

15 DECEMBRE
2009

Double lecture en ACP

Les pathologistes français seraient-ils vraiment incompétents ?

AU SOMMAIRE

**LES PATHOLOGISTES
FRANÇAIS SERAIENT-ILS
INCOMPÉTENTS ?**

**DOUBLE LECTURE ET
SECOND AVIS : ELEMENTS
DE REFLEXION**

CONCLUSION

L'INCa aurait émis une recommandation invitant, dès le 1^{er} janvier 2010, les médecins pathologistes à adresser, pour "double lecture" à des centres de référence les prélèvements ACP concernant quatre catégories de tumeurs.

Cette recommandation, **sans concertation avec les organisations professionnelles**, nous semble dangereuse :

- . Elle **met en cause la compétence** des pathologistes et de ceux qui les ont formés ;
- . Elle est **préjudiciable** à terme pour les patients ;
- . Elle est **irréalisable** pour les centres de référence ;
- . Elle est **coûteuse** pour la collectivité ;
- . Elle pose d'importants **problèmes médico-légaux**.

La crédibilité des pathologistes exclus de toute responsabilité diagnostique s'effondrerait avec des conséquences négatives directes sur la qualité des soins. Cette mesure, serait incompréhensible dans le contexte actuel (Plan

Cancer II, Rapport du Pr. JP. Grünfeld, décision de la HAS sur le "second avis", difficultés traversées par l'ACP). Mais serait-elle juridiquement opposable au pathologiste qui s'y soustrairait ?

Les "consultations de second avis" qui, chose unique en médecine, sont facturées aux pathologistes demandeurs témoignent pourtant largement de leur conscience professionnelle. L'obsession de tout pathologiste est d'éviter l'erreur diagnostique : il est un des rares professionnels de santé qui, à la fois, signe ses diagnostics et en garde la preuve au moins dix ans. Nous nous inquiétons de cette recommandation qui met en cause notre spécialité sans pour autant résoudre l'essentiel des difficultés diagnostiques que rencontrent les pathologistes dans leur exercice quotidien.

Nous ne mettons pas en cause la volonté de nos confrères experts, à qui nous faisons souvent appel, d'améliorer la qualité des diagnostics en ACP mais nous pensons que cette double lecture

telle qu'elle est envisagée aura, à moyen terme, plus d'effets pervers que d'effets bénéfiques pour les patients.

Vous trouverez ci-après une **analyse de la "double lecture"**

et du "second avis" qui a été approuvée par plusieurs associations d'ACP (AIP, SFCC, CNPHG, ADICAP, F. CRISAP) et par de nombreux hospitaliers à titre individuel.



Double lecture et second avis : Éléments de réflexion

L'INCa aurait décidé d'instaurer la **"double lecture" en ACP** avant même la mise en place de la **"consultation de second avis"**. Tout cancer devrait demain être validé par un pathologiste référent hospitalier. Tout commencerait au 1^{er} janvier 2010, par quatre cancers : lymphomes, sarcomes, mésothéliomes, tumeurs neuro-endocrines, pour l'élargir vraisemblablement plus tard aux tumeurs ovariennes, cérébrales, pulmonaires, trophoblastiques, mammaires, ...

Il convient de définir préalablement les concepts, car, entre **"second avis"** et **"double lecture"** la différence est majeure.

- Dans le **"SECOND AVIS"**, le pathologiste en charge du diagnostic prend la responsabilité de demander un autre avis par envoi volontaire de lames/blocs d'inclusion à un pathologiste expert dans ce domaine pour confronter son diagnostic. Ce système qui ne met pas en cause la compétence du pathologiste premier lecteur fonctionne déjà et couvre l'essentiel des tumeurs rares et des lésions de diagnostic difficile

envoyées spontanément par les pathologistes. A la différence de toutes les autres spécialités, il n'est actuellement pas pris en charge par l'assurance maladie et les frais de cette demande de second avis sont donc directement imputés au pathologiste requérant.

- Dans la **"DOUBLE LECTURE"**, actuellement envisagée par l'INCa, le pathologiste serait dans l'obligation d'envoyer le prélèvement à un expert hospitalier spécialisé. Sa compétence serait alors triplement mise en cause :

- . d'abord pour faire un diagnostic,
- . ensuite pour évaluer ses limites puisque l'envoi n'est pas laissé à sa libre décision,
- . enfin pour choisir lui-même son expert.

Il serait temps de s'interroger, alors, sur la qualité de l'enseignement de cette discipline et sur l'utilité de la formation continue particulièrement suivie en ACP !

Que penser de ce projet de "double lecture" ?

En cas de tumeur rare ou de diagnostic difficile, **nul ne conteste le fait que tout patient ait droit à un "second avis"** associant deux (ou plus) pathologistes pour porter le bon diagnostic. Cette demande a été réitérée depuis 20 ans par les pathologistes comme par les sociétés savantes. Sous la pression syndicale, le bien-fondé de cette consultation vient d'être reconnu par la HAS, mais elle ne sera effective que fin 2010.

Déjà mis en place dans le cadre du dépistage du cancer du sein par mammographie¹, ce principe de précaution pourrait tout aussi bien être étendu à tout acte radiologique, voire à tout acte médical, et pas seulement aux pathologistes, deux praticiens se contrôlant mutuellement pour éviter une erreur médicale.

En revanche, les conséquences de la mise en place de la « double lecture », telle qu'elle est actuellement proposée par l'INCa, seraient désastreuses :

1. Les pathologistes seraient considérés comme incompetents dans de nombreux domaines de leur discipline et les quelques spécialistes choisis dans chacune des pathologies ainsi ciblées,

quels que soient leurs titres, seraient, *de facto*, eux-mêmes considérés comme incompetents et interdits de diagnostic pour une pathologie différente.

2. Sur quels critères de compétence seraient désignés les experts et quelle(s) instance(s) aura(ont) la responsabilité de ce choix : volume d'activité diagnostique ? publications ? (*ndlr : les deux peuvent être antinomiques*), titres hospitaliers ou universitaires ? candidature personnelle ? proximité géographique ou affinité sélective ?

3. Ce système déresponsabiliserait l'ensemble de la profession. Privés de toute responsabilité diagnostique et s'exonérant de toute formation devenue inutile, les pathologistes, anciens internes et anciens assistants, deviendraient effectivement incompetents dans les pathologies dites "rares" comme dans les plus fréquentes. A terme, comment pourraient-ils distinguer un cancer d'une lésion pseudo-tumorale ou inflammatoire qui en constitue le diagnostic différentiel ? L'envoi de tels prélèvements serait tout aussi justifié car un faux-négatif est plus grave qu'une erreur de caractérisation précise. Enfin, la participation des pathologistes aux RCP deviendrait inutile. En résumé, outre la perte de sa raison d'exercer, quelle compétence pourrait-il rester à un pathologiste déclaré inapte au diagnostic de cancer comme à un chirurgien interdit d'opérer ? Une telle décision ramènerait un

médecin spécialiste diplômé en ACP au rang de technicien ou de secrétaire... voire de postier.

4. Quand nos correspondants apprendront que le professionnalisme de la quasi-totalité des pathologistes de leur région est ainsi mis en cause, ils ne manqueront pas d'envoyer leurs examens directement à un des experts spécialisés dans la pathologie en question, court-circuitant le pathologiste local, voire le CHU régional et engorgeant définitivement le circuit.

5. Déjà confrontée à des difficultés démographiques, il est improbable que l'attractivité de notre spécialité puisse dès lors s'améliorer. La décision de double lecture va à l'encontre de la mesure 20 du plan Cancer II (axe soins) qui demande de "Soutenir la spécialité d'anatomie pathologie".

6. Alors qu'on vient d'instaurer en cancérologie des seuils minimaux d'activité en chirurgie, ce serait l'inverse en ACP. On interdirait aux pathologistes de porter des diagnostics de cancer et on leur imposerait d'envoyer les prélèvements vers des experts hospitaliers qui, pris isolément, diagnostiquent annuellement un nombre de cancers parfois inférieur. Rappelons que le secteur libéral diagnostique et/ou prend en charge environ les 2/3 de la cancérologie française : souhaite-t-on par ce moyen diriger, à terme, toute la cancérologie vers les CHU/

CLCC en rendant incompetents les pathologistes libéraux ?

7. Au plan juridique, plusieurs questions majeures ne sont pas traitées :

- *A qui incombera la responsabilité diagnostique ?* En cas de consultation de "second avis", le pathologiste demandeur reste seul responsable du diagnostic final. La responsabilité serait-elle partagée ? Qu'est-il prévu en cas de divergence d'interprétation ?
- *Que faudra-t-il envoyer ?* Un bloc d'inclusion ? Une lame ? Tous les prélèvements ? Si le pathologiste initial est considéré comme incompetent pour le diagnostic histologique, pourquoi ne le serait-il pas également pour prélever judicieusement la pièce macroscopique ?

- *Tout nouvel acte ne doit-il pas avoir l'aval de la Haute Autorité de Santé ?* Si celle-ci a tout récemment donné son aval pour la "consultation de second avis", l'INCa ne l'a pas saisie pour la "seconde lecture". Existera-t-il un décret, un arrêté obligeant la "double lecture" ?

- *Qui sera responsable d'un éventuel retard au diagnostic (donc du risque de "perte de chance") que ce système va générer ?* Les centres experts répondant déjà parfois très tardivement aux demandes de second avis seront submergés par les envois de tout type de lésion si beaucoup de pathologistes appliquent le "principe de précaution".

8. Sur le plan financier, le coût moyen d'un tel envoi atteint 30 €. L'indemnité de 15 € proposée est donc insuffisante. Elle est, en outre, sans garantie de pérennité.

- En cas d'envoi d'une tumeur inhabituelle mais bénigne, les pathologistes recevront-ils une facture pour demande de "second avis" majorée de PHN hospitaliers ?

- Les centres experts n'auront-ils pas la tentation de cumuler les

financements INCa/DHOS : le système de PHN donnant droit aux MIGAC et, pourquoi pas, la facturation externe comme elle est pratiquée actuellement ? Le coût deviendrait alors exorbitant pour la collectivité avec des ressources très mal employées.

9. Sur le plan scientifique enfin, la volonté louable et indispensable des groupes de travail qui depuis plusieurs

années ont largement investi dans la recherche et l'épidémiologie de ces pathologies rares rentre dans une problématique "hors soins" qui nécessite l'établissement d'une convention avec la spécialité pour le transfert de prélèvements et de données. La course aux publications ne saurait être un élément de mise en cause de la profession.

Conclusion

- L'instauration de la double lecture obligatoire ne pourrait avoir, à terme, qu'un impact négatif sur la qualité de l'ACP française, donc sur la prise en charge des patients.

- L'intérêt du patient serait certainement mieux respecté avec la mise en place immédiate de la consultation de "second avis" puisque la "double lecture", même étendue à toute la cancérologie, serait loin de régler tous les problèmes diagnostiques, par exemple dans les pathologies non tumorales.

- Un système local de double signature pourrait être envisagé comme en radiologie. Il suffirait que l'INCa propose, pour chaque pathologie, une liste indicative d'experts référents, hospitaliers et libéraux, et ce ne serait qu'en cas de discordance entre les pathologistes que le prélèvement serait adressé à un centre expert.

- Cette décision ne saurait se prendre sans la réflexion et l'assentiment de l'ensemble de la profession.

Toute l'actualité du Syndicat
sur www.smpf.info