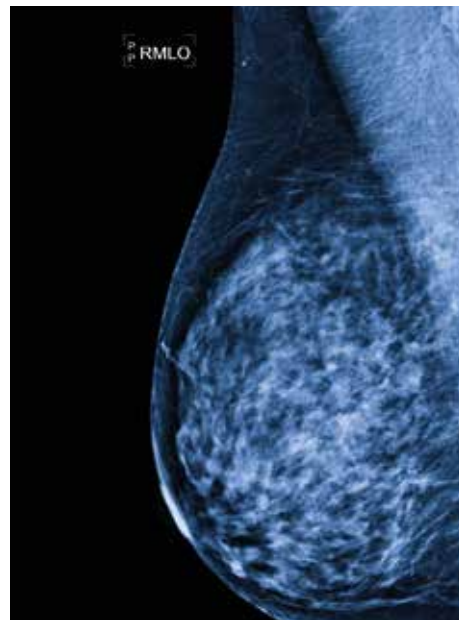
**C**e sont dix-sept CRCDC qui ont vu le jour, en très grande majorité dotés du statut associatif loi 1901, de taille variable selon les régions, modifiant notablement l'organisation du dépistage des cancers en France.

**Les attentes de la régionalisation étaient fortes de la part des acteurs du dépistage** au premier rang desquels les tutelles et les financeurs qui en avaient été les instigateurs. Un certain nombre d'entre nous professionnels de santé avaient alerté sur la complexité de tels projets et avaient dès le départ émis des réserves sur les bénéfices attendus de ces fusions.

Avec un recul de maintenant plus de trois ans, le bilan est pour le moins contrasté pour les tout nouveaux CRCDC comme l'analyse pertinemment l'IGAS dans son rapport sur le dépistage organisé des cancers en France publié en juin 2022.

**Les points positifs** de la restructuration sont surtout d'ordre organisationnel : homogénéisation des pratiques et structuration des process, mutualisation des achats et des contrats avec économies d'échelle, professionnalisation des équipes surtout dans les régions plus importantes et essentiellement pour les fonctions support (ressources humaines, qualité, informatique...).

**Le bilan financier** au bout de trois exercices est beaucoup plus mitigé et va à l'encontre de ce qui était espéré pour la plupart des



centres, la régionalisation n'ayant pas conduit aux économies d'échelle escomptées car si certains postes ont vu leurs coûts réduits, d'autres postes de dépenses ont émergé, qui n'avaient pas été correctement anticipés, conséquence de la taille des structures créées et des obligations réglementaires (CSE, nouveaux emplois prévus aux cahiers des charges, ...). Les tensions sur le financement des centres dans certaines régions sont en partie le résultat d'une allocation insuffisante des budgets initiaux de fonctionnement, reflétant d'une manière plus générale une préparation nationale insuffisante de cette migration au regard des enjeux qui l'attendaient. Enfin, le bilan humain a été lourd pour les équipes et les administrateurs des centres, la migration régionale ayant été très chronophage et démobilisatrice pour ceux qui ne trouvaient pas leur place dans les nouvelles structures.

Durant ces trois ans, **les centres régionaux ont dû et su garder le cap intangible sur leurs missions de santé publique** d'invitation, de suivi et de relance, afin que les restructurations n'aient aucun impact négatif sur les dépistages des populations dont ils ont la charge. Rappelons que les deux missions essentielles des CRCDC sont d'**augmenter les taux de participation** aux trois dépistages et de **favoriser l'accès des populations précaires et vulnérables** à ces dépistages. Il est certainement trop tôt pour faire un bilan post régionalisation vu le faible recul que nous avons au bout de trois ans (les interventions dans les programmes de santé publique ne s'apprécient pas à court terme), et ce d'autant plus que la crise Covid a notablement perturbé la situation. Mais les résultats sont pour tous les dépistages très nettement en deçà des recommandations européennes. Les facteurs en sont multiples, institutionnels, politiques, sociétaux, organisationnels et doivent être recherchés à tous les niveaux et pas seulement des CRCDC comme l'analyse le rapport IGAS. C'est certainement sur l'accès des populations vulnérables et précaires que les CRCDC ont une marge de manœuvre facilitée par la régionalisation qui permet de mutualiser et de catalyser un certain nombre d'actions territoriales dans un « aller vers » qui ne peut être que positif. Concernant la participation globale, il faut être clair. Les trois dépistages des cancers sont encadrés par des cahiers des charges auxquels les CRCDC ont une impérative obligation de se conformer, avec de plus une limitation majeure de leurs budgets de communication décidés au niveau national.

La capacité de progression des centres régionaux est donc plus que tenue en l'**absence d'une véritable stratégie nationale pour le dépistage des cancers** qui manque cruellement aux effecteurs de terrain que nous sommes. La pluralité des financeurs et des intervenants institutionnels pilotant le dépistage organisé des cancers en France (DGS, INCa, AM, HAS, SPF), et l'absence quasi-totale de consultation des CRCDC sur l'évolution stratégique et pratique des dépistages sont des obstacles majeurs à une évolution positive du DO. Aucune réunion de concertation nationale réunissant les différents acteurs n'a eu lieu depuis trois ans. Il est essentiel comme le préconise l'IGAS que soient constitués urgemment **les trois niveaux de comités recommandés**, notamment le comité de suivi national afin que les CRCDC soient consultés et associés à la stratégie de développement du dépistage des cancers. Ce n'est qu'à ce prix que la France pourra mettre en place la véritable politique de santé publique de lutte contre le cancer voulue par le président de la République, déclinée dans la Stratégie Décennale

## **AVEC UN REcul DE PLUS DE 3 ANS, LE BILAN EST POUR LE MOINS CONTRASTÉ POUR LES TOUT NOUVEAUX CRCDC.**

qui fixe à 1 million le nombre d'examen de DO supplémentaires d'ici 2025.

Pour illustrer cette carence de vision stratégique globale, on peut citer l'exemple du **dépistage du cancer du sein dans lequel la place des radiologues est centrale** à tous les niveaux (1ers, 2èmes lecteurs, administrateurs des structures). Les questions sont majeures et toujours non résolues du fait d'une absence déconcertante de décision que nous dénonçons régulièrement, en partie reprises dans le rapport IGAS. **La dématérialisation des données de la deuxième lecture** aurait dû être mise en place déjà depuis plusieurs années et la poursuite de la deuxième lecture sur film est une aberration en 2022 au vu des évolutions technologiques, du déficit en deuxièmes lecteurs, des coûts induits ... Plus largement il faut déplorer l'absence de réflexion nationale concertée sur l'avenir du DOCS : évolution planifiée de la L2 qui prendra plusieurs années, place de l'intelligence artificielle (IA) dans le DO, inclusion de la TMS, dépistage des femmes à risque élevé ... les thèmes sont nombreux. Faute de pilotage, ce sont les CRCDC qui ont mis en place des groupes de réflexion sur l'évolution du DOCS, avec les sociétés savantes, sous la houlette de l'ANCRDC (Association Nationale des CRCDC) ...

Le bilan de la régionalisation est donc mitigé et ne fait que mettre encore plus en exergue les carences de gouvernance. **C'est bien dans une approche nationale et dans la recherche d'une véritable stratégie ambitieuse et affirmée de développement du dépistage des cancers qu'il faut chercher les pistes d'une évolution favorable** au bénéfice de nos concitoyens. Tous les acteurs ont leur place dans cette réflexion, au premier rang les CRCDC. **Les radiologues constamment soutenus par la FNMR doivent conserver, y compris les jeunes radiologues** et même si c'est parfois difficile, tout leur intérêt dans les programmes de santé publique les impliquant directement comme le DOCS et avoir toute leur place dans la réflexion en cours sur les programmes à venir comme le dépistage du cancer du poumon. ●

## CRCDC<sup>1</sup> : BILAN DE MANDATURE

CRCDC AURA : SEULE ENTITÉ RÉGIONALE MISSIONNÉE DEPUIS LE 1<sup>ER</sup> JANVIER 2019 POUR ACCROÎTRE L'EFFICIENCE DU DÉPISTAGE DES CANCERS DANS LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES SOIT 12 DÉPARTEMENTS PLUS LA NIÈVRE.



**Docteur Éric TEIL**  
Radiologue à Chambéry

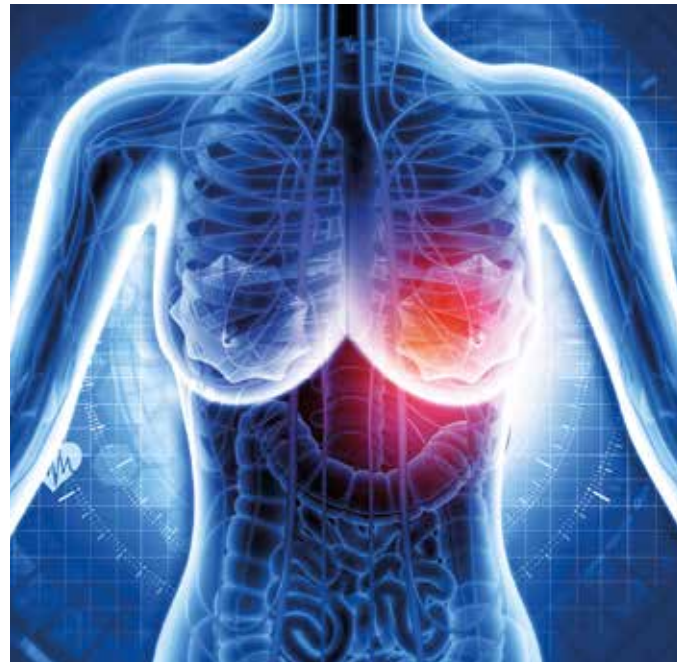
**E**lle est en charge de piloter les programmes de dépistage des cancers du sein, colo-rectal et du col de l'utérus. Cette régionalisation correspondait au paradigme de la disparition des départements au profit des régions. La région Auvergne-Rhône-Alpes a une superficie de 70 000 km<sup>2</sup> pour un peu plus de 8 millions d'habitants. Elle est comparable par sa population à la Suisse, elle est deux fois plus étendue que la Belgique.

**Les objectifs de l'État étaient d'améliorer l'efficacité et le taux de dépistage des cancers** mais par la régionalisation de **réaliser des économies** de structure et de fonctionnement, de limiter le nombre d'interlocuteurs, de réduire les fonds propres des structures de gestion.

Comme pour les conseils régionaux, l'harmonisation sociale et fiscale a majoré les coûts, pas d'économie au final. Au contraire, une augmentation du coût, avec de plus, l'accueil d'un dépistage supplémentaire celui du col. Cette harmonisation sociale et fiscale a mobilisé les ressources de la structure de gestion durant tout le mandat.

Un second événement majeur fut **l'impact de la crise Covid**, avec pour le dépistage du cancer du sein un arrêt de la première lecture mais une seconde lecture qui s'est poursuivie, ce qui a permis le meilleur redémarrage du dépistage du sein post Covid.

Mise en place d'une charte télétravail, comme toutes les structures en post Covid, un renouvellement des équipes s'est produit avec une dynamique et une cohésion d'équipe à retravailler.



Rédaction et validation des nouveaux statuts et règlement intérieur, recalibrage du nombre d'adhérent à l'AG.

CRCDC Aura, c'est plus de 100 salariés, plus de 10 millions d'euros de budget, pôle RH à Saint-Étienne, pôle médical et informatique à Lyon, pôle comptabilité à Clermont-Ferrand, pôle communication à Grenoble, une directrice médicale, une directrice administrative, un bureau composé de bénévoles, trois systèmes informatiques avec RGPD.

En fin de mandat, **des difficultés financières sont prévues sur le nouveau mandat**, le budget n'est pas entièrement alloué par les financeurs, par conséquent les fonds propres se réduisent à

(1) Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers



zéro au fil des années, Une structure qui peut se retrouver dans le rouge, quid de la responsabilité du bureau qui est composé de bénévoles ?

**Pour le premier lecteur**, peu de changement durant ces années, harmonisation de la fiche papier de lecture au niveau de la région AURA plus Nièvre.

**Pour le second lecteur**, une dématérialisation<sup>2</sup> avec des lectures alternées entre L2 de la Nièvre et l'Allier (Montluçon - Nevers), une dématérialisation qui est lancée sur la Loire. La dématérialisation n'a pu se réaliser sur l'est de la région en raison de la clôture du projet de dématérialisation mené par l'INCa. Cette dématérialisation de L2 existait déjà avant 2019 à Clermont-Ferrand (Auvergne), elle n'a pu s'étendre bloqué par l'INCa.

Absence d'harmonisation des frais de déplacement de L2 malgré mes demandes. Projet de recherche en cours de validation, intelligence artificielle pour seconde lecture via Ramsay.

**Que souhaitons-nous** : une simplification de la fiche L1, dématérialisée, un seul compte-rendu qui soit identique entre la fiche de lecture et le compte-rendu patiente.

Une dématérialisation de la seconde lecture qui puisse s'effectuer au cabinet (pas de déplacement) ou au centre de dépistage.

**Nous avons en ligne de mire le dépistage du cancer du poumon et le projet Pandora sur le pancréas.**

Nous sommes à la croisée des chemins :

- On constate un désinvestissement des médecins libéraux dans les structures de dépistage avec, pour la nouvelle mandature, une sur représentation des hospitaliers particulièrement des hospitalo-universitaires. Difficulté de recruter des bénévoles dans le milieu associatif.
- Structure régionale de la taille d'un pays européen Suisse /Belgique, perte de l'identité du département, difficulté de se reconnaître, de s'identifier à une structure d'environ 110 salariés et de 11 millions d'euros de budget.
- CRCDC : Dépistage de trois organes avec une structure de management efficiente mais pyramidale, les radiologues se sentent moins concernés.
- Évolution du dépistage : rapport IGAS, revoir le pilotage et l'organisation des programmes, en particulier en changeant d'échelle dans les ac-

tions d'aller vers et en investissant massivement dans le numérique et la gestion des données.

- Avec cette refonte du dépistage, la professionnalisation des centres de dépistage, un nouveau départ est-il possible pour les radiologues qui savent manager des équipes, gérer des données, travaillent quotidiennement dans le numérique ? Le statut bénévole ne me paraît plus adapté au CRCDC ; professionnalisation des confrères dans ces structures : Indemnisation, formation, reconnaissance. ●

## **UNE STRUCTURE QUI PEUT SE RETROUVER DANS LE ROUGE, QUID DE LA RESPONSABILITÉ DU BUREAU QUI EST COMPOSÉ DE BÉNÉVOLES ?**

(2) Deghaye M. et al. Dématérialisation des Données dans le Dépistage Organisé du Cancer du Sein en France. Bull Cancer (2022). <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.02.019>

Natacha ESPIÉ,  
Présidente de Europa Donna France :

## « LES PATIENTES SONT DES SUJETS, PAS DES OBJETS ! »

NATACHA ESPIÉ DÉTAILLE LES GRANDS ENJEUX DU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN, DONT LA REPRÉSENTATION MENTALE DOIT ÊTRE RECONSTRUITE, EN IMPLIQUANT DAVANTAGE LES PATIENTES ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE PROXIMITÉ. SENSIBILISER SANS CULPABILISER : TELLE SERA LA CLEF.



**Natacha ESPIÉ,**  
Présidente de Europa Donna France

### ■ Que vous inspire le dépistage organisé du cancer du sein ?

Au regard des bénéfices induits, ce programme de santé publique est indispensable. Son intérêt tient au principe même du dépistage précoce. Détecté à temps, le cancer du sein peut être guéri dans neuf cas sur dix. Les traitements sont aussi moins agressifs. La différence entre une tumorectomie et une chimiothérapie est flagrante, notamment en termes de qualité de vie et de survie. **Particulièrement exigeant, le cahier des charges du dépistage organisé présente plusieurs niveaux de garantie** : les radiologues sont agréés, les personnels sont formés, les machines sont contrôlées. La seconde lecture est un garde-fou supplémentaire. De nombreux freins devront néanmoins être levés pour optimiser la performance du dispositif.

### ■ Lesquels ?

Malgré sa gratuité, le dépistage organisé n'a toujours pas permis de réduire les inégalités de santé. **La distance vis-à-vis des centres radiologiques et la disponibilité des praticiens sont deux freins rédhibitoires**, notamment dans les zones rurales. Ces difficultés expliquent, en partie, le faible taux de participation. Il tient également à d'autres paramètres, comme le gradient social ou la connaissance du dispositif. Certaines femmes ignorent son existence. D'autres refusent tout simplement de s'y prêter. Le facteur psychologique

ne doit pas être négligé. Peu de gens souhaitent aller au-devant des problèmes. Les pouvoirs publics devront « aller vers » eux. Les associations de patients aussi.

### ■ Comment inverser ces tendances lourdes ?

La représentation mentale du dépistage organisé doit être reconstruite. **Ce programme de santé publique ne permet pas de prévenir le cancer du sein. Il permet de le détecter précocement** pour améliorer les chances de guérison. Il permet également de réduire la lourdeur des traitements réparateurs. Autre défi sous-jacent : la lutte contre la désinformation devra être renforcée, en particulier sur les réseaux sociaux. Outre les pouvoirs publics et les professionnels de santé, les associations de patients devront y prendre part. Nous devons occuper le terrain.

### ■ Quel sera le rôle des professionnels de santé dans le schéma décrit ?

Les professionnels de proximité devront être davantage impliqués. Ils devront être mieux informés et mieux formés pour promouvoir les bons réflexes et diffuser les bons messages. Ils devront impérativement parler d'une seule voix pour susciter la confiance des femmes éligibles. En première ligne, les acteurs de santé concernés devront faire la pédagogie de ce dispositif, et convaincre leurs patientes de son intérêt. La caution médicale est un puissant levier de persuasion, dont il ne faut plus se priver. **Une chose est sûre : le dépistage organisé doit s'inscrire dans une politique de santé plus globale**, axée sur la prévention du risque sanitaire.

## PAROLES DE PATIENTE\*

« Le diagnostic de mon cancer du sein n'a pas été une surprise. Je le sentais. Je le savais. Je l'avais moi-même trouvé... au hasard d'une autopalpation de routine. La nouvelle est brutale. Elle balaie tout sur son passage. Le temps est compté, l'issue est incertaine, mais il me reste l'espoir. Les conséquences immédiates ne sont pas anodines. Mon statut change subitement. La psychologue devient patiente. Les traitements sont lourds. Les effets secondaires nombreux. Malgré la fatigue et la douleur, je continue à travailler, en horaires aménagés. J'en ai besoin. Mon métier me le permet. Ce n'est pas le cas pour tout le monde. Certaines femmes n'ont pas cette possibilité ni cette envie. Ce choix leur appartient. Il faut le respecter. Dix-huit ans plus tard, tout va mieux. Aucune rechute. Plus aucun traitement. Ma vie est normale ou presque. L'épée de Damoclès est toujours là. Je vis l'instant présent ».

J. I

(\*) Natacha Espié, présidente de Europa Donna France.

### ■ Comment convaincre les plus réticents ?

Le dialogue sera un élément central dans le processus de transformation. Tous les arguments ne se valent pas. Parmi d'autres impératifs, le discours devra être adapté à la cible. Les messages délivrés devront être moins techniques et plus compréhensibles. Quel que soit l'émetteur, **la communication devra être moins culpabilisante et plus engageante**. Même bien informées, certaines personnes ne voudront pas y participer. C'est leur choix. Il faudra le respecter. Chacun doit pouvoir

## « LES RADIOLOGUES LIBÉRAUX DEVRONT BÉNÉFICIER DE MOYENS RENFORCÉS POUR RÉDUIRE LES DÉLAIS DERENDEZ-VOUS ET DE RÉSULTAT »

décider en connaissance de cause. C'est le plus important. Les patientes sont des sujets, pas des objets.

### ■ Faut-il élargir la cible des personnes éligibles pour améliorer la performance du programme ?

**Concentrons-nous, dans un premier temps, sur le respect des objectifs fixés** dans la stratégie décennale de lutte contre les cancers, soit un taux de participation de 70 % sur la cible visée. Traitons ensuite les dommages collatéraux de la pandémie. Les retards de diagnostic et de prise en charge, liés aux fermetures et aux multiples confinements, seront très difficiles à rattraper. Nous n'avons pas fini d'en subir les conséquences. La stratégie décennale prévoit effectivement de requestionner les bornes d'âge du dispositif. Les avantages associés devront toutefois être démontrés. La pratique peut être risquée, notamment en termes de toxicité. La généralisation de mammographies de référence, à des étapes clés de la vie de la femme, me semble être une solution plus appropriée pour réduire les pertes de chance.

### ■ Quelles sont vos attentes vis-à-vis des radiologues libéraux ?

Les radiologues libéraux sont les sentinelles du dépistage organisé. Rien ne serait possible sans eux. Dans l'idéal, ils devraient tous y participer. La profession devra néanmoins bénéficier de moyens renforcés pour réduire les délais de rendez-vous et de résultat. La dématérialisation de la seconde lecture pourrait notamment y contribuer, en libérant de certaines logistiques et matérielles.

Propos recueillis  
par **Jonathan ICART**

## EUROPA DONNA FRANCE, EN BREF

Branche hexagonale d'une association européenne, Europa Donna France exerce trois missions cruciales : informer, militer et accompagner les patientes et leurs proches... pendant et après la maladie. Elle concentre notamment ses actions sur la réduction des inégalités de santé, et plus particulièrement sur les femmes en situation de précarité. « La santé est un bien universel. Toutes les femmes ont le droit à des soins de qualité, sans la moindre distinction ni la moindre exception », souligne Natacha Espié, sa présidente. Très présente sur le terrain, Europa Donna France

organise régulièrement des événements, des groupes de paroles ou des ateliers thématiques pour alerter, sensibiliser et informer sur le cancer du sein. Elle défend également les intérêts des malades auprès des pouvoirs publics. Confrontée à la crise du bénévolat, aggravée par la pandémie, l'association profitera de l'opération « Octobre Rose » pour lancer une campagne de recrutement... et de dons. « Nous manquons de moyens humains, techniques et financiers pour assurer nos nombreuses missions », regrette Natacha Espié.

## « UNE QUESTION DE SURVIE... »

CLAUDE COUTIER QUESTIONNE OUVERTEMENT LES BORNES D'ÂGE DU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN, DONT ELLE POINTE LES LIMITES. ELLE PROPOSE NOTAMMENT D'INSTAURER UN DÉPISTAGE CLINIQUE DE ROUTINE DÈS VINGT ANS, EN IMPLIQUANT DAVANTAGE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE PROXIMITÉ.



**Claude COUTIER,**  
Cofondatrice et Présidente  
du Collectif Triplettes Roses

### ■ Quel regard portez-vous sur le programme national de dépistage organisé du cancer du sein ?

Le dépistage organisé favorise la détection précoce des tumeurs et améliore les chances de survie des patientes. Son arrêt temporaire, au début de la crise sanitaire, coïncide avec l'apparition de tableaux cliniques dégradés et la découverte de cancers de mauvais pronostic. Cette période sombre – et ses conséquences dramatiques – témoignent de son efficacité. Dépisté à temps, un cancer génère moins de complications. Les traitements réparateurs sont aussi moins lourds. La chimiothérapie peut parfois être évitée.

### ■ Quelles sont ses principales voies de progrès ?

Le taux de participation doit impérativement être amélioré pour maximiser le potentiel de guérison. Il faut informer, sensibiliser et convaincre la population cible, et renforcer l'accès au dispositif. Il faut également requestionner les bornes d'âge, comme le prévoit la stratégie décennale de lutte contre les cancers. Les critères d'inclusion doivent être réévalués et élargis, en tenant compte des facteurs de risque liés aux rayons ionisants. La Haute Autorité de Santé doit rapidement se prononcer sur ce sujet. C'est une question de survie.

### ■ Pour quelles raisons ?

L'absence de dépistage organisé avant cinquante ans entraîne des retards de diagnostic et de prise en charge, notamment chez les patientes atteintes par un cancer du sein dit « triple négatif ».

Mal connue et particulièrement agressive en situation métastatique, cette forme de cancer est très largement sous-dépistée en France. Un chiffre emblématique résume la nature des enjeux : 40 % des cancers triple négatif sont dia-

### LE COLLECTIF TRIPLETTES ROSES, EN BREF

Mal connu et particulièrement agressif, le cancer du sein triple négatif touche essentiellement des femmes jeunes, principalement avant quarante ans. Signe particulier : son pronostic est très défavorable en situation métastatique, faute de traitements efficaces. La durée médiane de survie est estimée à quatorze mois... « Le défi consiste à améliorer l'espérance et la qualité de vie des patientes, en attendant l'arrivée de nouvelles thérapies », explique Claude Coutier, cofondatrice et présidente du Collectif Triplettes Roses, qui poursuit trois grands objectifs : faire connaître la maladie et sensibiliser la population sur ses enjeux ; accéder aux traitements novateurs de façon urgente et fournir de nouvelles alternatives thérapeutiques ; soutenir la recherche. Parmi d'autres priorités, cette association veut « faciliter, accélérer et élargir » l'inclusion des triplettes dans les essais cliniques pour optimiser le recours aux médicaments innovants. Dans le cadre de son programme TripletteAccess\*, elle réclame notamment la création d'une plate-forme nationale « simple, fiable et régulièrement mise à jour » pour favoriser l'égalité des chances en tout point du territoire.

(\*) Voir : [www.collectiftripleteresroses.com](http://www.collectiftripleteresroses.com)

## PAROLES DE PATIENTE\*

« L'annonce d'un cancer est un choc brutal auquel personne ne peut être préparé. Dans mon cas, sa particularité a rendu ce moment encore plus délicat. Je ne savais rien ou presque du triple négatif, mais j'avais conscience de son agressivité, décrite par mon médecin. Guidée par un espoir de guérison, je suis immédiatement montée dans le train des traitements. Chimiothérapie. Opération. Radiothérapie. Chimiothérapie... encore. Le parcours n'a pas été simple, mais tout allait pour le mieux. Quinze mois après le diagnostic initial, lors d'une visite de contrôle chez mon oncologue, le mot récidive est lâchée. Mon espérance de vie est estimée à deux ans. La nouvelle est d'une violence inouïe. Une immunothérapie, qui bénéficie d'une autorisation temporaire d'utilisation, m'est alors proposée. Les premiers résultats sont prometteurs. Le traitement ne réduit pas les métastases, mais elles ne progressent plus. Quelques mois plus tard, les dernières conclusions cliniques sont rendues. Le rapport bénéfice/risque est défavorable. Le produit perd son ATU. Il ne sera pas mis sur le marché. Il fonctionne plutôt bien chez moi. Je peux donc continuer à l'utiliser, en attendant l'arrivée d'un nouveau remède. J'ai récemment passé des examens. Tout est stable jusqu'ici, mais je suis toujours en sursis. »

J. I.

(\*) Claude Coutier, cofondatrice et présidente du Collectif Triplettes Roses.

agnostiqués avant quarante ans. Faute d'un accès plus large au dépistage organisé, d'autres moyens doivent être envisagés...

### ■ Lesquels ?

Des gestes simples et salvateurs permettraient de mieux prévenir le risque, comme la généralisation d'un dépistage clinique de routine. Il reposerait sur des autopalpations mensuelles dès l'âge de vingt ans. Il serait consolidé par des visites annuelles chez un professionnel de santé, préalablement formé. Médecins généralistes, gynécologues, infirmiers, pharmaciens, sages-femmes... Tous les acteurs de proximité devront être mobilisés.

### ■ Comment ?

La mise en place de consultations de prévention y contribuerait directement. Ce serait un cadre idoine pour informer et sensibiliser les patientes, notamment sur l'intérêt du dépistage organisé, quitte à prescrire un examen de contrôle en cas de doute. Ce serait aussi un temps dédié pour les former sur les gestes essentiels, comme la palpation. La teneur de la discussion et du message délivré sera prépondérante : il faut impliquer et responsabiliser, sans culpabiliser. La personnalisation de la relation sera un paramètre déterminant pour changer les comportements.

### ■ Quels sont les freins à lever ?

La peur, le déni et la méconnaissance sont des obstacles importants. L'organisation et le financement du circuit de dépistage aussi. Le dépistage du cancer du sein devrait être intégralement pris en charge par la Sécurité sociale, y compris avant cinquante ans. Les pouvoirs publics devront communiquer plus efficacement, et « aller

vers » les populations les plus éloignées du soin. Les moyens alloués aux associations de patients devront également être renforcés. Une chose est sûre : le dépistage précoce doit devenir une priorité de santé publique.

### ■ Quelles sont vos attentes vis-à-vis des radiologues libéraux ?

Les radiologues libéraux sont le pilier central du dépistage. Ils ne se contentent pas de produire un diagnostic. Ils accompagnent les patientes, et les orientent dans le parcours de soins. Conscients des risques, ils doivent davantage s'impliquer. Ils doivent participer plus activement au dépistage organisé. Ils doivent aussi mieux informer la population. Ils doivent surtout réduire les délais de rendez-vous pour faciliter l'accès au dépistage, organisé ou non.

### ■ La dématérialisation de la seconde lecture peut-elle y contribuer ?

C'est une phase de contrôle indispensable qui permet de détecter des tumeurs passées inaperçues en première lecture. Sa dématérialisation pourrait convaincre d'autres radiologues de participer au dépistage organisé, avec deux avantages concrets à la clef : améliorer la précision du diagnostic et réduire les délais de résultat. Au regard des exigences liées à cette pratique, sa généralisation permettrait également d'améliorer leur niveau de compétences. Cette solution ne sera pas un remède miracle pour autant. Il ne remplacera pas le contact humain.

Propos recueillis  
par **Jonathan ICART**

Catherine DEROCHE, sénatrice LR du Maine-et-Loire, et présidente de la Commission des affaires sociales du Sénat :

## « UN IMPÉRATIF DE SANTÉ PUBLIQUE ! »

CATHERINE DEROCHE POSE UN REGARD LUCIDE SUR LE PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN. ELLE PROPOSE ÉGALEMENT DES SOLUTIONS CONCRÈTES POUR AMÉLIORER SES PERFORMANCES, EN INSISTANT NOTAMMENT SUR LE « RÔLE ESSENTIEL » DES ASSOCIATIONS DE PATIENTS.

**Catherine DEROCHE, sénatrice LR du Maine-et-Loire, et présidente de la Commission des affaires sociales du Sénat.**



### ■ Quel regard portez-vous sur le dépistage organisé du cancer du sein ?

Le dépistage est un enjeu de santé publique majeur. Les données épidémiologiques sont formelles : l'incidence des cancers augmente dans tous les pays développés, même après retraitement des effets liés au vieillissement de la population. Première cause de mortalité par cancer chez la femme, le cancer du sein est un véritable fléau. Ses conséquences humaines, sociales et économiques sont particulièrement lourdes. Les bénéfices du programme national de dépistage organisé ne se discutent pas. Ce dispositif facilite la détection précoce des tumeurs. Il améliore le pronostic de la maladie, et contribue à réduire sa

mortalité. Sur la période 2017-2018<sup>(1)</sup>, il a permis la détection de 40 120 cancers du sein, majoritairement à un stade de « bon pronostic ».

### ■ Comment jugez-vous la performance du dispositif ?

La performance globale est clairement insuffisante. Les objectifs en termes de participation ne sont pas atteints. Le taux d'adhésion diminue fréquemment depuis dix ans. Il a brutalement chuté durant la pandémie et ses multiples confinements, non sans générer des retards de diagnostic et de prise en charge, avant de repartir légèrement à la hausse. Nous sommes encore loin des recommandations formulées dans la stratégie décennale de lutte contre les cancers, soit un objectif de 70 %. Délais d'accès aux examens, délais de rendez-vous entre deux mammographies, pourcentage de "perdus de vue"... Le suivi du dispositif est également perfectible. Certains indicateurs clefs, pourtant prévus dans le cahier des charges, ne sont pas régulièrement publiés et sont insuffisamment évalués. Autre limite manifeste : l'organisation du programme de dépistage et la répartition des compétences entre les acteurs sont complexes. Parfois, elles sont même inopportunes. Les CRCDC<sup>(2)</sup> ne peuvent pas exercer pleinement leur mission de promotion et de suivi.

### ■ Quelles sont les principales voies de progrès ?

Plusieurs leviers devront être actionnés pour augmenter durablement le taux de participation. Pour garantir une efficacité maximale, la dé-

(1) « Indicateurs nationaux de performance du programme de dépistage du cancer du sein sur la période 2017-2018 ». Santé publique France (juillet 2021)

(2) Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers – CRCDC.

marque devra être conduite à l'échelon régional. Dans un premier temps, **il faudra identifier les personnes les plus éloignées des soins**, en analysant plus finement et en croisant plus largement les données disponibles. Il faudra également déployer des actions dites « aller vers », adaptées aux problématiques de chaque population. Dans un rapport officiellement publié en mai dernier<sup>3</sup>, l'IGAS<sup>4</sup> pointait des « ressources insuffisantes » en la matière, jugeant les initiatives des CRCDC trop « dispersées, inégales et peu évaluées ». De la même manière, le suivi du dispositif devra être renforcé. Il devra impérativement intégrer tous les indicateurs prévus dans le cahier des charges, dont les délais d'accès aux mammographies. Une chose est sûre : l'organisation de ce programme de dépistage doit encore être améliorée...

#### ■ De quelle manière ?

Complexe et dispersée, l'organisation actuelle implique de nombreux protagonistes. Au niveau national, les responsabilités de chaque intervenant doivent être clarifiées, et le dialogue entre les acteurs renforcé. La nouvelle stratégie décennale de lutte contre les cancers prévoit la possibilité de réunir tous les pilotes des programmes de dépistage. Celle-ci doit être pleinement utilisée pour perfectionner la coordination entre les intervenants. Au niveau local, la distribution des compétences pourrait être réinterrogée, notamment pour s'assurer que les CRCDC concentrent leurs moyens sur leurs missions de coordination, de promotion et de suivi des dispositifs de dépistage. Dans son rapport, l'IGAS recommande notamment de transférer les opérations d'invitation

## CANCER DU SEIN : LES CHIFFRES CLÉS

### Incidence :

58 458 nouveaux cas  
par an – Chiffre 2018

### Mortalité :

12 146 décès par an – Chiffre 2018

### Survie :

88 % à cinq ans – Chiffre 2010-  
2015

### Taux de participation au dépistage organisé :

46,6 % – Chiffre 2020-2021

**NB :** le cancer du sein est le cancer féminin le plus fréquent en France, et représente aussi la première cause de décès par cancer chez la femme. Il fait l'objet d'un programme national de dépistage organisé pour faciliter sa détection précoce et réduire sa mortalité.

Source : Santé publique France

## « LES BÉNÉFICES DU PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE ORGANISÉ NE SE DISCUTENT PAS »

et de relance des femmes éligibles à la Caisse nationale d'assurance maladie. De mon point de vue, c'est une piste intéressante, au même titre que l'implication croissante des médecins généralistes dans le programme, mais aussi de toutes les professions de santé de proximité, en tant que promoteurs et vecteurs de l'information.

#### ■ Quelles sont vos propositions pour augmenter le niveau de participation des femmes concernées ?

**Un bilan circonstancié doit être effectué**, sans avoir peur d'en tirer toutes les conséquences, quand bien même les CRCDC ne seraient pas dimensionnés pour répondre aux missions qui leur sont confiées dans certains territoires. Il est possible de s'interroger sur leurs compétences, à l'instar des tâches d'invitation et de relance, comme sur l'organisation régionale elle-même, à laquelle il pourrait être envisagé de déroger localement. Les CRCDC doivent également être accompagnés, notamment par le ministère de la Santé et de la Prévention, dans leurs démarches « aller vers ». Répertoire de bonnes pratiques, définition précise et harmonisée d'indicateurs permettant d'en évaluer l'efficacité... Les bons outils devront être rapidement mis en place. A plus large échelle, il faudra sensibiliser, communiquer, informer et former toutes les parties prenantes, à commencer par les patientes. Les associations, en tant que relais de proximité, devront bénéficier des moyens nécessaires, mais aussi de la reconnaissance des tutelles, pour réhabiliter le dépistage et convaincre la population de son utilité. Elles seront un élément central dans le processus de transformation.

#### ■ Quel est le rôle du politique en la matière ?

Le politique doit d'abord dresser le constat qui s'impose : **la participation de la population aux dispositifs de dépistage est actuellement insuffisante et déclinante**. Elle se situe très en-deçà de la moyenne et des objectifs observés dans les autres pays de l'Union européenne. Le politique [ ... ]

(3) « Le dépistage organisé des cancers en France », Inspection générale des affaires sociales (janvier 2022).  
(4) Inspection Générale des Affaires Sociales – IGAS

[...] doit ensuite rechercher les solutions permettant d'y remédier, en veillant à ce que les acteurs locaux, notamment les CRCDC, aient les moyens de développer leurs actions de sensibilisation et de promotion du dépistage, afin de toucher les populations les plus éloignées du dispositif. Plus largement, le politique doit attirer l'attention du gouvernement sur la nécessité de mener des programmes de prévention, plus ambitieux et plus volontaristes. Des consultations thématiques devraient être proposées à des périodes charnières de l'existence. Ce serait un temps dédié pour aborder sereinement le sujet du dépistage, dont celui du cancer du sein. Au-delà des médecins généralistes, toutes les professions de santé de proximité pourraient être de précieux relais dans les territoires, sous réserve d'être préalablement formées. La Commission des affaires sociales du Sénat est pleinement mobilisée sur ces sujets. Elle réalise régulièrement des auditions, des missions, des rapports et des recommandations. Nous comptons faire bouger les lignes, notamment lors du prochain PLFSS<sup>5</sup>.

### ■ Faut-il élargir la cible du programme ?

Le périmètre des dispositifs de dépistage ne doit rien au hasard. Sa pertinence doit être régulièrement évaluée sur la base des données disponibles. Cette évaluation se fonde sur plusieurs critères, évolutifs par essence. Ils tiennent notamment à la faisabilité du dépistage, comme l'existence des

## « L'ORGANISATION ET LE SUIVI DU DÉPISTAGE ORGANISÉ SONT TRÈS LARGEMENT PERFECTIBLES »

équipements et des techniques de diagnostic ou d'une phase précoce reconnaissable de la maladie. Ils tiennent également à son intérêt, comme le coût du dispositif ou ses bénéfices thérapeutiques. Pointue, cette analyse scientifique et médico-économique permet de déterminer si les bénéfices attendus, pour la population concernée, surpassent les coûts et les risques associés. Dans le cancer du sein, les bornes d'âge ont été fixées conformément aux recommandations de la HAS<sup>6</sup>. Son dernier avis sur le sujet, publié il y a sept ans, était sans équivoque : les risques associés au surdiagnostic sont supérieurs au bénéfice attendu en termes de mortalité pour les femmes de moins de 50 ans<sup>7</sup>. Une nouvelle saisine, sur ce point précis, serait utile pour vérifier que cette re-

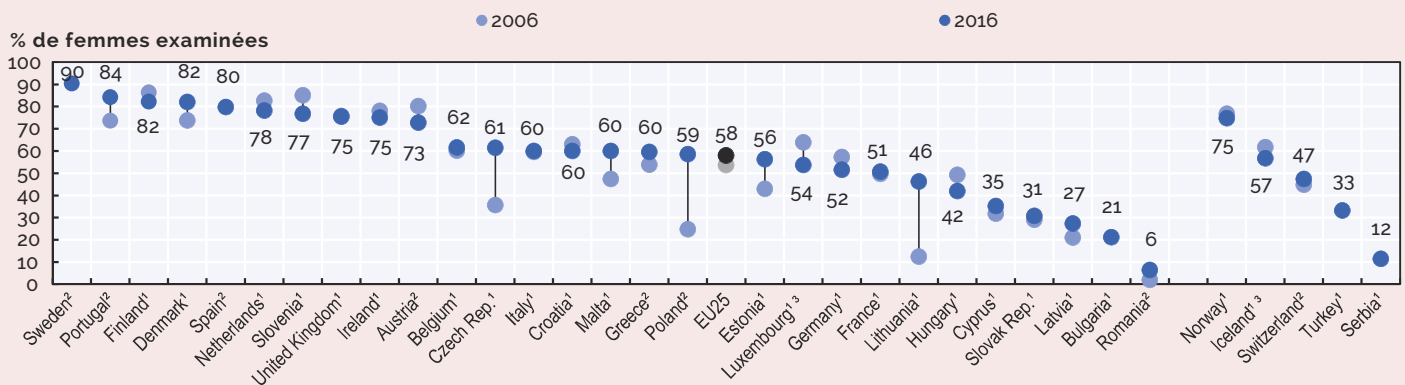
(5) Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

(6) Haute Autorité de Santé

(7) « Dépistage et prévention du cancer du sein », Haute autorité de santé (février 2015).

## COMPARAISONS INTERNATIONALES

### Taux de mammographies datant de moins de deux ans chez les femmes âgées de 50 à 69 ans



(1) Programme de dépistage organisé

(2) Etudes

(3) Moyenne sur trois ans

**NB :** la France se situe à la vingt-cinquième position du classement de l'OCDE qui regroupe 33 nations. Elle se trouve loin derrière la Suède, le Portugal, la Finlande, le Danemark et l'Espagne qui occupent respectivement les cinq premières places. La performance hexagonale est très nettement inférieure à la moyenne observée dans les pays européens. Elle est aussi très éloignée des objectifs fixés par le Conseil de l'UE. Dans une recommandation publiée en décembre 2003, l'instance préconisait un taux de participation au dépistage du cancer du sein supérieur ou égal à 70 %.



commandation demeure conforme aux dernières données médicales. Cette orientation figure dans la stratégie décennale de lutte contre les cancers qui prévoit, plus largement, de requestionner les bornes d'âge du dépistage.

■ **Pilier central de ce dispositif, les radiologues libéraux plaident notamment pour la dématérialisation de la seconde lecture.**

**Quels bénéfices en attendre ?**

**Les radiologues libéraux sont indispensables. Ils jouent un rôle primordial** dans la mise en œuvre du programme national de dépistage du cancer du sein, dont ils sont le visage. Leur avis est également incontournable. **Ils doivent être davantage associés aux réflexions pour améliorer le dispositif.** La dématérialisation de la seconde lecture constitue, à cet égard, une piste ancienne à laquelle les sociétés savantes ont eu l'occasion de contribuer. Un premier appel à projets avait été lancé par l'INCa<sup>8</sup> en 2010. Ce chantier, complexe, n'a toujours pas abouti. Le schéma actuel contraint donc le radiologue de première lecture à transmettre le dossier papier de la mammographie au CRCDC, le radiologue de seconde lecture devant, quant à lui, se rendre dans un centre de référence. Cette organisation est coûteuse pour l'ensemble des intervenants : le radiologue de première lecture doit éditer et transmettre un dossier papier, le radiologue de deuxième lecture doit se déplacer au CRCDC, et ces derniers doivent eux-mêmes traiter, en grande partie manuellement, ce flux important. Les négatoscopes utilisés s'avèrent parfois obsolètes et, désormais, difficiles à maintenir. Un bilan des expérimentations en cours doit être rapidement dressé, afin de déterminer si la dématérialisation, telle qu'elle avait été envisagée, demeure souhaitable. Dans le cas contraire, une réflexion devra être impérativement menée pour adapter le circuit de relecture aux innovations technologiques et assurer l'attractivité de cette fonction pour les radiologues de première comme de deuxième lecture.

■ **Faut-il élargir le dépistage organisé au cancer du poumon ?**

A l'instar des bornes d'âge, **l'élargissement du dépistage organisé à de nouveaux cancers doit faire l'objet d'une évaluation ciblée**, qui devra mesurer le bénéfice médical attendu et le confronter aux coûts et aux risques associés. Cette question est particulièrement importante s'agissant du cancer du poumon. Souvent diagnostiqué tardivement, il est un cancer de mauvais pronostic, et constitue la première cause de mortalité par cancer avec plus de 33 000 décès par an. Grande nouveauté, **la nouvelle stratégie décennale envisage ce nouveau dépistage en évaluant sa faisabilité.** De la même manière,

## « LES ACTIONS DE DÉPISTAGE DOIVENT ÊTRE PENSÉES EN FONCTION DES PARTICULARITÉS DU BASSIN DE VIE »

Les recommandations de la HAS ont récemment évolué, au regard des nouvelles données disponibles. Dans un avis rendu en décembre dernier<sup>9</sup>, elle préconise désormais la mise en œuvre d'une expérimentation en vie réelle pour le dépistage de ce cancer par scanner thoracique à faible dose. Cette expérience devra lever de nombreuses inconnues, dont la définition de la population cible, son efficacité médicale et ses risques... ou encore ses conséquences sur les professionnels de santé et l'organisation des structures de soins, comme la charge de travail induite ou les besoins en matière d'équipement. Appelés à jouer un rôle important dans ce dispositif, les radiologues libéraux devront prendre part à cette évaluation.

■ **Que pensez-vous du dispositif**

**« Octobre Rose » ?**

Octobre Rose est une initiative internationale, déclinée dans de très nombreux pays. C'est un moment privilégié pour parler de la maladie, de son dépistage et de ses traitements, notamment dans les médias. En France, cet événement bénéficie du soutien du ministère de la Santé, de l'Institut national du cancer et des organismes d'assurance maladie obligatoire. Il est également soutenu par les associations de patients, dont la Ligue nationale contre le cancer. De nombreuses opérations sont organisées dans toutes les régions. Cette initiative est un puissant levier pour sensibiliser la population et stimuler le recours au dépistage, organisé ou non, mais elle n'est pas suffisante. Elle doit être associée, tout au long de l'année, à des actions de promotion, déclinées localement et adaptées aux besoins des personnes les plus éloignées du soin. Pour être efficace, elles devront davantage impliquer les professionnels de santé, médecins généralistes en tête. Ces derniers devraient systématiquement vérifier la date de la dernière mammographie d'une patiente éligible et lui prescrire, le cas échéant, un dépistage.

Propos recueillis  
par **Jonathan ICART**

(8) Institut National du Cancer

(9) « Dépistage du cancer broncho-pulmonaire par scanner thoracique faible dose sans injection : actualisation de l'avis de 2016 », Haute autorité de santé (décembre 2021).

## INCA, JE T'AIME MOI NON PLUS !

RÉSUMÉ : DÈS LE DÉBUT DE LA RÉFLEXION À PROPOS DU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN, LES RADIOLOGUES LIBÉRAUX ET LA FNMR ONT ÉTÉ PRÉSENTS ET ONT LARGEMENT CONTRIBUÉ À LA STRATÉGIE DE DÉPLOIEMENT DE CETTE ACTION DE SANTÉ PUBLIQUE. DEPUIS PLUS DE VINGT ANS, LES RADIOLOGUES LIBÉRAUX ASSURENT CE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN, SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE.



**Dr Laurent VERZAUX**  
Expert sénologie de la FNMR

**L'**évolution du cahier des charges tenant compte du développement de la tomosynthèse, de l'impact de l'IA<sup>1</sup> et de l'arrivée de l'INS<sup>2</sup> est une nécessité qui ne peut pas s'envisager sans un espace de réelle concertation avec les radiologues.

Dès les premières expérimentations puis lors de la généralisation en 2004, ce sont les radiologues et en particulier les radiologues libéraux qui assurent plus de 80% des examens de dépistage organisé ou individuel, qui se sont impliqués dans la mise en œuvre du dépistage organisé. Malgré les tensions démographiques que nous connaissons, ils continuent fort heureusement à accompagner les patientes qui ont compris l'intérêt d'un diagnostic précoce et apprécient la

**qualité du dépistage tel qu'il est organisé en France** avec une réponse immédiate au décours de l'examen clinique.

Depuis maintenant dix ans, nous n'avons cessé de demander une vraie concertation entre les acteurs du dépistage dans l'esprit qui a permis l'expérimentation, l'évaluation, l'adaptation et la généralisation au démarrage de la campagne. Nous avons participé à de très nombreuses réunions soit dans le cadre des comités stratégiques et prospectives (CTP) animés par l'INCa<sup>3</sup>, soit au comité stratégique mis en place par la DGS<sup>4</sup>. Nous avons ainsi pu alerter sur la nécessité de la mise en place d'un contrôle qualité pour les appareils de tomosynthèse. Nous avons participé au cahier des charges d'encadrement des expérimentations de la dématérialisation de la L2 en attirant dès 2015

(1) Intelligence Artificielle  
(2) Identifiant National de Santé  
(3) Institut National du Cancer  
(4) Direction Générale de la Santé

l'attention sur les problèmes d'interopérabilité. Nous avons accompagné dans un calendrier très serré la régionalisation des structures de gestion et la constitution des CRCDC<sup>5</sup>.

Malgré cette forte implication, **nous restons très préoccupés par l'évolution de la relation entre les représentants de la profession, l'INCa et la DGS.**

La crise générée par la COVID-19 a perturbé les calendriers, et le comité stratégique de la DGS ne se réunit plus.

Les CTP animés par l'INCa ont été supprimés et n'ont pas été remplacés ce qui là non plus ne facilite pas le dialogue et les échanges avec la réalité de notre exercice quotidien.

La dernière réunion avec les présidents des CRCDC date de décembre 2020, avec un désaccord affiché sur la méthode dite de concertation et les supports de communication.

La seule réponse que nous puissions apporter à cette situation que nous regrettons est de **continuer à assurer et garantir un dépistage de qualité et un accompagnement des femmes dans leur parcours de soin lorsqu'une anomalie est découverte.** Nous attirons l'attention sur les informations que nous pouvons avoir concernant des délais d'un an pour obtenir une mammographie de DO, ou l'absence de respect du cahier des charges avec l'absence d'examen clinique. Nous défendons un programme de santé publique national garant de la qualité et ne souhaitons pas dans ce contexte voir se développer des expérimentations pilotées par les seules ARS.

Nous sommes favorables à une évolution du DO qui doit tenir compte des nouvelles technologies, tomosynthèse et l'IA en particulier mais aussi l'arrivée enfin de l'INS.

Nous sommes très attentifs aux propositions à partir des 22 recommandations émises par l'IGAS<sup>6</sup> dans son rapport. Rapport émanant d'une très large concertation des acteurs sans a priori qu'il faut saluer.

C'est pourquoi nous **souhaitons trouver un nouvel espace de dialogue avec la DGS, l'INCa, l'assurance maladie, l'ANCRCD<sup>7</sup>** dans un cadre rénové qui permette de piloter réellement les programmes avec des mesures effectivement mises en œuvre. ●

**LES RADIOLOGUES LIBÉRAUX  
ASSURENT PLUS DE 80% DES  
EXAMENS DE DÉPISTAGE ORGANISÉ  
(DO) OU INDIVIDUEL.**

---

(5) Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers

(6) Inspection Générale des Affaires Sociales

(7) Association Nationale des CRCDC

## DÉPISTAGES ORGANISÉS DES CANCERS

# RÉSULTATS TRÈS DÉCEVANTS POUR L'IGAS



**Dr Philippe COQUEL,**  
Secrétaire général adjoint  
de la FNMR

**L'**Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), a publié, le 30 mai 2022, un rapport sur le dépistage organisé des cancers en France demandé par le ministre des Solidarités et de la Santé. L'objet de ce rapport est d'évaluer la capacité du dispositif actuel à faire face aux enjeux portés par la stratégie décennale de lutte contre le cancer lancée par le président de la République le 4 février 2021.

En 2019, 3,4 millions de personnes environ ont été prises en charge dans notre pays pour un cancer contre un peu plus de 3 millions en 2015. EN 2018, on dénombrait, 12 148 décès par cancer du sein, 17 117 décès par cancer colorectal et 1 092 en 2015 pour le cancer du col de l'utérus.

Trois dépistages organisés existent en France : Cancer du sein (2004), cancer du côlon (2008) cancer du col de l'utérus (2018).

**Le constat de ce rapport, précis et documenté, est aussi sévère que réaliste.**

Les dépenses globales consacrées à ces dépistages (organisés et individuels) s'élèvent à « environ 600 millions d'euros, en consolidant les dépenses de fonctionnement des différentes institutions, les remboursements de l'assurance maladie et le reste à charge des assurés ».

Les résultats sont qualifiés de « décevants ». « Au regard de ce montant et des enjeux de santé publique, les résultats des programmes restent très en deçà des objectifs assignés ».

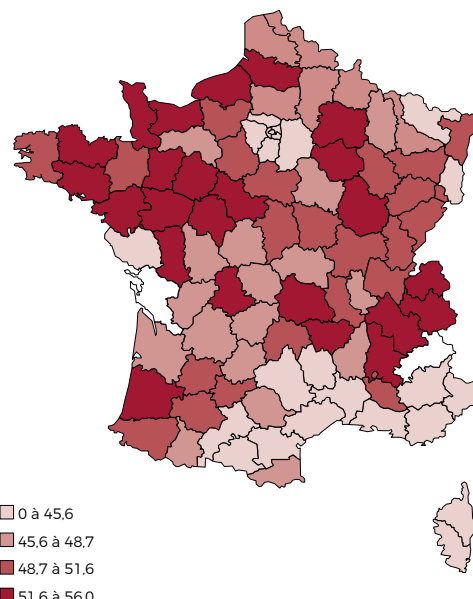
### Résultats décevants

#### Participation trop faible et en baisse

La participation de la population cible aux dépistages organisés stagne, voire baisse depuis 2018-2019. Le taux national français pour le cancer du sein en 2019 est de 42,8 % pour un objectif de 70%. Les écarts territoriaux sont importants (Guyane 17,5 %, Corse 33,1 %, Île-de-France 36,3%, Normandie 52,4 %, Pays de la Loire 52,6 % voir figure 1). La création d'une codification spécifique au dépistage individuel, estimé à 20%, permettrait de connaître précisément ce dépistage, ce qui impossible actuellement.

**Figure 1**

#### Taux de participation au dépistage du cancer du sein 2019-2020



Pour le cancer colorectal, il est de 28,9 % pour une cible de 45 %. Quant au dépistage du cancer du col de l'utérus, le taux de participation (58,2 %) est proche de l'objectif (58,7 %), mais loin derrière l'Irlande, le Royaume-Uni et la République tchèque à plus de 75 %. Les chiffres cités par ce rapport se sont détériorés depuis avec les confinements liés à la pandémie Covid.

**Publication des indicateurs**

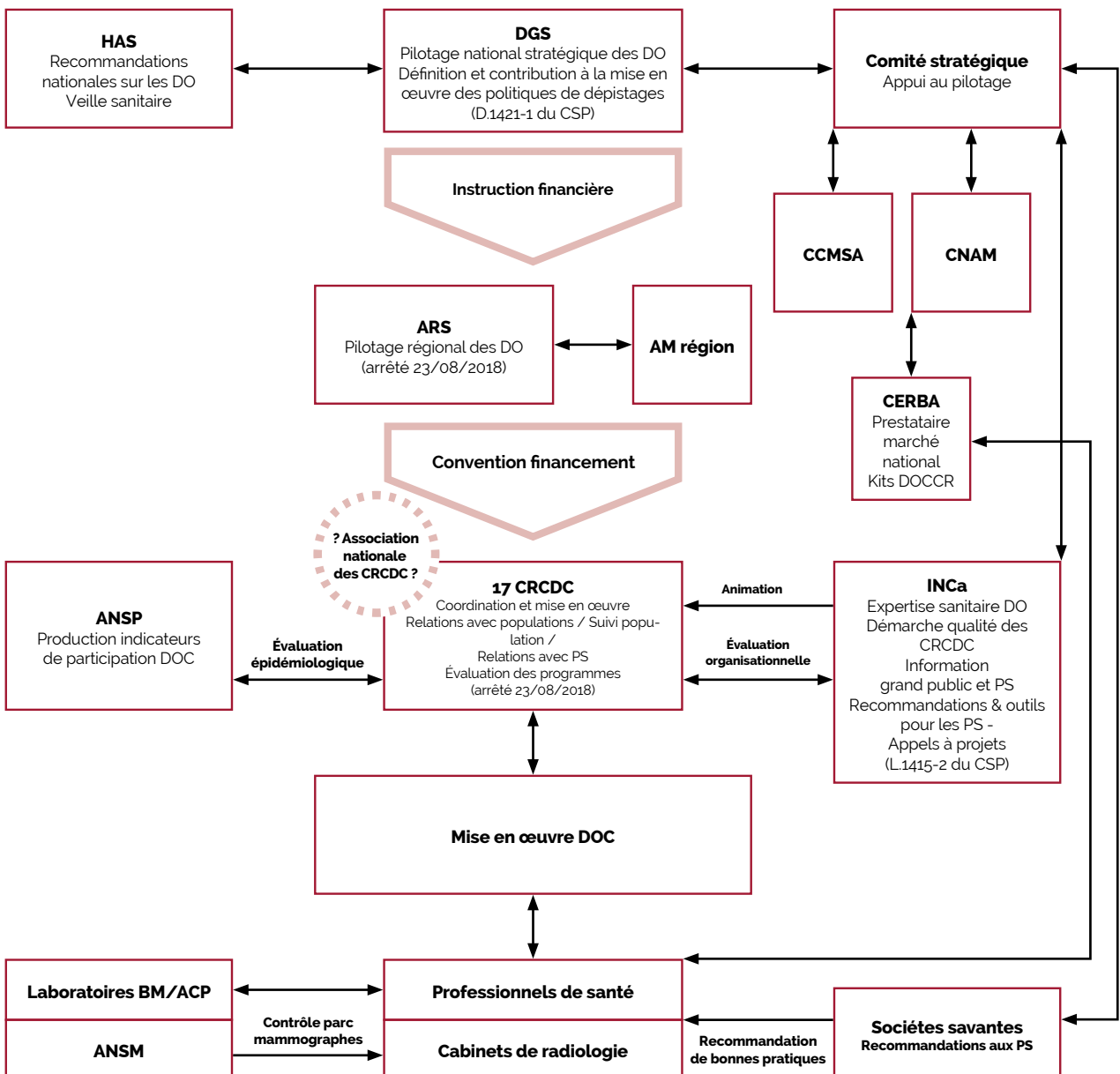
Les indicateurs de qualité prévus par les cahiers

des charges (délais d'accès aux examens, taux de résultats positifs ...) « ne sont pas régulièrement publiés ».

Ils sont pourtant essentiels dans l'évaluation des programmes de dépistage Le pilotage national doit pouvoir s'appuyer sur un nombre limité d'indicateurs stratégiques, non limités au taux de participation aux dépistages et qui permettent d'évaluer en temps réel l'amélioration ou la dégradation de la situation sur le territoire.

[ ... ]

**Figure 2**  
**Organisation du Dépistage organisé des cancers (DOC)**



## [...] **Complexité des modalités de pilotage du dépistage**

Une des raisons invoquées par l'IGAS pour comprendre la faible efficacité des dépistages organisés est **la complexité du pilotage, en rapport avec la multitude des acteurs** et la multiplicité des structures décisionnelles nationales : Direction générale de la santé (DGS), Haute autorité de santé (HAS), Institut national du cancer (INCa), Santé Publique France (SFP), Agence nationale de sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé (ANSM), sans oublier la Commission nationale informatique et libertés (CNIL).

À l'échelon régional, l'agence régionale de santé (ARS), en lien avec la caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM), chapeaute les CRCDC<sup>1</sup>, structures de statut associatif, qui eux-mêmes s'appuient sur les professionnels de santé locaux pour la réalisation pratique des dépistages - Cf figure 2. L'IGAS recommande de simplifier les modalités de pilotage au niveau national des programmes. Elle propose un nouveau comité de pilotage stratégique annuel de la stratégie décennale de lutte contre le cancer qui déciderait des orientations majeures du dépistage, en s'appuyant sur des indicateurs stratégiques et des recommandations actualisées tandis que les autres évolutions « relèveront plutôt d'arbitrages en comité de pilotage opérationnel ». Les acteurs locaux bénéficieraient de plus marge de manœuvres

## **CRDCC : Effectifs insuffisants et manque de certaines compétences**

Il a été assigné aux centres régionaux dédiés aux dépistages des cancers (CRDCC) « huit missions » : en particulier la mise en oeuvre et l'évaluation du dispositif de dépistage, des relations avec la population et avec les professionnels de santé, de la gestion du système d'information, de l'assurance qualité sans oublier la recherche et des expérimentations.

### **Effectifs insuffisants**

**C'est « ambitieux » mais ces différentes missions « ne sont pas priorisées »** et sont mises en oeuvre de façon « hétérogène ». C'est lié notamment à leurs effectifs insuffisants et au manque de certaines compétences. Les CRDCC ont, en dehors des médecins, en moyenne 43 équivalents temps plein (dont 60% des secrétaires et assistants), répartis sur les différents départements des régions. Cinq centres comptent moins de 10 salariés.

### **Fortes tensions entre les CRDCC<sup>1</sup> et le pilotage national**

Les présidents des CRDCC « estiment ne pas être associés aux décisions nationales tout en faisant l'objet de demandes de [compte-rendu] excessives et d'un encadrement trop intrusif, dé-

courageant toute initiative ». « Une majorité des CRDCC met en cause la légitimité et la capacité de décision des pilotes nationaux » et certains présidents de CRDCC « arguent de leur propre légitimité historique et scientifique dans les programmes de dépistage ». De leur côté, « les pilotes nationaux doutent de l'efficacité de certains centres régionaux et de leur propension à accepter le principe même d'un pilotage de leur activité au niveau national ».

### **Régionalisation : échec et occasion manquée**

La régionalisation a conduit à une ré-organisation dont la complexité avait été « largement sous-estimée » et qui a souffert d'un « manque d'accompagnement » mettant au second plan la réalisation des objectifs des centres. Mais, aujourd'hui, les objectifs d'« organisation plus optimale », d'« efficacité de la lisibilité », d'harmonisation des pratiques » semblent « limités », d'après le rapport. En particulier, le fonctionnement encore très départemental et les effectifs insuffisants et majoritairement administratifs limitent les possibilités d'évolution en termes de management des datas, de qualité, de recherche.

- La régionalisation a été « une occasion manquée de remédier aux difficultés structurelles des programmes de dépistage ». Les rapporteurs citent le transfert des invitations au dépistage à la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), activité actuellement très chronophage et coûteuse pour les centres alors qu'ils ont « une valeur ajoutée très limitée sur [cette] mission ». Ce transfert « pourtant inscrit dans les deux contrats d'objectifs et de gestion les plus récents de cet organisme » n'est toujours pas mis en oeuvre.
- De plus « la régionalisation en elle-même n'apportait aucune réponse à la question que posait la stagnation voire la régression des taux de participation au dépistage organisé ». « La régionalisation aurait dû être accompagnée d'un renforcement de la présence sur les territoires pour développer les actions de promotion et « d'aller vers », y compris via la diffusion de supports spécifiques et innovants pour les populations non réceptives aux campagnes d'information actuelles ».

Localement, il est noté également un manque de concertation avec les professionnels de terrain depuis l'arrêt des comités de pilotage opérationnels et l'absence de coordination en région entre les intervenants de la prévention et les professionnels de santé générant des dépenses importantes

(1) Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers

pour une très faible efficacité. D'où des propositions de «repenser les actions des CRCDC», «laisser plus de marge d'action aux acteurs locaux» et de «refonder le pilotage des programmes de dépistage dans le nouveau cadre de la stratégie décennale».

### Absence de mise en œuvre de certaines réorganisations

Depuis leur création, les CRCDC ont été «absorbés par les réorganisations internes», reléguant au second plan la réalisation des objectifs prioritaires de la régionalisation, ainsi que plusieurs réformes structurelles des dépistages qui faisaient pourtant l'objet de décisions déjà anciennes

- Transfert des invitations et relances à la Cnam (cf supra).
- Dématérialisation de la seconde lecture des mammographies (cf infra).
- Constitution d'un système d'information national pour traiter les données recueillies.

L'IGAS recommande de reprendre, au niveau national, en lien avec la direction du numérique en santé ces trois chantiers très rapidement.

L'IGAS réfléchit aussi à confier aux CRCDC le suivi des personnes non intégrées au dépistage et une démarche globale de prévention primaire des cancers.

### Problématique spécifique du dépistage du cancer du sein

#### Qualité des mammographes

En France, nous aimons bien réinventer la roue, en particulier l'ANSM. Au lieu de reprendre intégralement le protocole européen EUREF, l'ANSM a créé un protocole franco-français moins contraignant pour la qualité des images.

Il existe deux niveaux de normalisation pour les mammographes : «acceptable» et «souhaitable», pour les caractéristiques liées à la sensibilité (Conseil européen du 2 décembre 2003).

La décision ANSM du 15 janvier 2020 a abaissé la valeur de la qualité de l'image (seuil de visibilité du contraste) au niveau «acceptable» européen, alors qu'elle était antérieurement au niveau «souhaitable» ce qui a suscité une alerte du Conseil professionnel de la radiologie (G4) au regard d'un risque de sous-détection des cancers qui pourrait intervenir.

Dans le même temps, cette décision a également renforcé les modalités de contrôle de la mise en œuvre de la norme en les alignant sur le standard européen, contrairement aux modalités antérieures qui étaient propres à la France.

L'ANSM a indiqué à l'IGAS avoir fait le choix de l'abaissement au niveau «acceptable» de la

norme pour éviter de compromettre l'accès au dépistage des femmes, dans la mesure où l'application de la nouvelle norme de contrôle aurait mené à l'arrêt de toutes les installations CR et d'une bonne partie des installations DR. Cela signifie qu'une partie significative du parc a, aujourd'hui, une performance inférieure au niveau «souhaitable» européen avec des conséquences directes, pour les femmes, en termes d'inégalités de qualité du DOCCS.

Les premiers résultats de l'application des nouvelles modalités de contrôle ont montré une multiplication par quatre la moyenne annuelle de non-conformités graves entraînant une cessation d'exploitation d'installations de mammographie par rapport à la situation antérieure (Figure 3).

**Figure 3**  
Moyenne annuelle de non-conformités simples, persistantes et graves

	G	P
DMN06	66	221
DMN20	286	111

Les données transmises par l'ANSM sur la base des tests les plus récents confirment que l'application du critère «souhaitable» conduirait :

- d'une part à l'arrêt de la totalité des installations CR (computer radiology) ;
- d'autre part à l'arrêt d'un nombre «difficile à estimer» d'installations DR (digital radiology), car celles-ci pourraient améliorer leur performance en augmentant la dose d'exposition (tout en respectant le critère de dose glandulaire moyenne). Ainsi pour l'IGAS, l'ensemble de ces éléments doit conduire les différents pilotes concernés (DGS, DGOS, CNAM, ANSM, INCa) à planifier, très rapidement, en lien avec les acteurs concernés (syndicats professionnels, sociétés savantes), la nécessaire évolution des installations de mammographies vers le plus haut standard européen afin de continuer à garantir la qualité du dépistage du cancer du sein et à proposer des mesures permettant d'assurer l'égalité en terme de qualité du dépistage sur l'ensemble du territoire. Cette révision de la norme vers le niveau «souhaitable» aura pour conséquence notable l'arrêt de l'ensemble des installations CR, qui étaient encore 211 en 2020 sur les 1 978 installations de mammographie en France (Figure 4).

[ ... ]

**Figure 4**  
**Typologie 2014-2020 des installations de mammographie en France**

Année	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Mammographie numérique	1 827	2 063	2 054	1 997	1 986	1 917	1 978
Installation CR	734	702	625	537	443	299	211
Installation DR	1 093	1 361	1 429	1 460	1 543	1 618	1 767

[...] Rappelons que, par exemple au Canada, la décision d'interdire les CR en dépistage a été prise immédiatement après la publication d'un article dans *Radiology* démontrant leur faiblesse. Simultanément, en France, un lobbying de certains constructeurs a permis de maintenir cette technologie obsolète jusqu'à aujourd'hui.

Le choix de l'ANSM est donc politique : La proximité a été préférée à la qualité et donc la sécurité, conduisant en fait à des pertes de chance comme le souligne Brigitte Seradour dans *Docteur Imago* (2 sept 2022). En résumé les mammographes « acceptables » ne doivent plus être acceptés. La décision dépend de l'ANSM, de la DGS et du ministère. Le problème est strictement identique avec les matériels avec tomosynthèse (cf infra).

### Deuxième lecture

- « Le système de deuxième lecture non dématérialisé est obsolète, non attractif pour les radiologues, coûteux en ressources humaines et financières », souligne l'IGAS estimant le surcoût de son maintien à 10 millions d'euros.
- Les CRCDC doivent assurer une présence territoriale générant d'importants coûts structurels afin de faciliter la venue des radiologues seconds lecteurs et le recueil des clichés de mammographies.
- Le problème, soulevé régulièrement depuis une dizaine d'années par les différents acteurs (CRCDC, sociétés savantes) directement concernés, est urgent et complexe
- Les négoscopes destinés aux CRCDC ne sont plus fabriqués et leur maintenance devient dès lors de plus en plus difficile et onéreuse. Leur obsolescence est programmée à court terme.
- Le bilan des 4 expérimentations, basées sur l'organisation actuelle de la seconde lecture, resterait mitigé et amènerait l'INCa à remettre en question la faisabilité et la soutenabilité d'une généralisation de la dématérialisation selon le schéma initialement envisagé en 2016.
- Néanmoins, pour l'IGAS, « 10 ans après le lancement de la première expérimentation, et dans un domaine où les évolutions technologiques sont très rapides, un choix doit être rapide-

ment effectué sur ce sujet très sensible dans un contexte où les enjeux de dématérialisation de l'imagerie médicale dépassent très largement ceux du dépistage organisé ».

### Tomosynthèse et Deep learning

Un contrôle qualité pour les installations permettant la tomosynthèse a été introduit par la décision de l'ANSM du 15 janvier 2020. Cependant cette technique, présente dans 40 % du parc en 2020, n'est toujours pas autorisée dans le cadre du dépistage du cancer du sein, en l'absence de la recommandation de la HAS, initiée en 2017 et normalement prévue pour fin 2022.

Comme pour la mammographie numérique, le nouveau protocole qualité se base quasiment uniquement sur la dosimétrie et pas sur la qualité d'image. S'il est raisonnable de vouloir abaisser les doses, le principe ALADA (As Low As Diagnostically Acceptable) reste intangible. La diminution de la dose ne doit pas engendrer une qualité insuffisante au diagnostic. La qualité d'image, plus difficile à mesurer, est l'élément le plus important pour la détection des cancers. Or, il existe une dérive importante actuellement permise par l'abaissement des critères de qualité décidé par l'ANSM favorisant certains matériels qui ne seraient pas acceptés au niveau européen. L'étude réalisée par l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) a confirmé la faible qualité de l'image à des doses très faibles (2). Une étude publiée en septembre 2022 souligne les différences de détection selon les matériels (3). Il est donc essentiel, comme l'ont réclamé le G4 et les professionnels impliqués dans le dépistage l'application stricte du protocole EUREF qui privilégie la qualité de l'image et non pas la dosimétrie.

Rappelons que l'interdiction des mammographes analogiques et de certains dispositifs CR a été décidée à la suite d'un taux de détection plus faible des cancers avec ces dispositifs, permis par l'analyse des données des centres de deuxième lecture de l'époque (Voir P Coquel n° 397 de janvier 2016 de la revue).

Le recours éventuel aux outils d'aide au diagnostic basés sur l'intelligence artificielle dans la pratique





de l'imagerie médicale, dont les perspectives sont prometteuses et pourraient permettre à moyen terme le recours à ces outils dans le cadre du dépistage organisé doivent aussi être évalués.

#### Au total :

22 recommandations de l'IGAS pour améliorer l'efficacité du dépistage des cancers et notamment celui du sein qui impliquent une refonte profonde (et rapide) des dispositifs actuels au niveau national et régional.

Le pilotage national doit être simplifié.

Les CRCDC gardent un rôle central mais doivent avoir les moyens pour accomplir les missions qui leur sont attribuées.

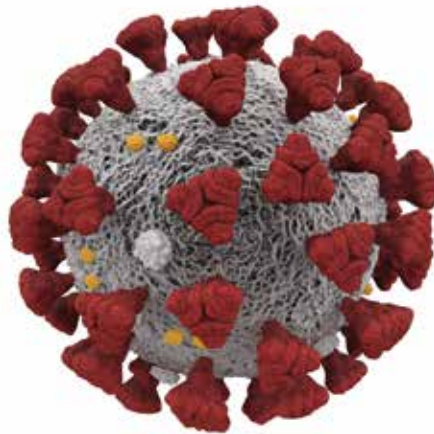
- L'IGAS ne veut pas supprimer les CRCDC et souligne leur « rôle indispensable et difficilement substituable dans plusieurs domaines ».
- Cependant, elle recommande de les réorienter vers leurs missions essentielles pour lesquelles ils ont la plus forte valeur ajoutée impliquant des investissements dans le numérique et la gestion des données.
- Grâce à l'arrêt de la gestion des invitations et à la dématérialisation de la seconde lecture des mammographies, les CRCDC pourraient améliorer les actions « d'aller vers », de suivi, de prévention et de promotion du dépistage auprès des professionnels de santé, actions « *Souvent intéressantes mais trop dispersées, inégales ou peu évaluées* », nécessitant rigueur et harmonisation selon l'IGAS.
- Ne pas réinventer localement des actions, c'est à dire ne pas réinventer la roue.
- La relève du niveau de la qualité exigée des mammographes et matériels de tomosynthèse de « acceptable » à « souhaitable » est indispensable en mettant en œuvre intégralement le protocole EUREP.
- Pour aller plus loin, nous vous recommandons la lecture des 4 articles et de l'éditorial associé, publiés dans le bulletin du cancer en juillet 2022 sous l'égide de Brigitte Seradour, Luc Ceugnart, Isabelle Thomassin, Michel Deghaye et Lucie Veron. (3,4,5,6,7). Dossier très complet et instructif. Nous espérons que l'INCa est abon-

né à cette revue et pourra nourrir ses réflexions de l'état des lieux complémentaire de celui de l'IGAS et des multiples propositions contenues dans ces articles. ●

#### Bibliographie

- 1) Le dépistage organisé des cancers en France, 62 pages avec des annexes, publié le 30 mai 2022 sur le site de l'IGAS [igas.gouv.fr/spip.php?article854](https://igas.gouv.fr/spip.php?article854)
- 2) Révision de la décision ASN sur les niveaux de référence diagnostiques (NRD) en imagerie médicale – Mammographie numérique 2D CR, DR et tomosynthèse AVIS IRSN N° 2021-00193 [irsn.fr/FR/expertise/avis/2021/Documents/decembre/Avis-IRSN-2021-00193.pdf](https://irsn.fr/FR/expertise/avis/2021/Documents/decembre/Avis-IRSN-2021-00193.pdf)
- 3) Impact of tomosynthesis on the evolution of the cancer detection rate in the French National Breast Cancer Screening Program  
C Balamou 1, A Koivogui 2, K Zysman 3, C M Rodrigue 4, R Rymzhanova 5  
Public Health 2022 Sep;210:65-73.
- 4) Seradour B. Programme français de dépistage du cancer du sein : maîtriser les évolutions indispensables. Bull Cancer (2022), [doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.02.010](https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.02.010)
- 5) Ceugnart L, et al. Seconde lecture en dépistage organisé du cancer du sein. États des lieux et perspectives d'évolution. Bull Cancer (2022), [doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.03.004](https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.03.004)
- 6) Thomassin-Naggara I, et al. Intelligence artificielle : Place dans le dépistage du cancer du sein en France. Bull Cancer (2022), [doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.04.008](https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.04.008)
- 7) Deghaye M, et al. Dématérialisation des Données dans le Dépistage Organisé du Cancer du Sein en France. Bull Cancer (2022), [doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.02.019](https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.02.019)
- 8) Veron L, et al. Autres approches en dépistage du cancer du sein, Bull Cancer (2022), [doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.02.006](https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.02.006)
- 9) Philippe Coquel : Rapport de l'INCa sur la performance de la mammographie dans le dépistage organisé des cancers du sein : Quels enseignements ? Quelles perspectives ? Revue du Médecin Radiologue n°387 de janvier 2016.

## COMMENT L'ACTIVITÉ SÉNOLOGIQUE A TRAVERSÉ LE COVID ?



**L**es différentes vagues de Covid ont eu un impact très significatif sur l'activité sénologique. Le 1er confinement, avec d'une part les contraintes d'accueil des patients et de gestion du personnel des centres et de l'autre l'arrêt quasi-total des structures de gestion du dépistage organisé, a conduit à une chute brutale de l'activité au 2ème semestre 2020.

### Un effondrement de l'activité

On voit très clairement l'arrêt quasi-total du DO en avril, avec environ 5 % de l'activité habituelle sur ce mois.

Une autre méthode pour mesurer l'impact du confinement est de comparer les données d'activité mensuelle du dépistage organisé (code CCAM QEQK004) sur les années 2020 et 2021 à 2019 qui sert ainsi d'année de référence.

Le déficit d'activité de 2020 (qui va de mars à juillet) est de 411 099 examens. Il est partiellement compensé par un surcroît d'activité au 2ème semestre (+ 149 784 examens par rapport à la même période en 2019), mais le solde total sur 2020 demeure fortement négatif (- 248 230 mammographies de dépistage). Compte tenu des indicateurs de performance retenus par Santé Publique France, **ce sont potentiellement**

### 15 500 examens positifs qui ont été manqués.

L'année 2021 connaît un rattrapage significatif puisque l'activité montre un solde positif de 129 407 examens par rapport à 2019.

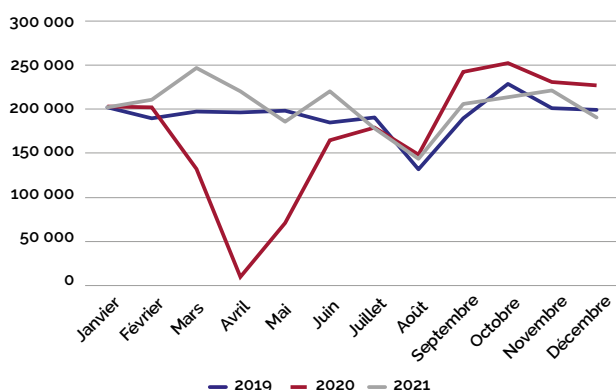
Au global cependant, il manque encore sur les 2 années 118 023 examens de dépistage organisé par rapport à l'année de référence de 2019.

### LE SUIVI DES CANCERS

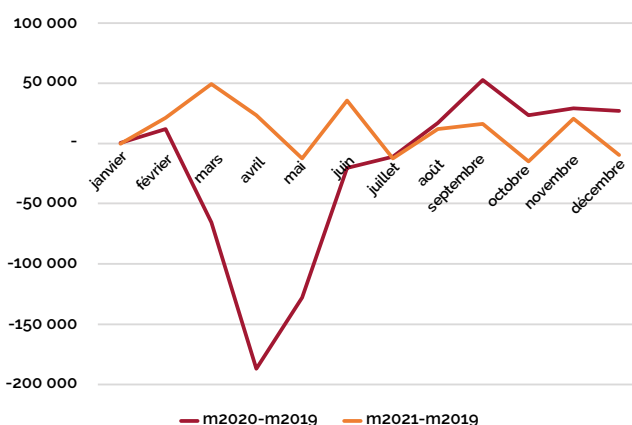
La pandémie a impacté le dépistage, contribuant probablement à ne pas diagnostiquer à temps un nombre important de cancers. A-t-elle également impacté le suivi des cancers ? Nous avons montré sur la base des données Sénolog 2020 que les examens adressés par les oncologues n'avaient quasiment pas diminué en 2020.

En 2021, cette tendance perdure. Deux indicateurs issus de Sénolog permettent de le confirmer : la stabilité de l'adressage par des oncologues d'une part et la circonstance « suivi d'un cancer » de l'autre.

## ÉVOLUTION COMPARÉE DE L'ACTIVITÉ MENSUELLE (GRAPHIQUE N° 1)



## ECART D'ACTIVITÉ PAR RAPPORT AU MÊME MOIS EN 2019 (GRAPHIQUE N° 2)



### Les radiologues ont-ils permis de compenser la baisse brutale du dépistage organisé par du dépistage individuel ?

L'activité habituelle de dépistage individuel représente, dans la tranche d'âge du DO, environ 800 000 examens, soit un 1/3 du DO. Il est donc évident que le DI ne peut à lui seul compenser la baisse du DO. Le DI a cependant permis de limiter l'impact, en se maintenant sur l'exercice 2020 (-1,5 % par rapport à 2019).

Il est intéressant d'ailleurs de constater qu'à l'exception du mois d'avril 2020, où l'organisation des cabinets a été particulièrement impactée par le confinement, les radiologues libéraux se sont très rapidement organisés pour prendre en charge, dans des conditions complexes, les patientes. Au cours du mois de mai 2020, en dépit d'un workflow ralenti par les mesures sanitaires, l'activité des cabinets était en hausse de 20 % par rapport au mois de mai 2019.

A compter du mois d'août 2020, l'activité était excédentaire par rapport à 2019 (+ 59 000 examens). Ce rythme ne s'est pas ralenti lors des confinements suivants, qui étaient il est vrai, moins stricts que le 1<sup>er</sup>. Entre août 2020 et décembre 2021, l'activité en QEQK001 a été excédentaire de près de 80 000 examens par rapport à 2019, ce qui aurait permis d'absorber les 2/3 des examens manquants en DO.

### Un résultat à nuancer

Ces résultats, meilleurs qu'anticipés lors de l'analyse des données 2020, doivent cependant être nuancés, ce que permet de faire - de manière unique - la base de données Sénolog. En effet, Sénolog permet de définir non seulement les actes réalisés mais les motifs pour lesquels ils sont effectués.

## LE DÉPISTAGE INDIVIDUEL (DI) A CEPENDANT PERMIS DE LIMITER L'IMPACT

Nous avons déjà démontré que les examens QEQK001 ne couvrent pas que des examens de dépistage, mais également des examens de suivi. Sénolog nous permet de savoir que dans la tranche d'âge du DO (50 - 74 ans), à peine plus 50 % des examens QEQK001 relèvent d'un dépistage, le reste correspondant à des actes de suivi. Dans cette hypothèse, **le DI n'aurait pas permis de compenser plus de 50 % du déficit de DO** sur la période.

### En conclusion

Nous avons évoqué l'an dernier, sur la base des données 2020 (incomplètes pour la CNAMTS à l'époque) l'hypothèse de 2500 cancers non dépistés en 2020. Ce chiffre est, grâce au rattrapage de l'activité de DO en 2021 et à celle de DI depuis août 2020, dans la réalité, sensiblement inférieur, probablement moitié moindre.

Les radiologues libéraux ont réussi, dans un contexte organisationnel particulièrement compliqué, à maintenir l'activité de DI en 2020 et à l'augmenter sensiblement en 2021, contribuant ainsi fortement à la stabilisation du dépistage et démontrant - s'il en était besoin - **l'intérêt de la complémentarité entre DO et DI dans la tranche d'âge du dépistage.** ●

## « LES SOLUTIONS DE MILVUE SONT TRÈS FIABLES ... ET NOUS FONT GAGNER BEAUCOUP EN EFFICACITÉ ! »

Manuel Blondel est médecin-radiologue au sein du groupe « **Imagerie Médicale d'Arles** ». Il nous expose, au terme de 6 mois d'utilisation, l'usage de la **Milvue Suite** et le bénéfice tiré par un radiologue libéral d'une solution d'intelligence collaborative au quotidien.



*Imagerie Médicale d'Arles regroupe 6 radiologues associés dans 4 cabinets de ville ainsi qu'un centre d'imagerie en coupes, à Arles et Salon de Provence.*

*Le groupe a essentiellement une activité ambulatoire, organisée autour d'un RIS-PACS installé par EDL depuis environ 6 ans.*

*Imagerie Médicale d'Arles a enregistré en 2021 une activité annuelle d'environ 31 000 actes de radiologie conventionnelle et 6600 mammographies.*

*Le Dr Blondel, à l'origine du choix du groupe de se doter d'un outil d'IA, répond à nos questions :*

### **Pourquoi utiliser des outils d'Intelligence Artificielle ?**

*Trois raisons : tout d'abord, il y a la démarche intellectuelle consistant à être acteur de l'innovation en imagerie médicale. Il nous semblait inconcevable de ne pas essayer.*

*Ensuite, se pose la question de la productivité. Dans un contexte de raréfaction de l'offre radiologique, nous sommes doublement impactés. En premier lieu, le nombre de radiologues ne suit pas la croissance de l'activité et notamment de l'échographie qui est fortement consommatrice de temps radiologique. Il en résulte moins de temps disponible pour la radiologie conventionnelle.*

*Mais nous sommes également directement impactés par la téléradiologie, qui ne cesse de se développer.*

*Pour ces raisons, notre activité est de plus en plus contrainte et le workflow devient critique.*

### **Quel workflow a été mis en place ?**

*Au démarrage, la prise en main a nécessité moins de 2 minutes de travail avec notre correspondant PACS. L'ensemble du processus est parfaitement intuitif et cohérent avec notre système d'information.*

*Comme tous les radiologues, nous avons commencé en portant notre propre diagnostic, avant de le comparer aux résultats proposés par l'IA. Mais très rapidement, nous sommes passés à une lecture directe sur les images interprétées par MILVUE.*

*En fait, les algorithmes sont très fiables sur tout le squelette appendiculaire et le poumon.*

*En parallèle, les résultats pathologiques sont notifiés directement dans notre RIS-PACS. Comme nous ne parvenons pas à suivre en*

*temps réel les radiographies réalisées, nous pouvons ainsi privilégier les examens jugés positifs par l'IA.*

*Comme je l'ai déjà indiqué, les résultats cliniques sont très fiables. Du coup, en intégrant bien sûr une vérification systématique, j'estime à environ 50 % le temps gagné sur l'interprétation des radios.*

### **Un outil efficace pour les correspondants ?**

*Nous avons dès l'origine intégré la communication de l'IA vers nos correspondants, qui nous font confiance. Ils nous adressent les patients et nous considèrent aptes à gérer les résultats, avec ou sans IA.*

*L'outil, et notamment l'image récapitulative qui rappelle sur quelles incidences et sur quelles localisations on va trouver des résultats pathologiques, présente donc beaucoup d'intérêt pour les prescripteurs.*

### **Les prochaines étapes ?**

*Nous n'avons pas encore activé le module de mesures automatiques, dont nous attendons également un vrai gain de productivité.*

*A l'occasion des JFR, nous allons découvrir l'âge osseux et surtout le nouveau module de fracture de vertèbres.*

*MILVUE s'est également engagée à nous fournir rapidement les outils d'IA sur le rachis dégénératif. C'est actuellement en radiologie conventionnelle l'examen le plus chronophage, tant en nombre d'images à analyser que pour la production du CR.*

*L'intégration d'un pré-compte rendu, disponible chez MILVUE mais pas encore intégré par EDL, sera dans le domaine du rachis une avancée considérable en matière de productivité.*

### **En conclusion ?**

*Le système est très fluide et fiable. L'envoi des examens est automatisé et le temps de traitement très rapide. Nous n'avons quasiment jamais du support, qui est par ailleurs très proactif.*

*L'intégration déjà réalisée entre EDL et MILVUE est efficace et source d'optimisation de notre flux de travail quotidien.*

*En conclusion, nous aurions de grandes difficultés à faire machine arrière aujourd'hui et à nous passer de tels outils collaboratifs d'aide à la décision radiologique.*



**Parce que MILVUE prône une IA Utile et Accessible à tous les radiologues, bénéficiez d'une étude personnalisée gratuite et profitez de notre offre adaptée aux centres d'imagerie de ville : [contact@milvue.com](mailto:contact@milvue.com)**

# OCTOBRE ROSE 2022

**O**ctobre Rose est un événement particulièrement important pour la Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR).

Le combat contre le cancer du sein est illustré par les **affiches à mettre dans vos salles d'attente**. Cette année, il faut noter la participation d'associations de patientes à la campagne de la FNMR

Ces affiches sont envoyées aux associations de patientes, aux différents acteurs du dépistage, et aux parlementaires afin qu'ils puissent les mettre en évidence dans leurs permanences pour soutenir le dépistage du cancer du sein. **Les médecins ra-**

**diologues sont invités à diffuser largement ces documents** et à insister auprès de leurs élus afin d'amplifier ce mouvement.

Pour le public, la FNMR a actualisé son annuaire & sa carte interactive, des radiologues agréés au dépistage. L'objectif est d'encourager. L'objectif est **d'encourager les femmes à se faire dépister** et de porter de la manière la plus large possible, ce message de prévention tout au long de l'année. Le taux de dépistage reste en effet encore trop faible.

**Les médecins radiologues libéraux ont cette année encore à relever ce défi** : convaincre les femmes de se faire dépister en leur expliquant les bénéfices.



# DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN : NÉCESSITÉ OU CONTRAINTE ?



**L**e dépistage organisé du cancer du sein préconise, depuis 2004, une mammographie tous les deux ans – suivie d'une échographie si nécessaire – à partir de 50 ans et ce, jusqu'à 74 ans.

Quand on sait que le cancer du sein représente presque 60 000 nouveaux cas par an et qu'**une femme sur huit l'a, l'a eu ou l'aura au cours de sa vie**, on ne peut qu'encourager cette politique. Et ce d'autant plus que, détecté à un stade précoce, il peut être « guéri » dans plus de 90% des cas. On estime que le dépistage organisé réduit la mortalité de 15 à 21% et, dans tous les cas, participe à une meilleure qualité de vie en réduisant la lourdeur des traitements.

Au lire de ces chiffres, on ne peut qu'applaudir ce dispositif.

Cependant, le dépistage organisé reste controversé. Trop cher ? Insuffisant ? Mal compris ? Mal observé ?

Les pouvoirs publics espéraient 70% de suivi, alors que l'on n'en compte que 50% – sachant que le dépistage individuel n'entre pas dans ces statistiques.

Comment l'expliquer ?

Personnellement, en tant que présidente de l'Association Étincelle mais surtout en tant qu'onco-psychologue, je ne peux que m'interroger au vu de ce que me rapportent mes patientes, sans avoir la prétention d'y apporter des réponses.

## L'expérience Étincelle

### Femmes jeunes

Étincelle reçoit une population de plus en plus jeune, dont beaucoup de moins de 50 ans. La plupart de ces femmes n'ont pas d'antécédents familiaux, pas de facteurs de risques particuliers; elles découvrent seules la « petite boule ». Certaines ne s'en inquiètent pas immédiatement car, précisément, elles se pensent trop jeunes. Que faire pour cette population en âge de procréer et qui ne bénéficie pas du dépistage organisé ?

Peut-être les inciter à voir leur gynécologue une fois par an, à considérer la palpation comme faisant partie d'une hygiène de vie, au même titre qu'une prise de tension ou une prise de sang ?

Peut-être les initier plus sérieusement à l'auto-palpation ?

Et surtout les informer qu'un cancer du sein pouvant survenir chez des femmes de tout âge, les convaincre de consulter très rapidement en cas d'anomalie sur le sein.

De la même manière, inciter les médecins, gynécologues et autres spécialistes à prendre au sérieux « la petite boule », et à ne pas la confondre, comme c'est trop souvent le cas, avec un kyste bénin, une piqûre de moustique, une boule de graisse, autant de diagnostics faussement rassurants mais qui peuvent s'avérer dangereux... par non-assistance à personne en danger !

### Mammographie complétée par une échographie si nécessaire

Pourtant certains cancers sont découverts à l'échographie alors qu'ils ne se voient pas à la mammographie et surtout sur des seins jeunes...

**Devrait-on faire systématiquement une échographie ?** Mais quid du problème épineux concernant le bénéfice/risque en termes de coût ?

### Les cancers intermédiaires

« À ma dernière mammo, tout allait bien et deux ans après, on m'a découvert un cancer... » Combien de fois ai-je entendu cette phrase. Mais que faire ? Trop de mammographies peut s'avérer dangereux et provoquer des cancers induits par les rayons.

**Une échographie intermédiaire ? Une IRM mammaire ?** Serait-ce suffisant ? Serait-ce efficace ? Mais de nouveau la question se pose du bénéfice/risque en termes de coûts...

### Sur-traitements ou surveillance active ?

Et si, lors du dépistage, on découvre « quelque chose » ? Que faire ? Passer immédiatement aux traitements lourds – chirurgie, radiothérapie, hormonothérapie, voire chimiothérapie ? Ou, selon les cas, mettre en place une surveillance active : mammo, écho tous les trois, six mois ? Le problème étant que l'on n'est jamais sûr de la manière dont la tumeur va réagir. Va-t-elle flamber ? Va-t-elle dormir encore quelques mois ou quelques années ?

### Les plus de 74 ans...

Plus de dépistage organisé pour ces femmes... Et si à 75 ans, on développe un cancer ? Qu'on ne voit pas très régulièrement son gynécologue, précisément parce qu'on est un peu plus âgée ? De ce fait, on laisse traîner avec les conséquences dramatiques que l'on peut imaginer... Le problème étant : jusqu'à quel âge le dépistage ? Toute sa vie ? Et de nouveau la fameuse question bénéfice/risque.

### Les problèmes socio-culturels

Certaines femmes issues de milieux socio-culturels défavorisés ou maîtrisant mal le français peuvent négliger le dépistage et cela pour différentes raisons :

- Elles n'ont pas compris le courrier envoyé
- Elles n'ont pas le temps parce qu'elles travaillent ou doivent s'occuper de leurs enfants
- Elles n'ont pas conscience des dangers de la maladie
- Elles manquent d'informations
- Elles ne prennent pas suffisamment soin d'elles et ne consultent jamais...

Que faire ?

### La peur de l'examen et... du résultat

Que de fois ai-je entendu « J'ai peur d'avoir mal... », « L'attente du résultat est trop angoissante... », « Il n'y a pas de raison, il n'y a jamais eu de cancer dans ma famille et puis je suis en bonne santé... ». Autant de preuves du manque d'information... Comment faire comprendre qu'un cancer avancé

car non découvert à temps sera beaucoup plus dangereux voir mortel certes mais que, surtout, les traitements seront mille fois plus douloureux qu'une simple mammographie ? Comment faire comprendre qu'un cancer dépisté tôt augmentera considérablement les chances de guérison et que les traitements seront beaucoup moins violents ? Comment faire comprendre que cette maladie insidieuse peut malheureusement toucher tout le monde ? Comment faire comprendre que l'attente dans les cabinets de radiologie est normale car l'analyse des clichés est minutieuse et, de plus, ils sont souvent débordés ? Comment inciter les cabinets de radiologies à être plus rassurants, réconfortants alors qu'ils manquent de temps et que la salle d'attente est pleine ? Toute une éducation à faire, oui mais comment ? Avec quels moyens ?

### Et les hommes ?

1% des cancers du sein touche les hommes. Il est souvent plus agressif. Pourtant, pas de dépistage pour eux... Encore une histoire de bénéfice/risque...

### Conclusion

Nous avons la chance de bénéficier du dépistage dans notre pays. Cependant, il pose des questions contradictoires... et suscite des réponses qui le sont tout autant. Il faut que chacun d'entre nous se responsabilise face à sa santé – mais encore faut-il être conscients des enjeux. C'est le travail des professionnels de santé, des associations, des médias de contribuer à informer, éduquer afin d'inciter chacun à prendre soin de soi et de ses proches. Le seul moyen de faire du dépistage une nécessité et non une contrainte. ●



**Catherine ADLER-TAL**  
Président d'Étincelle

**COMMENT FAIRE COMPRENDRE  
QU'UN CANCER DÉPISTÉ  
TÔT AUGMENTERA  
CONSIDÉRABLEMENT LES  
CHANCES DE GUÉRISON ET  
QUE LES TRAITEMENTS SERONT  
BEAUCOUP MOINS VIOLENTS ?**

# LE CANCER DU SEIN

## LE PLUS FRÉQUENT CHEZ LES FEMMES



**L**e cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes avec **59 000 nouveaux cas annuels**. Il entraîne encore 12 000 décès. **Plus le cancer du sein est détecté tôt et plus les chances de guérison sont importantes**. La survie à 5 ans est de 99% pour le cancer du sein détecté à un stade précoce, alors qu'elle passe à 26% pour un diagnostic au stade métastatique, malgré les progrès thérapeutiques.

### Dépistage du cancer du sein

#### Éducation des femmes

Il est important d'éduquer les femmes et de leur faire prendre conscience qu'elles doivent être attentives à leur corps. Toute manifestation physique inhabituelle (douleur, picotement, tiraillement, ...), tout changement d'aspect du sein (déformation du sein, augmentation de volume, rougeur de la peau, rétraction du mamelon, ...), la palpation d'une masse quelles qu'en soient les particularités, un écoulement unilatéral même translucide, l'apparition de ganglions au niveau de l'aisselle doit conduire les femmes à consulter rapidement, **quel que soit l'âge**. L'auto palpation est certes un élément du diagnostic mais ne suffit pas. Ce sont des signes d'alarme qu'il ne faut pas négliger. L'examen des seins fait partie de l'examen clinique annuel à faire chez votre médecin traitant et/ou gynécologue dès l'âge de 25 ans. Aucune femme n'est à l'abri de ce diagnostic. Ne jamais oublier que le risque augmente avec l'âge.

La consultation gynécologique est aussi l'occasion de faire le dépistage du cancer du col, des ovaires, mais aussi de la vulve et du vagin même si ces derniers sont moins fréquents ; elle permet aussi l'examen de l'ensemble de la peau et d'orienter vers le dermatologue si besoin.

Le cancer du sein à un stade débutant est le plus souvent muet cliniquement, et c'est la mammographie qui permet de dépister les lésions. D'où l'importance du dépistage.

#### Le dépistage individuel ou organisé

Le dépistage consiste en une **mammographie** (2 films par sein, face et oblique) complété par un **examen clinique et un entretien avec le radiologue**. Il est parfois, proposé de faire d'emblée une échographie mammaire en complément de la radiographie si la densité des seins le nécessite. Enfin, il est conseillé ensuite d'en parler avec votre médecin traitant (généraliste, gynécologue) qui vous conseillera et vous orientera en fonction des résultats. S'il y a une anomalie (dans la grande majorité des cas, ce ne sera pas un cancer), le radiologue en lien avec votre médecin (gynécologue ou généraliste) fera un **bilan complémentaire** (une échographie mammaire bilatérale, et/ou une IRM mammaire, et/ou une biopsie. Cette biopsie est nécessaire au diagnostic formel de l'anomalie. Votre médecin sera averti des résultats et vous serez orientée rapidement.

S'il n'y a pas d'anomalie, par prudence, une deuxième lecture est organisée auprès d'un radiologue spécialisé en mammographie. Dans le cadre du dépistage organisé la mammographie bénéficie d'une **seconde lecture**, par les radiologues de l'organisme qui promeut le dépistage (par exemple à Paris, ADECA).

Cette double lecture a également lieu en cas de dépistage individuel par les radiologues du centre que vous avez choisi.

Les mammographies et le compte rendu définitif vous seront remis.



## Qui est concerné et comment cela se passe-t-il ?

### Dépistage organisé

Toutes les femmes en France métropolitaine et Outre-mer, entre 50 et 74 ans inclus, peuvent participer tous les deux ans, à un dépistage dans le cadre du programme national de dépistage organisé.

Une lettre de l'assurance maladie les invite à prendre un rendez-vous de dépistage, pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

### Dépistage individuel

Mais toutes les femmes peuvent bénéficier d'un dépistage individuel, si elles perçoivent une anomalie mammaire, surtout si elles sont plus jeunes ou plus âgées.

Dans le cadre du dépistage organisé la mammographie bénéficie d'une **seconde lecture**, par les radiologues de l'organisme qui promeut le dépistage (par exemple à Paris, ADECA). Cette double lecture a également lieu en cas de dépistage individuel par les radiologues du centre que vous avez choisi.

### Rôle de l'association

Europa Donna France, association de patientes qui lutte contre le cancer du sein a été créée en France en 1998, membre de la coalition européenne Europa Donna qui regroupe 47 pays. Elle développe **3 missions principales** : informer, porter la voix des patientes et les accompagner. Elle met en œuvre **10 objectifs majeurs de l'association**.

- Promouvoir la diffusion et l'échange d'informations précises et d'actualité sur le cancer du sein dans toute l'Europe.
- Promouvoir la surveillance des seins.
- Souligner la nécessité d'un dépistage précoce.
- Faire campagne pour l'obtention des meilleurs traitements.
- Demander que soit assuré un soutien psycho-social pendant et après le traitement.
- Plaider pour la formation appropriée de tous les soignants.
- Connaître les traitements performants et promouvoir leur développement.
- Demander l'évaluation régulière de la qualité des équipements médicaux et techniques.
- S'assurer que toutes les femmes comprennent parfaitement les choix thérapeutiques qui leur sont proposés, y compris l'entrée dans un essai clinique, et qu'elles connaissent leur droit à demander un deuxième avis.
- Promouvoir le progrès dans la recherche contre le cancer du sein.

### Vision sur le dépistage, les difficultés, les améliorations à prévoir...

L'association soutient et promeut toute initiative qui vise à améliorer le dépistage (organisé ou individuel)

La période de la pandémie a perturbé le dépistage ; certaines patientes ont annulé ou différé les rendez-vous radiologiques, les cabinets médicaux ont fermé ou diminué leur nombre de rdv, les prises en charge chirurgicales ont été reportées avec, pour de nombreuses femmes, des retards de diagnostics et de traitement qui les ont pénalisées.

Il est fondamental de rappeler à la population, l'importance du suivi gynécologique.

L'offre médicale a elle aussi diminué. Les inégalités territoriales demeurent avec des déserts médicaux ; les médecins traitants et les gynécologues manquent ou n'acceptent plus de nouveaux patients dans de nombreux territoires. Les délais de RDV mammographiques peuvent aussi être très longs.

### Faciliter l'accès au radiologue

De nombreuses patientes pourraient bénéficier d'une journée de dépistage sans prise de rdv. Les réticences devant des délais de rdv retardent les prises en charge. Les plateformes internet ne sont pas accessibles à toutes les femmes notamment les plus âgées.

Une offre radiologique dédiée au dépistage pourrait être envisagée à proximité du lieu de travail ou du lieu d'habitation, près des écoles ou des crèches ou dans des zones commerciales. Une carte des cabinets disponibles pour cette seule journée largement diffusée afin que la majorité des femmes puissent en avoir connaissance, à charge pour les radiologues de s'organiser en amont pour offrir une amplitude horaire qui couvrent les besoins. Cet examen pourrait se faire sur les heures de travail pour faciliter l'adhérence. Cela permettrait de mobiliser certaines femmes réticentes à faire leur mammographie entraînées peut-être par leurs collègues de travail (effet groupe). ●



**Fabienne RENAUD**  
Déléguée Générale  
Europa Donna France

# UN RÉSEAU SOCIAL POUR SOUTENIR PATIENTES ET PROCHES



**L**ancé en juillet 2014 par l'association Patients en réseau, Mon réseau® cancer du sein est un réseau social privé qui facilite le quotidien des malades et de leurs proches face à l'épreuve de la maladie. C'est le seul réseau social exclusivement dédié aux personnes concernées par un cancer du sein à toutes les étapes de la maladie et quel que soit leur lieu de vie et de soins.

**Mon réseau® cancer du sein** est accessible via un site internet ou une application mobile et a pour objectifs de :

- Rompre l'isolement, faciliter l'échange entre pairs
- Comprendre la maladie et ses traitements
- Trouver les informations pour mieux vivre et traverser l'épreuve de la maladie
- Trouver des ressources utiles
- Retrouver des événements en ligne ou en proximité

Patient.e.s et proches forment deux communautés distinctes et sécurisées afin d'offrir à chacun de ses membres la possibilité de s'exprimer librement en toute confidentialité. **Mon réseau® cancer du sein** s'appuie sur un comité scientifique pluridisciplinaire. Par ailleurs, l'association Patients en réseau garantit l'anonymat, la modération et l'accès gratuit aux utilisateurs du réseau.

Au-delà de l'accompagnement des personnes, **Mon réseau® cancer du sein** sensibilise largement aux signes d'alerte, à l'importance de l'auto-palpation, au dépistage organisé, car les malades deviennent des « porte-paroles » des messages de prévention et de dépistage autour d'eux. Des

améliorations restent à envisager pour faciliter le remboursement des mammographies et échographies des jeunes femmes dont les familles ont un risque élevé, faciliter l'accès au dépistage notamment en zones rurales ou sous dotées avec des programmes « mobiles » et sur les lieux de travail.

**Mon réseau® cancer du sein** est aussi engagé dans les évolutions des parcours de soins, notamment l'accompagnement du virage ambulatoire. Il participe à la démocratie en santé notamment par ses interactions avec les institutions (INCA, HAS, etc...). •

# SOROPTIMIST EN ACTION

SOROPTIMIST INTERNATIONAL EST UNE ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE (ONG), AVEC STATUT CONSULTATIF À L'ONU, QUI RASSEMBLE PLUS DE 72 000 FEMMES PROFESSIONNELLES DANS LE MONDE. C'EST UNE ORGANISATION DE FEMMES AU SERVICE DES FEMMES.



**N**ous agissons, en lien avec les Objectifs de Développement Durables définis par l'ONU, dans cinq domaines : l'éducation des femmes et des filles, la santé des femmes et des filles, l'autonomisation et le leadership des femmes et des filles, la lutte contre les violences à l'égard des femmes et des filles, l'environnement et le développement durable.

Nos actions dans le domaine de la Santé, en lien avec les cancers féminins, peuvent prendre plusieurs formes

## Prévention

Organisation de conférences « grand public » pour sensibiliser au dépistage ; marches roses.

Diffusion d'informations sur nos réseaux pour permettre la prise de conscience de certaines urgences, et en particulier la promotion du dépistage systématique du cancer du sein organisé par les médecins radiologues libéraux, afin de donner à toutes les femmes une meilleure chance de soins précoces.

## Soutien financier

- Aides financières pour aider les femmes à se reconstruire (création de cabines socio-esthétiques, financement de prothèses capillaires, soins esthétiques post-opératoires après cancer, sport thérapeutique). Ces aides permettent également aux femmes de reprendre confiance en elles, de se réapproprier leur corps et de se sentir bien, ce qui est loin d'être négligeable à moyen terme dans la lutte globale contre la maladie.
- Financement de formations, notamment en socio-esthétique pour des personnels soignants souhaitant évoluer au sein de leur structure.

**« NOS ACTIONS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ, EN LIEN AVEC LES CANCERS FÉMININS, PEUVENT PRENDRE PLUSIEURS FORMES. »**

- Coup de pouce à des micro-entreprises féminines créant des lignes de vêtements spécialisés adaptés, bien pensés, et féminins.

Conscientes du fait que de nombreuses femmes ignorent les spécificités de ce dépistage organisé (double lecture des images, médecins radiologues obligatoirement formés à ce dépistage), ignorent également que les médecins radiologues, étant prescripteurs, peuvent être directement consultés en cas d'inquiétude, sans attendre d'avoir vu un généraliste, **il nous semble capital de promouvoir ces informations.**

C'est dans cette optique que nous nous associons, cette année encore, à la campagne lancée par la Fédération Nationale des Médecins Radiologues, afin de toucher à travers nos réseaux le plus grand nombre de femmes possible.

Nous pensons également qu'il serait urgent de lancer une campagne sur le dépistage du cancer du poumon chez les femmes, de plus en plus touchées par ce fléau, et nous apportons d'avance notre soutien, et l'appui de nos réseaux, au lancement d'une telle campagne. •



### Béatrice MASSON

Vice-Présidente Soroptimist International France 2021-2022  
Présidente élue Soroptimist International France 2023-2024

# VIVRE COMME AVANT : UNE DOUBLE MISSION



L'association Vivre Comme Avant a une double mission :

**Offrir un accompagnement émotionnel individuel aux femmes soignées pour un cancer du sein.**

Cet accompagnement est réalisé par des femmes bénévoles qui ont, elles aussi, vécu cette maladie, et qui sont formées à l'écoute et à la relation d'aide auprès de malades.

Il intervient à tout moment du parcours de soins (dès le diagnostic, pendant et après les traitements, et même longtemps après) et notamment lors de visites pendant l'hospitalisation, ou en ville, ou lors de contacts téléphoniques.

**Promouvoir le dépistage du cancer du sein**

Cette action consiste à :

- participer à des événements notamment Octobre Rose, au sein des hôpitaux et cliniques, auprès du grand public, des étudiants...
- communiquer les messages-clés de prévention et de dépistage sur notre site internet et sur les réseaux sociaux.

**« NOUS SOMMES CONVAINCUES DE L'INTÉRÊT DU DÉPISTAGE QUI PERMET DE DÉTECTER UN CANCER DU SEIN. UN STADE PRÉCOCE. »**

**10 000**

femmes accompagnées par an

**100**

bénévoles

Une implantation nationale dans **40** villes de France

Une présence dans **70** hôpitaux et cliniques

**+ de 40 ans** d'existence

**Le dépistage sauve des vies et évite des traitements lourds**

Nous sommes convaincues de l'intérêt du dépistage qui permet de détecter un cancer du sein à un stade précoce et de le traiter lorsqu'il est encore peu étendu.

Pour les femmes qui sont concernées, cela va leur sauver la vie et cela va aussi leur éviter des traitements lourds, parfois longs, invasifs, par exemple bénéficier d'une chirurgie du sein partielle et non pas d'une mastectomie totale, ou ne pas avoir de chimiothérapie (La chimiothérapie n'est pas systématique et ne concerne qu'une femme sur deux). Ce sont deux traitements qui peuvent provoquer des effets secondaires et des troubles émotionnels et psychologiques à court et long terme (anxiété, dépression).



### Faire ou ne pas faire la mammographie - Témoignages

Nous rencontrons de très nombreuses femmes, pendant leur hospitalisation, et notamment après une mastectomie, dont le cancer a été détecté lors du dépistage.

- **Certaines ont fait la mammographie**, comme d'habitude, tous les 2 ans. Bien sûr, c'est le choc mais « Heureusement que j'ai fait la mammo, ça a été pris à temps ».
- Pour d'autres, c'est plus compliqué car elles n'ont pas fait de mammographie « J'ai laissé trainer la lettre de la sécu », « J'aurais dû... », « J'ai oublié », « J'avais peur de l'examen, peur d'avoir mal ».

Elles éprouvent alors une forte culpabilité et sont dans une grande détresse. Cette culpabilité peut être accentuée par les mots des proches « Mais pourquoi tu ne l'as pas fait ? ».

- Pour d'autres encore, le Covid a décalé les mammographies de contrôle et malheureusement cela a été détecté avec retard.

### Voici quelques propositions d'améliorations possibles

- Faire des communications avec des messages clairs et simples sur la mammographie elle-même. Cet examen est :
  - Rapide
  - Indolore : la pression ne dure que quelques secondes
  - Ne nécessite pas de préparation médicale avant (comme prendre un médicament, être à jeun, etc.)
  - Se fait sans anesthésie

### C'est une chance de pouvoir en bénéficier

- Communiquer largement sur les statistiques de l'Institut National du Cancer (INCa).  
Sur 1000 femmes qui font une mammographie, 9 auront un diagnostic de cancer du sein :
  - Ces 9 femmes seront prises en charge : cela veut dire qu'elles seront soignées
  - Les 993 autres seront rassurées •



**Annie BROUSSE,**  
Présidente de l'association  
Vivre Comme Avant.

### FAIRE DES COMMUNICATIONS AVEC DES MESSAGES CLAIRS ET SIMPLES SUR LA MAMMOGRAPHIE ELLE-MÊME

# SENOLOG : LE PETIT CLIC PLUS FORT QUE L'INCA

**LORS DE SA CRÉATION, SENOLOG REPRÉSENTAIT UNE AVANCÉE MAJEURE POUR LE SUIVI DE L'ACTIVITÉ SÉNOLOGIQUE EN FRANCE, ET, NOTAMMENT DU DÉPISTAGE.**

**20 ans après, ses missions restent tout aussi importantes :**

- Détermination de l'activité des médecins radiologues leur permettant de justifier de leur activité auprès des CRCDC et des CPAM
- Suivi, sur un plan national de l'activité sénologique et du taux de participation au dépistage. Ceci est d'autant plus important que les chiffres dont dispose l'Inca ont au moins deux ans de retard ce qui ne permet pas de réagir rapidement en cas de baisse brutale, comme on a pu le voir en 2020 lors du Covid.

Une importante refonte technique de Senolog est en préparation. Comme la version actuelle qui nécessite 10 secondes pour être remplie, elle sera tout aussi transparente pour son utilisation par les radiologues.

Collègues radiologues : **Continuez à télétransmettre vos données à Senolog** et expliquez à vos associés son importance pour la profession et le dépistage du cancer du sein.

## SÉNOLOG EN 2021

**S**énolog est un formidable outil d'analyse et de défense de la profession.

Au cours des dernières années, l'équipe Sénolog avait mesuré l'impact du Covid, présenté des données uniques sur la structure de l'activité sénologique en France ou encore redressé la réalité du dépistage du cancer du sein en mesurant le niveau de dépistage individuel (DI) parallèle au dépistage organisé (DO). Deux autres articles présentent des analyses où le croisement des données publiques, peu médicalisées, avec celles de Sénolog permettent d'éclairer des comportements professionnels, ce qui est le but initial d'un observatoire conçu et animé par la FNMR. Mais depuis plusieurs années, l'activité de Sénolog était en baisse régulière.

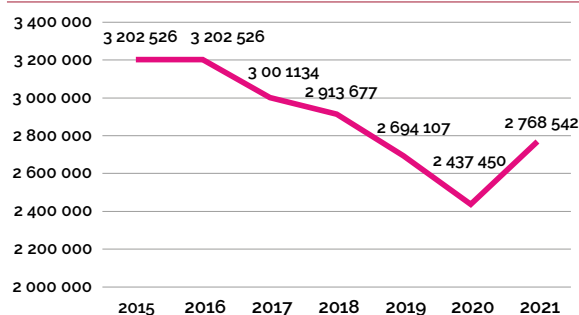
**L'année 2021 a marqué un net rebond.** Moins de radiologues que les années précédentes ont contribué à Sénolog mais ils l'ont fait en masse. 1823 radiologues ont ainsi alimenté Sénolog pour un volume d'activité de près de 2,8 millions d'examen, en hausse très nette par rapport à 2020, ce qui n'est pas très significatif, mais surtout par rapport à 2019 qu'on peut considérer comme la dernière année « normale », non affectée par le COVID. Le graphique n°1 montre l'évolution (tous actes et toutes tranches d'âge confondus) de Sénolog depuis 2015 et le net redressement de 2021.

**L'activité par radiologue demeure toujours aussi disparate.** Si le 10<sup>ème</sup> décile (les 182 radiologues ayant la plus forte activité) traduit une activité moyenne unitaire de près de 3000 examens, 30 % des radiologues répondant ont une activité de mammographie inférieure aux 500 examens attendus. En d'autres termes, l'arrêt éventuel d'activité de ces 560 radiologues - en raison d'une

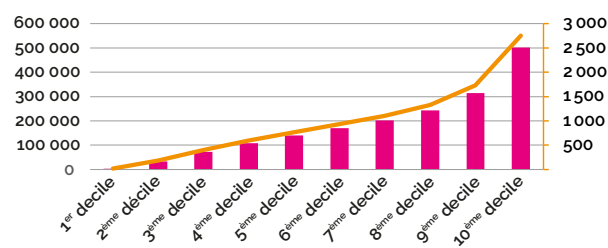
application stricte du cahier des charges du dépistage - n'amputerait l'activité totale que de 6 %.

L'activité est principalement assurée par 4 actes : la mammographie de dépistage QEQK004, l'échographie mammaire QEQM001, la mammographie de dépistage individuel, qui dans la réalité couvre bien d'autres usages QEQK001, et la mammographie unilatérale QEQK005, principalement utilisée pour des actes de suivi. On voit

**ACTIVITÉ ANNUELLE RECENSÉE PAR SENOLOG**  
(GRAPHIQUE N° 1)



**ACTIVITÉ MAMMOGRAPHIQUE 2021 PAR DÉCILE**  
(GRAPHIQUE 2)



cependant apparaître également de plus en plus fréquemment le code YYYY600 lié à l'archivage numérique, mais de manière marginale par rapport au volume recensé par l'assurance maladie.

Sénolog permet également de connaître **la distribution de l'activité par adresseur**. Si les invitations à la campagne de dépistage demeurent largement majoritaires, les médecins généralistes et surtout les gynécologues, notamment pour les femmes les plus jeunes, jouent un rôle considérable.

Il est intéressant de noter que la part des gynécologues, si elle ne représente que 10 % dans l'adressage des femmes entre 50 et 74 ans, correspond à plus de 55 % chez les 45 - 49 ans. Il s'agit d'un point sociologique intéressant. Les gynécologues pilotent majoritairement les femmes avant 50 ans, avec des modalités (association systématique mammo-écho et fréquence rapprochée des suivis) qui sont peu compatibles avec l'organisation du dépistage organisé. A titre d'exemple, les gynécologues n'assurent que 10 % de l'adressage dans la tranche d'âge du DO, mais sont à l'origine de 38 % des associations écho-mammo. Un travail de communication spécifique et ciblée serait sans doute nécessaire pour les femmes basculant dans la tranche d'âge du dépistage du dépistage organisé. Dans cette tranche d'âge, il n'existe que peu de

**UN TRAVAIL DE COMMUNICATION SPÉCIFIQUE ET CIBLÉE SERAIT SANS DOUTE NÉCESSAIRE POUR LES FEMMES BASCULANT DANS LA TRANCHE D'ÂGE DU DÉPISTAGE DU DÉPISTAGE ORGANISÉ.**

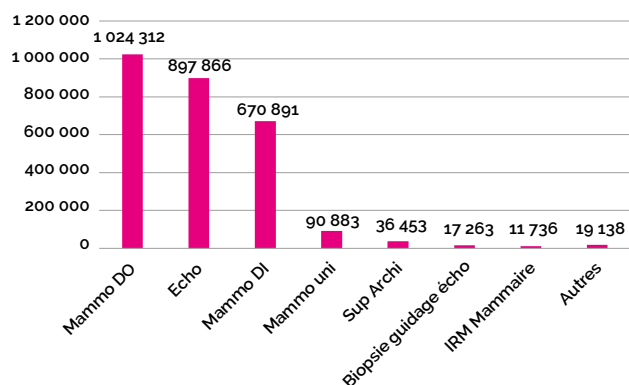
différences en termes de résultat entre les mammographies de DO et celles de DI. Un peu moins d'ACR 1 et 2, deux fois plus d'ACR 3, mais à un niveau somme tout limité.

En revanche, il existe une différence significative - et parfaitement logique - dans les résultats des mammographies unilatérales. 10 fois plus d'ACR 4 qu'en dépistage organisé, 6 fois plus d'ACR 4 et 8 fois plus d'ACR 5.

En conclusion, il faut souhaiter que le rebond enregistré en 2021 se poursuive en 2022. La profession a besoin de Sénolog pour convaincre qu'elle assure bien le dépistage du cancer du sein, dans des conditions qui n'ont que peu de relations avec celles dans lesquelles le système a été conçu. C'est une des conditions pour envisager la généralisation d'autres dépistages, notamment le cancer du poumon.

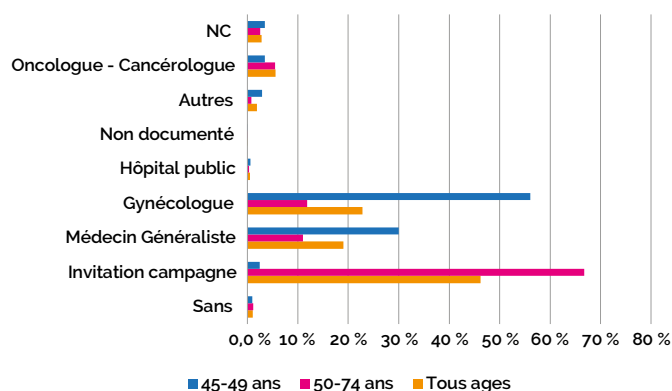
**DISTRIBUTION DES ACTES EN 2021**

(GRAPHIQUE 3)



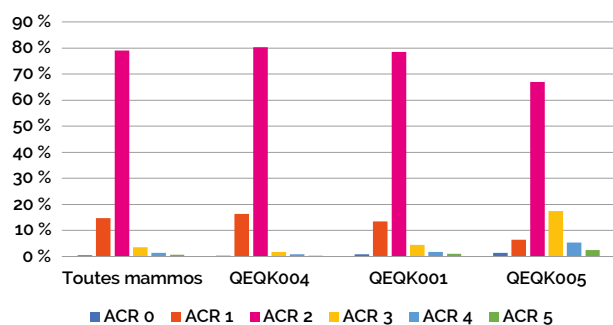
**ADRESSAGE DE L'ACTIVITÉ PAR CATÉGORIE (DONNÉES 2021)**

(GRAPHIQUE 4)



**DISTRIBUTION DES ACR PAR TYPE DE MAMMOGRAPHIE (TRANCHE D'ÂGE 50 - 74 ANS)**

(GRAPHIQUE N° 5)



**L'adaptabilité des radiologues et leur implication en santé publique a été démontrée**, notamment au cours des deux dernières années, où ils ont contribué à maintenir un niveau élevé de prise en charge, dans des conditions rendues extrêmement complexes par la pandémie. Seul l'outil Sénolog permet d'objectiver cette implication : il est plus que jamais nécessaire à la profession.



# SÉNOLOG ET LE PILOTAGE PAR L'INCa<sup>1</sup> DU DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

## PREVENTION



**L**e dépistage organisé (DO) du cancer du sein a été instauré en 2004. A l'origine, l'ambition était d'avoir 70 % des femmes de la tranche d'âge enrôlées dans le DO. A l'occasion du plan cancer de 2013, cet objectif a été réduit à 65 %.

**L'objectif de volume n'est pas seulement un enjeu de santé publique**, il est également économique. La France consacre environ 230 M€ au dépistage du cancer du sein. Le coût d'un cancer dépisté dans le cadre du DO est d'environ 14 000 €. Plus la participation baisse, plus le coût unitaire d'un cancer dépisté devient élevé. Ces montants restent faibles par rapport au coût total de traitement du cancer du sein, estimé à 6 Mds € en 2022 (contre 4 Mds en 2004)

A partir de 2018, l'Institut National du Cancer modifie son approche pour permettre une meilleure prise en compte de la démarche de dépistage individuel (DI). En effet, les femmes dans la tranche d'âge du dépistage (50 - 74 ans) peuvent choisir à leur guise le programme de dépistage organisé, tous les deux ans sur la base des invitations adressées par les structures de gestion, ou un dépistage individuel, à un rythme et des modalités qui leur sont propres.

### CHOIX DES ACTES ET SECTEUR CONVENTIONNEL

L'une des différences majeures entre les deux actes QEQK004 (Mammo de dépistage) et QEQK001 (Mammo bilatérale) est l'opposabilité du tarif. Les dépassements ne sont pas possibles sur le code QEQK004 alors qu'ils le sont sur le code QEQK001. Les radiologues en secteur 2 privilégient souvent le dépistage individuel. Ils réalisent environ 23 % des mammographies de DI dans la tranche d'âge 50 - 74 ans, alors que leur contribution dans les mammographies de DO n'est que de 12,7 %.

La coexistence des différents secteurs conventionnels est donc un facteur déterminant dans le choix des modalités d'activité entre dépistage organisé et dépistage individuel.

Rappelons ici les quelques différences entre les deux approches : la mammographie de dépistage organisé fait l'objet, pour tous les examens classés ACR 1 ou 2, d'une relecture systématique par un radiologue expert. Elle est prise en charge à 100 % sur la base d'un examen tous les deux ans. La mammographie de dépistage individuel est réalisée par un radiologue remplissant les conditions d'activité et d'équipement. Elle est prise en charge avec un ticket modérateur et aucune 2<sup>ème</sup> lecture n'est réalisée à titre systématique.

**Au-delà du choix, se pose le problème de la mesure, qui provient de plusieurs sources hétérogènes.** Sur le dépistage organisé, Santé Pu-

(1) Institut National du Cancer

(2) Haute Autorité de Santé

(3) HAS, questions-réponses sur le dépistage du cancer du sein



blique France fait état de 2,7 millions de femmes dépistées, alors que dans le même temps l'Assurance Maladie recense 1,7 Million de QEQK004 dans la tranche 50-74 ans.

L'assurance Maladie recense également des QEQK001, ce que ne fait pas SPF. Mais tous les actes QEQK001 ne sont pas bien entendus des mammographies de dépistage individuel. Historiquement, la Haute Autorité de Santé<sup>2</sup> considère que le DI représente environ 10 % des mammographies réalisées entre 50 et 74 ans<sup>3</sup>.

Mais alors que le case-mix entre QEQK004 et QEQK001 évolue régulièrement, ni l'INCa, ni l'Assurance-Maladie, ni l'INVS<sup>4</sup> ne disposent en fait d'informations cliniques sur le partage, derrière le code CCAM QEQK001, entre des mammographies de dépistage et des actes de suivi.

**Sénolog dispose des codes circonstances des actes réalisés** et il est donc possible de définir quel est le pourcentage des actes de dépistage dans les QEQK001. 6 circonstances ont été retenues depuis l'origine dans Sénolog :

- Le dépistage organisé
- Le dépistage individuel
- Suivi d'une pathologie connue (autre que cancer)
- Suivi d'un cancer du sein
- Symptôme clinique
- Repérage

Le tableau ci-après montre la répartition des actes selon leurs circonstance de réalisation.

	QEQK001	QEQK005	QEQK004
DO	4,12%	6,51%	98,69%
DI	56,27%	15,16%	4,51%
Suivi de pathologie	4,00%	29,10%	0,19%
Suivi de cancer	35,05%	39,03%	0,73%
Symptôme	0,49%	3,68%	0,22%
Repérage	0,07%	6,52%	0,01%

La mammographie individuelle est utilisée à plus de 60 % par des actes de dépistage, la mammographie de dépistage organisé à près de 99 % par le DO, et la mammographie unilatérale à près de 70 % par des actes de suivi.

**Une meilleure prise en compte de la réalité du dépistage en France, permise par Sénolog**

Si on retient l'hypothèse basse de 60 % de mammographies de dépistage en QEQK001, il conviendrait d'ajouter 330 000 mammographies de dépistage individuel aux données collectées par l'INVS, ce qui ferait remonter le taux de cou-

**LA QUESTION DE LA REPRÉSENTATIVITÉ**

Sénolog n'est malheureusement pas utilisé par tous les radiologues. Se pose alors la question de sa représentativité statistique. Les actes recensés dans Sénolog représentent respectivement 46 % des QEQK001 et 63% des QEQK004 recensés par l'Assurance-Maladie, ce qui assure une base solide.

De fait, les zones de moindre représentativité de Sénolog correspondent aux grands centres urbains, là où le secteur 2 est prééminent. A titre d'exemple, à Paris, la mammographie de DI représente 80 % de l'activité des radiologues (186 076 sur 233 832 mammographies).

Il en résulte que l'activité réelle de dépistage individuel avec le QEQK001 est probablement sous-estimée par Sénolog.

verture à 57 % (contre 50,6 %). Cela demeure encore insuffisant au regard de l'objectif de 65 % de taux de couverture, mais c'est un signe encourageant, au moment où le modèle de dépistage organisé donne quelques signes d'essoufflement.

**PLUS LA PARTICIPATION BAISSÉ, PLUS LE COÛT UNITAIRE D'UN CANCER DÉPISTÉ DEVIENT ÉLEVÉ**

**Sénolog permet également de mieux comprendre le suivi des femmes déjà diagnostiquées pour un cancer.**

L'année 2021 marque une forme de rattrapage dans le suivi des cancers. Si le nombre de mammographies recensées par Sénolog pour des suivis de cancer augmente relativement peu (275 441 en 2019, 268 475 en 2020 et 271 707 en 2021), le délai de la dernière mammographie a tendance à évoluer de manière significative. Les suivis à 2 ans et à 3 ans augmentent respectivement de 18 % et 32 %, alors que la part des suivis à un an (la très grande majorité des suivis) diminue de 3 % environ. Faut-il y voir une forme de « rattrapage » par rapport à des actes qui n'auraient pas été réalisés en 2020 à cause du COVID ? ●



(4) INstitut de Veille Sanitaire

## LA FNMR SAISIT LES PARLEMENTAIRES

La pénurie de manipulateurs est ressentie dans toutes les régions aussi bien dans le secteur public que dans les cabinets libéraux. Dans les régions, les responsables de la FNMR militent pour que les conseils régionaux (en charge de la formation des DTS) et les écoles de manipulateurs augmentent le nombre de places. La FNMR lance aussi une action auprès des parlementaires européens et français et des ministères concernés pour faire adapter les équivalences de diplôme afin que des manipulateurs européens puissent venir travailler en France.



Paris, le 7 septembre 2022

Madame,  
Monsieur,

Nous nous permettons de nous adresser à vous pour vous faire part d'un problème de plus en plus aigu que nous rencontrons depuis un certain temps dans notre pratique professionnelle.

Le problème se pose pour tous les radiologues de France, aussi bien dans le secteur public que privé.

Nos services et cabinets de radiologie ont besoin, comme vous le savez, de manipulateurs (MERM : Manipulateurs en Électroradiologie Médicale qui nécessite une formation de BAC+3) pour fonctionner.

Il manque aujourd'hui 1200 manipulateurs dans le secteur libéral, soit 12 % des effectifs libéraux et vraisemblablement autant dans le secteur public. Ce déficit s'accroîtra à court terme avec les autorisations d'Équipements en Matériels Lourds (EML) - accordées et prévues par les Agences Régionales de Santé, non encore installées - et à plus long terme avec les 10 000 départs à la retraite de MERM (sur 30 000 postes) dans les 10 ans qui viennent.

Les services de radiologie des hôpitaux publics comme les cabinets libéraux de radiologie se voient aujourd'hui contraint de fermer des plages d'activité par manque de manipulateurs, voire même de différer l'installation d'équipements nouvellement installés. Il en découle, bien évidemment, un allongement du délai d'obtention de rendez-vous d'exams radiologiques pour les patients.

Des manipulateurs en radiologie européens pourraient être intéressés pour travailler en France. Hélas, leur diplôme n'est pas reconnu dans notre pays. La raison est que leur formation ne comprend que la radiologie diagnostique alors que les manipulateurs français sont formés à la radiologie diagnostique ainsi qu'à la radiothérapie et à la médecine nucléaire.

Nous souhaiterions que, comme pour les autres diplômes paramédicaux et les médecins, la France accorde l'équivalence pour la seule radiologie diagnostique aux diplômes européens de MERM. Cela permettrait de soulager les trois secteurs (radiologie diagnostique, médecine nucléaire et radiothérapie).

En vous remerciant d'avance de l'attention que vous porterez à notre requête, nous vous prions d'agréer nos salutations les meilleures.

Fédération Nationale des Médecins Radiologues  
168 A, rue de Grenelle - 75007 Paris  
Tél. : 01 53 59 34 07 - info@fnmr.org

fnmr.org   



Solution  
**DeepUnity  
Suite**

# PACSonWEB

**RATIONALISER L'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE GRÂCE À DES TECHNOLOGIES INTELLIGENTES, ISSUES DU CLOUD POUR DES RÉSULTATS PLUS EFFICACES, PLUS RAPIDES ET PRÉCIS.**

Développé et déployé dans le cloud, PACSonWEB vous offre tous les bénéfices du cloud en imagerie : la diminution des coûts de fonctionnement, le diagnostic et la diffusion à distance, une collaboration accrue avec des échanges en temps réel.



Portail médecin  
et patient



Visualisation optimisée  
sur appareils mobiles



Plateforme  
sécurisée



Solution économique  
à faible coût

RETROUVEZ DEDALUS AUX **JOURNÉES  
FRANCOPHONES DE RADIOLOGIE**

**Du 7 au 10 octobre 2022**

Palais des congrès  
de Paris

**JFR2022**

Stand  
**127**



# L'UTILISATION NOUVELLE D'INSTRUMENTS FINANCIERS DANS L'IMAGERIE MÉDICALE



**Farid OMARJEE**  
Expert-Comptable  
Commissaire aux comptes  
Auditeurs Associés



**M<sup>e</sup> Sidonie HILL**  
Avocat au Barreau de Paris  
Docteur en droit  
Salès, Testu, Hill,  
Henry-Gaboriau & Associés  
Association d'Avocats au Barreau  
de Paris

La structuration juridique et financière des groupes d'imagerie médicale n'a cessé d'évoluer. Le modèle d'organisation sous forme d'association de praticiens, régie par une convention d'exercice en commun, communément appelée « Société de Fait » (SDF), adossée à une Société Civile de Moyens (SCM) pour la gestion des ressources nécessaires à l'activité, a laissé peu à peu la place à une organisation sous forme de Société d'Exercice Libéral (SEL), ou de structures commerciales pures (Société à Responsabilité Limitée - SARL ou Société par actions simplifiée - SAS) pour la gestion des plateaux techniques d'imagerie lourde.

En instituant les SEL par la loi du 31 décembre 1990, le législateur a ouvert la possibilité aux professionnels libéraux d'utiliser le cadre des sociétés commerciales. Si les premières SEL étaient sous forme de SEL à responsabilité limitée (SELARL) - avec un collège de gérants-associés - les SEL par actions simplifiée (SELAS) permettent une plus grande souplesse en matière d'organisation de la gouvernance, sujet fondamental eu égard à l'évolution constante de la taille des groupes d'imagerie médicale. De ce fait, les structures ayant d'autres formes juridiques devraient également être amenées à trouver leur place, compte tenu de leurs caractéristiques propres.

En outre, **le contexte actuel de l'imagerie médicale libérale évolue**. L'arrivée de nouveaux acteurs, combinée aux difficultés de recrutement de nouveaux médecins, a imposé des réflexions sur la répartition entre le revenu du travail et le revenu du capital pour les médecins exerçant au sein des structures. S'il n'est pas simple d'arriver à un équilibre parfait entre ces éléments, il n'en demeure pas moins qu'ils constituent des éléments d'attractivité pour l'intégration de nouveaux médecins. En clair, les groupes d'imagerie médicale doivent préserver le revenu du travail du radiologue tout en offrant une possibilité d'accès au capital à de nouveaux radiologues dans un contexte de valorisation inflationniste.

Si la mise en place d'opérations de refinancement (ou OBO - Owner Buy Out), facilitées ces dernières années par un accès aux crédits à faible coût, a permis de favoriser les rapprochements et l'intégration de nouveaux médecins, le contexte macroéconomique actuel implique de nouvelles contraintes : hausse des taux d'intérêt, hausse des coûts énergétiques et du prix des machines, allongement des délais de livraison, augmentation de la masse salariale...etc. Ces éléments rendent plus complexe la mise en place d'opérations de refinancement, tout en assurant une préservation des revenus du travail et du capital.

Dans ce contexte, **l'utilisation novatrice de certaines mécaniques, permettrait à des groupes souhaitant rester financièrement indépendant de disposer d'un instrument leur permettant d'ouvrir un accès à leur capital à de nouveaux radiologues entrants**, dans des conditions nouvelles. C'est dans cette optique que la mise en place de Bons de Souscription d'Actions (BSA) pourrait être réalisée dans les SEL d'imagerie médicale, ayant la forme de société par actions.

## 1. Définition des BSA

Les BSA sont des titres permettant à un bénéficiaire de souscrire une ou plusieurs actions (le « sous-jacent ») d'une société émettrice, à un prix

fixé au préalable. Le bénéficiaire du BSA peut, pendant une période déterminée lors de l'attribution du bon, souscrire aux actions de la société émettrice, auxquelles le BSA donne droit, à un prix fixé au moment de l'attribution du bon (lequel peut être fixe ou déterminable).

Le bénéficiaire souscrit donc dans un premier temps à un bon, lequel donne droit de souscrire à une action, dans les conditions fixées lors de l'attribution du bon (le bon peut également être attaché à une action préalablement émise, on parle alors d'ABSA).

Lors de l'émission des BSA, la société émettrice établira un contrat d'émission qui définira :

- Le prix d'émission du BSA : c'est-à-dire le prix d'acquisition des bons (techniquement, le prix de souscription de ces derniers) ;
- La nature du sous-jacent : c'est-à-dire la nature du titre auquel le bon donne droit. Cela peut être une ou plusieurs actions, y compris des actions de préférence (par exemple une action à droits financiers particuliers) ;
- Le délai d'exercice : c'est-à-dire la période de souscription des actions auxquelles les bons donnent droit ;
- Le prix d'exercice du BSA : c'est-à-dire le montant que le porteur du bon devra verser pour souscrire à l'action à laquelle le bon donne droit ;
- Les conditions auxquelles peuvent être soumis la souscription ou l'exercice des bons.

## 2. Utilisation des BSA

### 2.a les BSA comme moyen de financement - sans changement capitalistique immédiat

Le mécanisme en deux temps des BSA (souscription du bon d'abord, puis exercice du bon) permet à la société émettrice de bénéficier de liquidités extérieures sans que son capital ne soit modifié immédiatement et sans créer de la dette. En outre, l'émission des bons ne donnera pas lieu à l'ouverture d'un droit à dividende ou à une quelconque rémunération en capital, pour le titulaire du bon.

**L'augmentation de capital, avec son effet dilutif des associés, est différée dans le temps.**

### 2.b les BSA et effet de levier

Le contrat d'émission fixe à l'avance le prix d'émission du bon ainsi que son prix d'exercice. Le cumul des deux correspond au prix de revient déboursé par le bénéficiaire du bon pour devenir pleinement actionnaire de la société. Le prix de revient qui résulte des éléments fixés au jour de l'attribution du bon, peut dans les faits, être inférieur ou supérieur à la valeur réelle du sous-jacent, au jour de l'exercice du bon par le bénéficiaire.

En dehors de cette logique financière, le contrat d'émission fixera également les conditions d'exercice du bon qui peuvent être liées à des performances financières de la société émettrice, à une

## LES GROUPES D'IMAGERIE MÉDICALE DOIVENT PRÉSERVER LE REVENU DU TRAVAIL DU RADIOLOGUE TOUT EN OFFRANT UNE POSSIBILITÉ D'ACCÈS AU CAPITAL À DE NOUVEAUX RADIOLOGUES

évolution de son périmètre d'activité (obtention d'une nouvelle autorisation d'équipements lourds par exemple) ou à la réalisation d'une opération capitalistique. Ils peuvent également servir de mécanisme dit de Ratchet, offrant ainsi la possibilité de mettre en place des moyens de corriger la valeur d'actions qui auraient été antérieurement souscrites par le bénéficiaire.

**Du fait de l'accès différé au capital qu'ils permettent, ils devraient également trouver leur place en tant que mécanisme d'intégration de nouveaux médecins au capital des structures,** de manière échelonnée. Ce faisant, ils permettent d'offrir aux bénéficiaires de la visibilité sur leur entrée au capital et sa progression, ainsi qu'un investissement échelonné dans le temps, dans des conditions devant toutefois tenir compte des risques de requalification mentionnés ci-dessous.

### 3. Aspects fiscaux des BSA

Pour la société émettrice, l'émission du bon donne lieu à la perception de sommes inscrites en haut de bilan, sans que celles-ci ne soient taxées. En cas d'exercice du bon, il s'agira d'un apport ordinaire avec des effets identiques à celle d'une augmentation de capital.

Pour le bénéficiaire du bon, s'agissant de valeurs mobilières, les plus-values issues de la cession directe des BSA ou de la cession ultérieure des actions issues de l'exercice des BSA sont imposables au prélèvement forfaitaire unique (PFU) de 30%, ou sur option au barème progressif de l'impôt sur le revenu. Ils ne peuvent toutefois être logés dans un PEA.

A noter qu'il existe des risques de requalification par l'URSSAF, des plus-values générées par l'exercice des BSA en « complément de salaire », de sorte que, en résumé, les valeurs fixées au moment de l'attribution des bons et leurs conditions d'exercice ne doivent pas apparaître comme un moyen mis en place pour rémunérer indirectement les médecins bénéficiaires des BSA, mais bien comme un instrument capitalistique.

Ainsi, dans un environnement en pleine évolution et soumis à des contraintes économiques plus fortes, **la mise en place d'un mécanisme favorisant l'intégration de nouveaux médecins au sein du capital des SEL par actions permettrait de maintenir le développement des structures qui souhaitent demeurer indépendantes.** ●

## ELECTION DÉPARTEMENTALE

### ● HAUTE LOIRE

■ **Le Syndicat Départemental de Haute Loire a procédé aux élections de son Bureau le 2 septembre 2022 :**

Président : **Dr Jean-Louis FALCON** - Le Puy-en-Velay

Vice-Président : **Dr Yves ROULLAUD** - Le Puy-en-Velay

Trésorier : **Dr Thierry CHOMETON** - Brioude

Coordinatrice : **Dr Jodie SCHMIT** - Le Puy-en-Velay

### ● MORBIHAN

■ **Le Syndicat Départemental du Morbihan a procédé aux élections de son Bureau le 8 septembre 2022 :**

Président : **Dr Eric CHEVALLIER** - Vannes

Secrétaire Général : **Dr Philippe OILLIC** - Vannes

Trésorier : **Dr Pol LE DREFF** - Auray

### ● PUY DE DÔME

■ **Le Syndicat Départemental du Puy de Dôme a procédé aux élections de son Bureau le 1<sup>er</sup> septembre 2022 :**

Président : **Dr Yves TRONCHE** - Clermont-Ferrand

Vice-Président : **Dr Bruno De FRAISSINETTE** - Beaumont

Trésorier : **Dr Arnaud GALLON** - Beaumont

Administratrice : **Dr Sonia MIRAFZAL** - Clermont-Ferrand

## FORCOMED

# Dépistage du cancer du sein

## à risque très élevé

TARIF : 229 €

### DÉROULÉ DE LA FORMATION

- Introduction (en accès libre)
- Plan - Définitions
- Le risque familial
- Modalités du dépistage des femmes à risque très élevé : 1<sup>ère</sup> partie
- Modalités du dépistage des femmes à risque très élevé : 2<sup>nde</sup> partie
- Bonnes pratiques pour un dépistage optimal des femmes à risque très élevé
- Rehaussement matriciel : ACR2 ou 3 ?
- Masse ou focus ? Gestion ?
- ACR3 gestion
- ACR4 ou 5 - Confrontation radio-histologique - 1<sup>ère</sup> partie
- ACR4 ou 5 - Confrontation radio-histologique - 2<sup>nde</sup> partie

Enseignement à distance  
d'une durée de 2 heures  
à destination des radiologues

FORMATRICE : **Dr Isabelle DOUTRIAUX-DUMOULIN**,  
médecin radiologue spécialiste des centres  
de lutte contre le cancer

Renseignements et inscriptions :  
Tél. : 01 53 59 34 02 - [www.forcomed/contact](http://www.forcomed/contact)

[forcomed.fr/contact](http://forcomed.fr/contact)   

### N° 10983 11 - CARCASSONNE

Tivoli Dôme Imagerie Groupe de 16 radiologues, recherche remplaçant(e)s ou associé(e)s en vue de futurs départs en retraite. Monopôle d'activité sur l'Ouest de l'Aude avec multisites dont 3 scanners et 3 IRM (GIE avec CHG). Activité polyvalente dont mammographie et radiologie interventionnelle sur mammothome et table arceau en clinique MCO.

**Contacts :**

**Tél. : 04 68 25 58 90**

**Dr Claire MATHIEU :**

[clairebesancenot@hotmail.fr](mailto:clairebesancenot@hotmail.fr)

**Dr C SABRA :**

[sabrachadi@yahoo.fr](mailto:sabrachadi@yahoo.fr)

**Directrice administrative :**

**M<sup>me</sup> Foulquier :**

[f.foulquier@radiologie-tdi.fr](mailto:f.foulquier@radiologie-tdi.fr)

**Site : [www.radiologie-tdi.fr](http://www.radiologie-tdi.fr)**

### N° 10981 13 - MARSEILLE

SCP Marseille centre cabinet radio générale mammo clinique orientation ostéo uro dig. Large accès imagerie en coupes cherche remplaçant(e)s ou associé(e)s en vue succession.

**Contact :**

**Tél. : 06 84 62 11 91**

**ou 06 25 34 08 30**

### N° 10982 14 - CAEN

Centre imagerie 6 radiologues cherche remplaçant(e)s en vue association. Cabinet ville : mammo avec tomo, 3 échographes, cone beam, 3 salles de radio, osteo. Clinique centre ville : scanner Siemens aout 2021 et IRM Siemens mai 2022. Activité variée; polyvalente et/ou spécialisée. Pas d'astreinte de nuit.

**Contact : Dr Noël**

**Tél. : 06 64 66 07 01**

[admiqdj@gmail.com](mailto:admiqdj@gmail.com)

### N° 10987 18 - VIERZON (2H DE PARIS)

Cabinet de ville, recherche radiologue - Radio conv et interv, écho, mammo, vacances scanner et IRM - Pas de garde, pas d'astreinte. Planning hebdomadaire et annuel modulable. Temps plein, temps partiel.

**Contacts :**

**Dr F. Desmots**

**Tél. : 06 80 71 95 27**

[francois.desmots@wanadoo.fr](mailto:francois.desmots@wanadoo.fr)

**Secrétariat de direction :**

**Tél. : 02 48 71 05 76**

[raspail.compta@wanadoo.fr](mailto:raspail.compta@wanadoo.fr)

### N° 10980 26 - BOURG-DE-PEAGE

Cède activité d'associé en SELARL, temps plein (4 jours/semaine) ou partiel. 4 associés travaillant en lien étroit avec 2 autres groupes du bassin de population, projets de plateaux d'imagerie régionaux et de travail en réseau. Cabinet au sein d'une clinique, forte activité chir multi-disciplinaire, médecine du sport, neurologie et endocrinologie. Activité de sénologie. En GIE : 3 postes d'IRM et 2 scanners (dont 1 sur site). Astreinte clinique partagée entre les associés et participation aux astreintes du Centre Hospitalier Général (Romans) à raison de 1 à 2 we/an. Remplacement préalable souhaité.

**Contact : [weberbdp@aol.com](mailto:weberbdp@aol.com)**

### N° 10984 67 - STRASBOURG

Suite arrêt d'activité, vends : Mammothome GE Crystal Nova (2019) avec console Senoiris 5 MP (double écran) - Echographe Canon Aplio 450 (2019) avec 5 sondes - Osteodensitomètre Lunar Prodigy Primo avec trabeculométrie - OTP Instrumentarium OP 200.

Développeuse Agfa 5503 3 formats, avec cassettes - Station NX + station déportée CMS (Central Monitoring System).

Grand négatoscope double affichage à volets pour Mammo.

Grosse imprimante Ricoh Aficio SP C 431 DN. Table RX GE Prestilix 1600, tube récent - Table RX GE Prestige SI, tube récent - Tube RX fixe avec support mural et statif pour téléradio crâne à 4 mètres - Support mural pour téléradio rachis et membres inférieurs à 4 mètres

Matériel hystero : Speculums, canules de bommelaer avec appareil d'aspiration - Matériel standard avec canule et pince de pozzi, appareil de stérilisation.

Matériel informatique : nombreux postes

**Contact :**

**Dr C. Thomann**

**Tél. : 06 07 49 34 71**

[claudethomann@wanadoo.fr](mailto:claudethomann@wanadoo.fr)

### N° 10988 72 - LE MANS

Groupe 18 radiol cherche associé - 3 sites cliniques, 2 grands cab. de ville + 3 sites - 5 scanners en propre, et 7 IRM dt une 3T, en GIE, 2 salles Vx, Tomos, mammothome, EOS, cone beam - Téléradiologie - futurs scan et IRM.

**Contact : Nadine GUILLAUME**

**Tél. : 06 71 08 14 63**

[nadine.guillaume@72mis.fr](mailto:nadine.guillaume@72mis.fr)

### N° 10979 91 - LES ULIS

Recherche radiologues remplaçants avec installation possible. Centre de radiologie à taille humaine aux Ulis (91). Activité de radiologie conventionnelle et écho doppler.

**Contact :**

[recrutementradiologie2022@gmail.com](mailto:recrutementradiologie2022@gmail.com)

## OFFRE D'EMPLOI

### N° 10986 18 - VIERZON (2H DE PARIS)

Centre d'imagerie médicale, recherche manipulateur(trice) radio, mammo, possibilité écho, scanner, IRM - Temps plein/ temps partiel CDD ou CDI.

**Contacts :**

**Dr F. Desmots**

**Tél. : 06 80 71 95 27**

[francois.desmots@wanadoo.fr](mailto:francois.desmots@wanadoo.fr)

**Emmanuel Lepineux,**

**Cadre MER :**

**Tél. : 06 61 96 98 24**

[emmanuel.lepineux@orange.fr](mailto:emmanuel.lepineux@orange.fr)

## MATÉRIEL

### N° 10985 69 - LYON

Cède colonne radio Fuji FDR Smart FGXR Bucky stand WBS avec potter 2019.

Capteur plan Wifi Fuji FDR D EVO II G35 2018. Pano dentaire Num Sirona Orthophos XG 3 tube Siemens 2019. Capteur plan Fuji FDR D EVO II G43 2017. État neuf, disponible 01/2023.

**Contact :**

**Tél. : 06 14 26 42 64**

**Vous pouvez consulter les annonces sur le site Internet de la FNMR :**

**[www.fnmr.org](http://www.fnmr.org)**

**Les adhérents de la Fédération peuvent déposer leur annonce directement sur le site à partir de l'espace adhérent.**



# OUI, avec des solutions d'épargne adaptées, vous pouvez *donner vie* à vos projets

Choisir la MACSF pour son épargne, c'est bénéficier de :

- ✓ conseillers experts, non commissionnés, à votre écoute,
- ✓ recommandations qui respectent votre profil d'épargnant et vos besoins,
- ✓ supports financiers rigoureusement sélectionnés.

Il existe un risque de perte en capital sur les supports en unités de compte\*.  
Avant tout investissement, consultez un conseiller MACSF.

**Ensemble, prenons soin de demain**

**3233****Service gratuit  
+ prix appel****macsf.fr**

Pour en savoir plus, flasher ce code

**PUBLICITÉ**

\*L'assureur ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte et non sur leur valeur. Les montants investis sur les supports en unités de compte ne sont pas garantis mais sont sujets à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers. La description et le fonctionnement des supports en unités de compte sont détaillés dans la notice d'information du contrat, dans les Documents d'Information Clés (DIC) et dans les Documents d'Information Clés pour l'Investisseur (DICI) ou dans les documents équivalents agréés par l'AMF, disponibles sur la page Supports financiers du site macsf.fr.

MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - Société d'Assurances Mutuelle - Entreprise régie par le Code des assurances. MACSF épargne retraite - Société Anonyme d'Assurances sur la Vie régie par le Code des assurances, au capital social de 58 737 408 €, entièrement libéré - Enregistrée au RCS de Nanterre sous le n° 403 071 095 - Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 60300 92919 LA DEFENSE CEDEX/France. Sièges sociaux : cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX.