

3 OCTOBRE  
2012

# ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

## Ou la perte du triple A



Depuis 2009, plusieurs communiqués du CNPath, de l'AFAQAP et du SMPF, associations représentatives de la profession, ont critiqué la Double Lecture Systématique telle qu'elle a été instaurée par l'INCa en 2009.

### 1- 25,7 % d'erreurs

Dans le cadre d'un exposé sur le bilan de la double lecture systématique présenté à l'INCa, fin mars 2012, le réseau sarcome RRePS a déclaré un taux de discordances majeures de 25,7% en 2011. Pour cela, il a une nouvelle fois considéré comme des erreurs majeures les discordances entre les « propositions » diagnostiques faites dans le cadre d'une demande d'avis et les diagnostics définitifs portés par le réseau. La

diapositive 19 de la présentation précise : « Discordances majeures : Discordances globales pour les avis : 25,7% - Discordances globales pour les relectures : 8,2 % ». Ce chiffre de 25,7% « d'erreurs » doit être immédiatement retiré, seul reste le chiffre de 8,2% qui est déjà élevé.

Enfin, le pourcentage d'erreurs au sein des réseaux eux-mêmes n'est pas évalué.



### 2- La note de l'ACP française dégradée par les agences de notation : « INCa » et « experts »

1 erreur sur 4 pour les sarcomes : soit l'enseignement de la pathologie des tissus mous est catastrophique, soit les pathologistes français sont incompetents !

Lors d'une rencontre entre la présidente de l'INCa et le CNPath, le 27 mars 2012, nous avons constaté l'effet désastreux pour la spécialité du rapport d'activité du réseau sarcome RRePS présenté quelques jours plus tôt à l'INCa. Le seul chiffre retenu de ce rapport était le taux de 25,7% d'erreurs majeures justifiant la double

lecture obligatoire et non « le caractère avisé des pathologistes » évoqué par certains pour défendre la double lecture systématique.

Ce chiffre très élevé a été jeté en pâture à l'INCa et à nos confrères cliniciens qui ne peuvent que s'inquiéter de la gravité de la situation tout en leur évitant de s'interroger sur leurs propres errements diagnostiques et thérapeutiques. Il est regrettable de prendre à témoin, dans des courriers, des publications



## AU SOMMAIRE

- 1 25,7% D'ERREURS
- 2 L'ACP FRANÇAISE DÉGRADÉE
- 3 LA DLS
- 4 COURRIERS ENTRE LE SMPF ET LE RESEAU SARCOME
- 5 UNE TERMINOLOGIE INAPPROPRIÉE
- 6 SYSTÈME HOSPITALO-CENTRÉ / RÉSEAUX AUTO-DÉSIGNÉS
- 7 INÉGALITÉS DE MOYENS
- 8 LES LIMITES DE LA DLS
- 9 UN SYSTÈME DÉRÉSponsABILISANT ET DÉQUALIFIANT
- 10 LE PATHOLOGISTE RÉDUIT À L'ÉTAPE PRÉ-ANALYTIQUE
- 11 COMMENT EMPECHER L'ERREUR EN ACP ?

ou des présentations, nos confrères cliniciens, radiothérapeutes, chirurgiens, directeurs de CLCC qui ne savent

pas (ou ne veulent pas) voir la différence entre demande d'avis et erreur diagnostique.



**ADHÉREZ AU SMPF**  
Nous avons besoin de votre adhésion pour l'année 2012  
Contacter notre assistante Christine  
Tél. : 01 44 29 01 24

### 3- « Double lecture systématique » : Une spécificité ACP

**Existe-t-il un « double contrôle systématique » pour une seule autre spécialité ?** Que diraient nos confrères si demain était mis en place, sous surveillance de l'INCa, un système identique concentrant sur quelques hospitaliers, s'érigant en experts, le contrôle de leurs actes médicaux avec un classement en « erreurs » de leurs hésitations



précédant le diagnostic définitif ACP. Accepteraient-ils que leurs doutes diagnostiques soient présentés dans des publications comme des « discordances

majeures » avec perte de chance pour les patients ? Accepteraient-ils d'être interdits d'exercice ? A l'inverse des pathologistes, c'est dans un cadre consensuel, sans mise en cause de leurs compétences, que les radiologues hospitaliers et libéraux ont su gérer la double lecture en mammographie.

### 4- Echange de courrier entre le SMPF et le réseau sarcome (mars-avril 2012)



Rappelant les effets pervers de la double lecture systématique et critiquant l'aspect tendancieux de cette présentation, le SMPF avait adressé, début avril, un courrier au réseau sarcome (RRePS) auquel le Pr. JM. Coindre a

répondu. Le GPL (Groupe des Pathologistes Libéraux) avait fait de même. Nous vous joignons en annexe l'ensemble de ces échanges.

**Il est regrettable que la mise en place de la double lecture obligatoire n'ait pas été plus réfléchie et discutée au sein des structures représentatives de la spécialité et non décidée**

**par quelques pathologistes isolés soutenus par l'INCa.** Que cette agence sanitaire où les experts qu'elle a choisis y trouvent un intérêt pour les études épidémiologiques ou la recherche ne signifie pas qu'ils œuvrent pour la qualité de l'ACP française et dans l'intérêt des patients.

### 5- Une terminologie inappropriée

**Il est inacceptable d'employer le terme de « discordances majeures » dans le cadre d'une consultation de second avis.**

Dans ce cas, pourquoi ne pas généraliser cette interprétation de l'erreur médicale à l'ensemble des acteurs de santé et publier sous le terme de



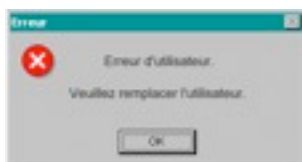
« discordances majeures » les hésitations diagnostiques de tout professionnel qui adresse son patient pour avis à un consultant ?

La seule véritable erreur ne peut concerner qu'un compte-rendu ACP définitif erroné, adressé au médecin correspondant, pouvant impacter fortement le traitement. Il est impossible d'affirmer qu'une proposition diagnostique adressée, par obligation, au réseau sarcome serait identique

le lendemain lorsque le pathologiste aurait à rédiger, signer et envoyer son diagnostic. On met ainsi directement en cause le sens des responsabilités et les compétences des pathologistes français en considérant que le pathologiste non-expert est incapable de connaître ses limites et d'assurer la qualité de ses diagnostics, au besoin en faisant appel, de son propre chef, à un « expert ».

## 6- Un système hospitalo-centré avec des réseaux auto-désignés

Le réseau sarcome a-t-il été constitué en fonction des compétences de chacun et de seuils d'activité précis ou selon une simple répartition territoriale débouchant sur des correspondants locaux et non de véritables experts ? Quels furent les critères pris en compte dans le choix des référents : EPU, publications, seuils d'activité, reconnaissance par ses pairs ? Le statut hospitalier est-il le seul gage de compétence ? A titre d'exemple, les CLCC, majoritaires dans le réseau, ne prennent en charge qu'un très faible pourcentage de la pathologie française selon le récent rapport DGOS alors que les pathologistes libéraux font les 2/3 de la cancérologie - hors FCU).



**Pourquoi ne pas imposer une double lecture pour tout acte ACP et contrôler, en priorité, ceux qui portent le moins de diagnostics/an selon le même principe que les seuils d'activité chirurgicaux ? La DGOS a ainsi recommandé un seuil d'activité minimum de 4000 actes/an hors FCU. Les CRLCC semblent très éloignés de ce chiffre pourtant très faible ! En fait, l'INCa a inversé le principe des seuils d'activité chirurgicaux : De nombreuses structures hospitalières n'atteindraient pas un seuil**

d'activité raisonnable sans l'apport des doubles lectures en provenance du secteur libéral. Si certes le travail en réseau fait progresser les membres y appartenant, qu'en est-il des 1400 autres pathologistes français ? La porte de l'expertise leur est-elle définitivement fermée ? Les modules d'enseignements internes aux réseaux leur sont-ils fermés ? Peut-on, enfin, parler de réussite parce que le réseau rapporte « une seconde lecture pour environ 80% des sarcomes et GIST » alors que cette double lecture est obligatoire et que l'INCa la recommande aux cliniciens ?

## 7- Les inégalités de moyens techniques et financiers

Les importantes différences de moyens techniques (tests moléculaires) et financiers (MIGAC, AHN, Cotation en B, financement INCa/DGOS) créent une forte inégalité entre pathologistes et rendent les critiques et les taux d'erreurs affichées incongrus. Deux

radiologues (l'ACP est de l'imagerie) sont-ils à égalité quand l'acte de l'un est payé le triple de l'autre et quand le premier doit se suffire d'une radio + TDM, le second bénéficiant d'une IRM et d'un Petscan ?

Dans de tels cas, a-t-on le droit de publier des taux de « discordances » ou « d'erreurs » entre radiologues ?



**ADHÉREZ AU SMPF**  
pour l'année 2012  
Contacter notre assistante Christine  
Tél. : 01 44 29 01 24

## 8- Les limites de la double lecture systématique

La rareté d'une tumeur n'en fait pas la difficulté diagnostique et inversement. **La mise en place de la double lecture obligatoire rendant la consultation de second avis accessoire a contribué à retarder sa prise en charge par l'Assurance Maladie.** C'est ainsi que 95% du diagnostic ACP y échappe. En effet, pourquoi décréter que seuls

les sarcomes et trois autres types tumoraux auraient droit à une double lecture alors que 95% de la pathologie tumorale en sont privés.

Plus grave encore est le fait que la double lecture obligatoire ne résout en rien les faux négatifs, voire risque de les augmenter dans l'avenir étant donné le

**risque de perte de compétence des pathologistes.**

Enfin, tout aussi importants sont la qualité de l'exérèse et l'échantillonnage des berges, toutes choses qui ne peuvent être contrôlées par une double lecture. Où se trouve, dans ces cas, l'intérêt des patients ?

## 9- Un système déresponsabilisant et déqualifiant

La « Double Lecture Systématique » instaurée par l'INCa aura des conséquences majeures sur l'évolution de la profession et sur son niveau de qualification. D'une ACP jusqu'ici particulièrement consciencieuse, on se dirige vers une irresponsabilité diagnostique des pathologistes.



Le « retrait de signature » pour les pathologistes auquel elle aboutit ne peut qu'entraîner une perte de compétence de la spécialité. Seules, la formation et la responsabilisation des acteurs peuvent permettre de sécuriser le diagnostic ACP, sur l'ensemble du territoire.

La déqualification progressive des pathologistes est, en effet, le corollaire de la Double Lecture Systématique.

L'impact de la double lecture obligatoire sur les pathologistes eux-mêmes et sur la qualité de l'ACP française n'est jamais évoqué. Si l'intérêt pour le diagnostic immédiat est mis en avant, aucune des questions posées sur les conséquences, à moyen et long termes n'est envisagée, alors que les effets négatifs sont évidents.

- Un médecin, qu'il soit clinicien, radiologue ou chirurgien, interdit d'exercice pour certains actes, (ceci indépendamment de sa qualification), peut-il garder sa compétence ? Un chirurgien touché par les seuils d'activité chirurgicaux en cancérologie va-t-il continuer à s'investir dans la formation pour une activité qu'il n'a plus le

droit d'exercer ? Il en va de même pour le pathologiste à qui on a retiré la signature.

- Un pathologiste financé au forfait (ne bénéficiant ni de HN, ni de MIGAC, ni de financement INCa) va-t-il continuer à réaliser des actes à perte (IHC, HIS, biomol, ...) si on lui interdit d'être responsable de ses diagnostics ?

- Comment éviter que, pour certains pathologistes n'ayant plus de responsabilité diagnostique, l'envoi de lames justifié par une double lecture ne devienne pas une solution de facilité leur évitant de se recycler dans des pans entiers de la pathologie ?

Les conséquences pour les patients et sur la profession, de cette déresponsabilisation progressive des pathologistes dans leurs diagnostics, sont un sujet totalement occulté.

## 10- Demain, le pathologiste réduit à l'étape pré-analytique

Quelle perspective et quel projet médical offre-t-on aux futurs pathologistes après 14 années de formation : celui d'histotechnicien supérieur-postier ? Va-t-on vers une organisation pyramidale et hiérarchisée de la spécialité avec une ACP à deux vitesses ? La formation universitaire, l'internat, l'assistantat vont-ils être, demain, remplacés par une validation des compétences par ces réseaux d'expertises autoproclamés ?

Un schéma irréaliste, coûteux et dangereux est proposé. Ainsi :

- le secteur libéral et les centres hospitaliers généraux, quasiment réduits à une étape pré-

analytique (selon une terminologie venant de la biologie), auraient la charge de la collecte des prélèvements, de la technique de base et assureraient les diagnostics les plus faciles (avec de faibles moyens),

- les CHU et les CLCC se réserveraient les diagnostics nécessitant une expertise proclamée particulière et des techniques innovantes (donc coûteuses) qui leur seraient prioritairement et, pour un temps, exclusivement dévolues.

La dérive actuelle, qui consiste à réserver les ressources humaines et financières aux seules structures hospitalières pour pratiquer les actes nécessitant une soi-disant expertise particulière, est évidente.

La direction prise actuellement sous la pression de l'INCa est, à la fois absurde sur le plan démographique, démotivante et déqualifiante pour la grande majorité des pathologistes. Elle ne peut qu'entraîner une perte de compétence et s'avèrera, demain, dangereuse pour la qualité du diagnostic ACP et coûteuse pour la collectivité.

## 11- Comment empêcher l'erreur en ACP ?

Le propos de ce texte n'est nullement de nier l'erreur en ACP, qui existe partout en médecine et pas seulement en ACP, mais de déterminer la meilleure façon de la diminuer. Elle n'est pas dans la double lecture obligatoire mais dans la responsabilisation du pathologiste, source de motivation et de formation. Un pathologiste interdit de signature ne peut que régresser dans ses compétences.

Exiger des pathologistes des critères de compétences accessibles à tous avec une mise à niveau régulière (formations validantes) est motivant pour les pathologistes et positif pour la qualité du diagnostic ACP.

Retirer, définitivement et sans justification, sa signature à la quasi-totalité des pathologistes et la réserver de façon arbitraire à une infime minorité d'hospitaliers est particulièrement démotivant pour

le pathologiste et désastreux pour la qualité générale de l'ACP française. Il s'agit, par ailleurs, d'un signe extrêmement négatif adressé aux tutelles, à l'Assurance Maladie et aux cliniciens concernant la qualité du diagnostic ACP et de son enseignement en France.



## 12- Double lecture systématique : un mot de trop : « systématique »

### Conduite à tenir

Devant l'immobilisme de l'INCa et l'incapacité des réseaux à se remettre en cause, le pathologiste a le choix entre :

- **Continuer à perdre toute compétence et crédibilité et à dévaloriser la profession** en validant le système de double lecture systématique par l'envoi de ses cas

- **Refuser le système de Double Lecture Systématique actuel** et fragiliser le réseau afin qu'il n'obtienne pas l'exhaustivité en n'envoyant que les tumeurs

réellement difficiles (en faisant jouer le rôle de consultation de second avis à la double lecture). Dans ce cas, on augmente artificiellement le taux d'erreurs publié par les réseaux puisque les cas faciles non envoyés biaisent les résultats statistiques et augmentent le taux d'erreurs.

- **Imposer une modification du système de double lecture** d'une part, en permettant au pathologiste de rester maître du choix des cas à adresser (rappelons que ces demandes

d'avis étaient souvent facturées à des prix prohibitifs), d'autre part, en demandant un audit annuel externe à l'INCa et au réseau (on ne peut à la fois jouer le rôle d'expert et d'audit).

En attendant une évolution que nous espérons positive, nous vous proposons une action extrêmement simple et sans le moindre risque pour le patient comme pour vous :

**Le SMPF ne peut laisser dire que les pathologistes français font plus de 25% d'erreurs dans le cadre des tumeurs des parties molles.**

**En conséquence, devant l'obstination du réseau sarcome (RRePS) à ne pas prendre en compte les remarques qui lui ont été faites, le SMPF demande à l'ensemble des pathologistes de ne mettre plus aucune proposition**

**diagnostique** lors des envois de lames/bloc au réseau sarcome et de refuser que leur compte-rendu ACP (que vous pouvez adresser à vos

correspondants) soit communiqué au réseau. Nous vous recommandons de ne joindre qu'une fiche de transmission neutre (sans nom de préleveur, ni de clinique d'origine) en précisant simplement l'identifiant patient et les renseignements cliniques dont vous disposez.

Cette obligation de travailler en « double aveugle » pour le réseau n'entraînera aucun risque de perte de chance pour les patients et évitera de dénigrer les pathologistes français. Le réseau sera en effet dans l'incapacité de publier ses résultats.



## Le SMPF demande également :

- que l'audit annuel sur le fonctionnement du réseau et les résultats statistiques (actuellement fait par le réseau et l'INCa) soit réalisé par une structure extérieure au réseau sarcome qui, dans le cas présent, est juge et partie. L'AFAQAP regroupant toutes les composantes de la discipline nous paraît la structure la mieux adaptée pour jouer ce rôle.

- que le principe de double lecture systématique en ACP soit rediscuté au sein du CNPath ou de l'AFAQAP. Des solutions alternatives respectueuses de l'éthique comme de l'intérêt des patients ou des pathologistes ont été déjà proposées par le syndicat. La double signature dans une même structure, les seuils d'activité, la participation régulière à des EPU's validantes, à des clubs ou à des tests de qualité doivent

dispenser de double lecture systématique lorsque les pathologistes n'ont pas besoin de second avis.

**Nous recommandons enfin de concentrer les envois sur 1 ou 2 experts**, les plus reconnus. Ce titre flatteur est dévalorisé. Nous avons aujourd'hui en France une inflation d'experts (la plus grande concentration au monde : environ 400 à 500) autoproclamés ou désignés de façon souvent arbitraire par les réseaux, les sociétés savantes, l'INCa (appel à experts), les sociétés pharmaceutiques (conflits d'intérêts), ... et bizarrement toujours hospitaliers... Il suffit de créer un réseau pour être adoubé par l'INCa !

Est-ce les « experts » qui, demain, décideront de la compétence des pathologistes en lieu et place du cursus hospitalo-universitaire ?

### Lettre du SMPF au Pr JM Coindre (Avril 2012)

*Cher confrère,*

*Le SMPF vient de prendre connaissance du rapport d'activité 2010-2011 du réseau sarcome (RRePS) tel qu'il a été présenté à l'INCa lors de la réunion du 27 mars 2012.*

*Ce rapport, présentant de façon biaisée des chiffres de discordance diagnostique, est tendancieux, voire diffamatoire. Il n'a pas pris en compte les avis critiques émis par le CNPath, l'AFAQAP et le SMPF lors de la publication du précédent rapport en 2010.*

*Le SMPF prend acte de la bonne participation de l'ensemble des Pathologistes Français mais conteste formellement les chiffres de discordance diagnostique tels qu'ils sont présentés dans la diapositive 19 (« RRePS-Discordances majeures »).*

*-« Discordances globales pour les avis : 25,7% - Discordances globales pour les relectures : 8,2 % »*

*S'il peut sembler utile, sous couvert de vérifications rigoureuses, de présenter les discordances globales dans le cadre des relectures systématiques (diagnostic du pathologiste référent « contre » diagnostic du pathologiste initial), il est en revanche totalement illégitime de parler de discordance diagnostique dans le cadre des demandes d'avis.*

*Une demande d'avis est une démarche volontaire et spontanée du pathologiste, qui, ne s'estimant pas suffisamment spécialisé dans un domaine particulier, communique le dossier au pathologiste référent de son choix, sans avoir, par définition, porté de diagnostic (même s'il peut, le cas échéant, proposer une ou souvent plusieurs hypothèses, ou exprimer des doutes). Il est, donc, stérile de parler de « discordance diagnostique » dans ce cadre, sauf à vouloir dénigrer les pathologistes qui demandent un avis. Quant aux « discordances pour relectures », il est difficile d'affirmer que dans certains cas, les dossiers n'auraient pas été également adressés pour second avis.*

*Par ailleurs, vous semblez oublier que les pathologistes qui vous adressent les cas et vous font confiance n'ont pas accès aux moyens techniques (FISH et biologie moléculaires) et financiers dont vous bénéficiez pour porter ces diagnostics.*

*Nous trouvons également particulièrement étonnant que les promoteurs de la double lecture réalisent eux-mêmes leur audit sans contrôle externe.*

*C'est en relevant le niveau général de la spécialité et non pas en opposant les pathologistes entre eux que nous travaillerons dans l'« intérêt des patients », terme parfois galvaudé et utilisé pour justifier certaines dérives. En agissant ainsi vous risquez, au contraire, une démotivation et une perte de compétence globale de la spécialité, source demain des faux-négatifs. Il est enfin hautement plus facile d'être un pathologiste hyper-spécialiste qu'un bon pathologiste multi-compétent, confrère que vous n'avez cessé de décrier dans votre présentation*

*Le SMPF réclame donc la suppression pure et simple de toute référence à une quelconque discordance diagnostique dans le cadre de la demande d'avis.*

*Il demande de plus, à tous les acteurs du « réseau sarcome » ainsi qu'aux associations « satellites » et à toutes les associations constitutives du CNPATH, d'exiger le respect de l'éthique scientifique et de ne pas cautionner ce type d'amalgame qui discrédite l'ensemble de la profession auprès de nos instances, de nos interlocuteurs cliniciens et, bien sûr, des patients.*

## **Lettre du GPL (Groupe des Pathologistes Libéraux) au Pr JM Coindre (Avril 2012)**

*Le GPL, Groupe des pathologistes libéraux, regroupant seize des plus grosses structures libérales française (110 pathologistes) assurant le diagnostic de plus de 25% des diagnostics de cancer pour la France, approuve sans réserve le courrier du Syndicat des Médecins Pathologistes Français signé de son Président, Michel GUIU en ce qui concerne le rapport d'activité 2010-2011 du réseau sarcome (RRePS), tel qu'il a été présenté à l'INCA lors de la réunion du 27 mars 2012.*

*Il condamne avec véhémence l'amalgame inacceptable concernant les discordances diagnostiques dans le cadre des demandes d'avis, qui bafoue les règles les plus élémentaires de l'honnêteté intellectuelle et de l'éthique scientifique et ce sans aucun contrôle indépendant.*

*Le GPL est d'autant plus choqué que ce réseau, dont il est par ses adhérents l'un des principaux contributeurs, jette de façon totalement injustifiée, l'opprobre sur l'ensemble de notre profession avec les conséquences délétères que l'on imagine sur les patients. Il se pose clairement la question des motivations et de la légitimité de cet organisme et de ses responsables.*

*Les mêmes remarques avaient déjà été faites en 2011 sur le rapport 2010. L'absence totale de prise en compte de l'avis d'une grande majorité de la profession ne fait que démontrer l'impossibilité pour les responsables de ce réseau de travailler sur des bases de coopérations et de confiance qui devraient pourtant être le socle d'un tel réseau.*

*En conséquence, le GPL se réserve la possibilité d'une future action. La stigmatisation ne peut être la seule valeur ajoutée des réseaux.*

## **Réponse du Pr JM Coindre (mi-Avril 2012)**

*Je suis pour le moins étonné de votre réaction agressive, voire violente, concernant le rapport d'activité du Réseau de Référence en Pathologie des Sarcomes (RRePS) présenté à l'INCa le 27 Mars 2012, alors qu'aucun de vous deux n'était présent à cette réunion et ne sait donc pas précisément ce qui s'y est dit.*

*Dans la lettre du Président du Syndicat, il est fait référence à la diapositive 19 qui fait état d'un taux de discordance majeure de 25,7% pour les cas adressés pour avis à l'un des membres de RRePS. Il s'agit effectivement du taux de discordance entre le diagnostic formulé par le pathologiste consultant et le diagnostic final porté par le pathologiste consulté dans le cadre de RRePS. Il n'y a là rien d'illégitime ou de diffamatoire, et d'ailleurs le même taux de 25% est rapporté par l'équipe de Sharon Weiss dans une situation similaire de demande d'avis (Am J Clin Pathol 2001 ;116 : 473-476). Bien au contraire, et c'est ce qui a été clairement dit lors de la réunion, ce taux montre d'une part le caractère avisé des pathologistes puisqu'ils savent bien repérer la majorité des cas qui posent problème, et d'autre part l'importance de la pratique des demandes d'avis dans le domaine difficile des tumeurs des tissus mous. Le regret qu'une telle activité ne soit pas prise en charge en dehors des réseaux a également été formulé lors de la présentation. Il nous paraît par ailleurs constructif de s'intéresser aux types de problème rencontrés par les pathologistes afin d'orienter notre enseignement dans ce sens dans le but d'aider nos collègues à mieux résoudre ces problèmes.*

*Ce que nous dénommons « relecture » correspond aux cas adressés clairement en relecture avec un compte rendu déjà rédigé portant une conclusion formelle, ou bien un cas demandé en relecture par un clinicien. En cas de doute, nous préférons classer le cas en « demande d'avis ». Le taux de discordance majeure que nous observons dans la catégorie des relectures est d'environ 8%, chiffre similaire aux 10,9% observés au Royal Marsden Hospital de Londres (Sarcoma 2009 ; 741975), chiffre justifiant à lui seul le travail en réseau tel qu'il est actuellement organisé pour les sarcomes. Nous sommes tout à fait conscients du fait que nous avons, grâce au réseau mis en place, la possibilité d'utiliser des techniques spéciales validées, en particulier de biologie moléculaire, et de partager les cas difficiles, afin d'aboutir au diagnostic le plus fiable possible. Ceci ne fait que démontrer l'intérêt d'un tel réseau pour une meilleure prise en charge des patients qui*

*passent d'abord par un diagnostic fiable. Nous sommes en outre persuadés que ce type d'activité fait progresser l'ensemble des pathologistes du réseau et hors réseau de par les échanges incessants qui s'opèrent. D'ailleurs les pathologistes ne s'y trompent pas puisqu'environ 400 structures ACP sur les quelques 500 existantes en France nous adressent leurs cas nous permettant ainsi d'effectuer une seconde lecture pour environ 80% des sarcomes et GIST. La politique de notre réseau a toujours été de soutenir nos collègues pathologistes et de les aider au quotidien dans le domaine des tumeurs conjonctives en organisant des enseignements post-universitaires, en rédigeant des recommandations pour la prise en charge de ces tumeurs et en répondant du mieux qu'on le peut aux demandes d'avis et de relecture pour lesquelles nous sommes sollicités. Il est pour nous regrettable que le rapport que nous avons présenté ait été si mal interprété.*

*Je vous demande, comme vous l'avez fait pour votre courrier, de transmettre cette réponse à vos adhérents et vous en remercie par avance.*