



Actu-Path

décembre
2008

Actualités syndicales en ACP

Paris, le 17 décembre 2008

**EN 2009, IL EST INDISPENSABLE DE DEFINIR, ENSEMBLE,
DES OBJECTIFS PRECIS AINSI QU'UNE STRATEGIE GLOBALE POUR LA SPECIALITE :
RESTRUCTURONS NOUS AVANT D'ETRE RESTRUCTURES (armée, justice, biologie, hôpitaux) !**

❑ Bien que largement justifiées, le syndicat ne peut pas porter que des actions revendicatrices. Nous devons anticiper sur l'avenir et nous réorganiser si nous ne voulons pas, un jour, l'être autoritairement comme la justice, l'armée, la biologie, les hôpitaux, ... ! Nos cabinets, nos services sont, pour la plupart, trop petits pour résister aux fonds d'investissements alléchés par les prélèvements humains que nous détenons source de futurs profits, aux tutelles administratives souvent plus occupées par leur propres intérêts que par ceux des malades, à la biologie, aux pressions économiques.....et aux contraintes de sécurité sanitaire (formol, risque biologique).

Plates-formes techniques territoriales, Plates-formes régionales mixtes (public-privé) de bio-pathologie moléculaire, regroupements, tels sont les challenges de demain.

La spécialité repose sur un trépied : sociétés savantes, AFAQAP, SMPF. Elle a besoin d'un syndicat professionnel fort pour pouvoir résister et anticiper les évolutions futures de la spécialité. Que vous soyez hospitalier ou libéral, le SMPF est votre syndicat. A vous de mobiliser vos représentants au Conseil d'Administration.

❑ Depuis 18 mois, le SMPF tient ses engagements ; Le monde de l'ACP évolue. Il nous reste encore aujourd'hui à vaincre certaines réticences et parfois une méconnaissance de nos actions (et de notre existence pour les plus jeunes) pour bénéficier du soutien de tous.

A une période où le spectre de la récession hante les esprits gouvernementaux, de nombreuses batailles ont été menées. L'action du SMPF a permis d'éviter des défaites et d'enregistrer quelques victoires. Certaines vous sont peut-être passées inaperçues (absence de ré-intégration de l'ACP dans la biologie, absence de baisse des actes ACP comme en biologie ou radiologie, absence d'opposabilité des CRFS, ...), alors qu'elles auraient bouleversé votre exercice.

Au cours de l'assemblée générale du SMPF le jeudi 20 novembre à "Carrefour", nous avons pu faire le point sur plusieurs sujets d'actualité.

❑ **Transparence, Communication, Concertation, Efficacité, Evolution, Stratégie** ont été les mots d'ordre de nos actions :

♦ **Transparence** : avec une information régulière pour tous les pathologistes (ActuPath, La lettre aux Pathologistes, les réunions et assemblées générales, le site internet accessible à tous).

♦ **Communication** : l'ACP est devenu un sujet d'actualité : Dans les médias (Le Quotidien du Médecin, Profession cancérologie, APM international, revue Horizon, Nice-matin,..) au Ministère, à l'HAS, à l'INCa, à l'InVS, au CNOM, à la CNAM, dans un récent rapport de la Cour des comptes, dans les fédérations hospitalières publiques et privées et, même, chez les syndicats de biologistes !

♦ **Concertation** : avec toutes les associations ACP (SFP, AFAQAP, AIP, SFCC, ADICAP, CRISAP, AFIAP, Collège des Pathologistes des Hôpitaux Généraux, CUPF, CRISAP, ADICAP) FHF, FHP, UNHPC et la rédaction d'un document unique ("Projet Pathologie 2008")

♦ **Evolution** : de la profession et marche forcée vers la pathologie moléculaire

♦ **Efficacité** : P100 en 2007, Désarchivage en 2008, ICC, HIS, Consultation expertale et test HPV pour 2009 ? Et pourquoi pas une valorisation des CRO-ACP puis éventuellement des CRFS.

♦ **Stratégie** : Reconnaissance de notre activité en santé publique : Projet de serveur national ACP "DMPATH" avec le soutien du CNOM, du GIP-CPS, de l'UNHPC, etc...

En 2008, l'ACP a bougé mais le SMPF a hérité de 30 000 € d'amende, a dû changer de siège du syndicat pour une meilleure efficacité, doit assumer la future CCAM à l'élaboration de laquelle il n'a pas participé, ...

En 2009, nos projets sont tous aussi nombreux.

1. L'unité de la spécialité source d'efficacité

Les efforts de ces derniers mois et "Projet Pathologie 2008" semblent porter leurs fruits : les réunions au ministère de la santé, à l'INCa, à la CNAMTS se succèdent, Le Pr D. Maraninchi, président de l'INCa, s'est déplacé à "Carrefour" pour une conférence sur le "Plan Cancer" et évoquer les engagements du nouveau Plan Cancer vis-à-vis de la spécialité. Dès le mois de septembre, nous avons été la 1^{ère} spécialité à rencontrer le responsable du nouveau Plan cancer, le Pr JP. Grünfeld.

La démarche unitaire de la spécialité a certes été efficace mais tant que nous n'aurons rien de concret, nous ne lèverons pas le mot d'ordre concernant le **blocage des transmissions des données ACP aux structures épidémiologiques**. Nous avons encore en mémoire les engagements vis-à-vis de l'ACP du premier "Plan Cancer" (2003-2004) qui s'est uniquement traduit par des contraintes et des responsabilités supplémentaires sans la moindre contrepartie pour la spécialité.

Cependant, notre communication reste insuffisante : Nos tutelles et même nos confrères n'arrivent pas à appréhender la complexité de notre spécialité et la range, souvent par facilité, au sein de la biologie automatisée alors que les conséquences des actes ACP sont majeures, d'abord humaines pour le patient mais également économiques pour l'assurance maladie

2. Nomenclature

♦ Comme nous vous l'avions précédemment annoncé, la sortie de la CCAM-ACP est reportée *sine die*, officiellement pour des problèmes informatiques en rapport avec les franchises médicales !. Cela ne fait que 4 ans de retard ! Nous avons alors réclamé et obtenu que les nouveaux actes validés par l'ANAES en 2004 et suspendus à l'entrée en vigueur de la CCAM-ACP soient cotés transitoirement dans la NGAP.

♦ Certes, nous n'avons pas obtenu d'augmentation de la lettre clé P, revendication illusoire dans la période actuelle, mais, -d'une part, nous avons évité toute baisse d'acte ACP, même du frottis, alors que d'autres spécialités (radiologie, biologie par exemple) subiront des baisses autoritaire,

-d'autres part, après une longue période de blocage, les discussions avec l'Assurance Maladie ont avancé.

♦ Tout cela reste au conditionnel car en ces temps de récession économique, nous ne sommes pas à l'abri de surprises. Mais le budget de l'ACP est si faible (236 M€ contre 4,2 milliards € pour la biologie et 2,7 milliards € pour la radiologie) que nous avons pu argumenter sur le fait que baisser encore l'ACP aurait certainement plus d'effets délétères pour la qualité des soins que d'effets bénéfiques pour les caisses de l'assurance maladie.

♦ Notre priorité était d'intégrer dans la nomenclature ACP des actes de biologie moléculaire pour ne pas se faire claquer la porte au nez et perdre définitivement cet outil ! A ceux qui s'interrogent sur la nécessité d'obtenir la biologie moléculaire, une question: **Que serait aujourd'hui notre spécialité sans l'IHC ? Que serait demain l'ACP sans biologie moléculaire ?** : une spécialité éclatée, explosée, dépecée par la biologie qui l'utiliserait comme faire valoir et comme moyen d'attirer les prélèvements en ayant l'exclusivité de la biologie moléculaire.

♦ Après des discussions de « marchands de tapis » avec la CNAM-TS, nous obtiendrions rapidement (encore au conditionnel) :

1-La cotation de l'Hybridation *in situ* au prix de 140 € (P500) à 150 €,

2-L'immunocytochimie excepté pour le frottis cervico-utérin

3-Le test HPV coté P135

D'autres sujets ne sont toujours pas résolus :

1-Les autres actes validés par l'ex-ANAES en 2004 et non encore intégrés en 2008, par exemple le « ganglion sentinelle ».

Ils ne seraient introduits qu'avec la CCAM-ACP

2-Consultation "expertale" ou de "second avis" ou de "recours" : Elle ferait l'objet d'un MIGAC (Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation) spécifique ; Une première discussion aurait lieu dès janvier 2009.

4-Désarchivage des blocs et lames pour les contrôles diagnostiques et les nouveaux tests de sensibilité aux thérapies ciblées : L'indemnité de désarchivage obtenue pour le KRAS n'étant pas pérenne et ne s'appliquant qu'à cet examen, nous devons obtenir une cotation spécifique auprès de la CNAMTS.

5-Valorisation des comptes-rendus-ACP cancérologiques minimaux « obligatoires » ou « opposables ».

3. Actualité hospitalière (Frédérique Capron, présidente déléguée de la section hospitalière)

♦ Les pathologistes hospitaliers (EPS, hôpitaux généraux, CHU et CLCC) ont récemment été concernés par diverses modifications de leur fonctionnement. Le changement le plus important est la mise en place de la nouvelle gouvernance hospitalière et l'intégration des services d'ACP dans les pôles, le plus souvent de biologie ou d'imagerie. Certains de nos collègues sont directeurs de pôles. Les chefs de services ou d'unité sont responsables du projet médical et du choix de leurs collaborateurs qui sont proposés pour nomination par les directeurs de pôle au Comité Exécutif Local (CEL) et nommés par les Comité Médical d'Établissement (CME).

♦ L'application de la T2A vient bousculer les gestions hospitalières des plateaux médicaux techniques et nous ne sommes pas pour la plus part producteurs de recettes. Les déclarations d'activité ACP pour les patients hospitalisés (la majorité de notre activité) est évaluée en P + PHN depuis les années 70. Les directeurs des CHU ont souhaité une révision des cotations de biologie et d'anatomie pathologique (N selon la NGAP et HN) pour que les activités globales transmises soient homogènes pour les mêmes actes. La révision d'un document produit en 2005, révisé en 2007 par les hôpitaux de Paris a servi de base à la conception d'un référentiel national qui sera diffusé aux directions financières en fin d'année. En recoupant PMSI et activité ACP on pourrait avoir un nouveau reflet du poids de l'ACP par maladie et par séjour. Actuellement nous sommes jaugés par rapport à l'échelle nationale des coûts obtenue par moyenne d'activité déclarée par un panel d'hôpitaux (avant la diffusion d'un

référentiel commun). Les activités HN (blocs, recoupes, IHC, hybridation, ...) doivent être déclarés avec pertinence et mesure ; les protocoles macroscopiques devraient être harmonisés ; la part recherche de l'activité devraient être différenciée de la part diagnostique ; il va falloir être particulièrement vigilant sur l'interprétation et l'usage de ces données et les comparaisons tentantes publique avec MIGAC, public sans MIGAC et secteur libéral !

♦La gestion financière des actes de second avis est variable d'une administration hospitalière et l'autre. « Certains font payer - d'autres pas » La facturation des actes d'avis se fait sous l'autorité des directions financières. Cette pratique doit être revue dans le projet de demande de reconnaissance des actes de second avis.

♦Enfin la section hospitalière du syndicat et les membres du bureau du Collèges des Hôpitaux Généraux met en place une enquête sur l'ACP dans les hôpitaux hors CLCC et CHU, afin de connaître les activités, effectifs, moyens et mobilisations de personnel à venir. Les restructurations territoriales et le manque de spécialistes vont changer le paysage ACP et les conditions de travail de nos collègues. Des mouvements de personnel sont prévisibles ...

4. CRFS ou CRO-ACP ?

♦En novembre 2007 l'INCa a voulu imposer par décret, aux ACP, les CRFS : "*Critères d'agrément pour la pratique de la chirurgie des cancers dans tout établissement de soins :3. Le dossier du patient contient nécessairement le compte rendu de la réunion de concertation pluridisciplinaire, ainsi que le compte rendu opératoire et le compte-rendu anatomopathologique standardisé* » .

Le SMPF, alerté, a fait retirer le mot "standardisé" prévu à l'origine grâce à l'UMESPE/CSMF. Les CRFS-ACP étaient en train de devenir opposables (tous les items) et obligatoirement transmissibles (pour les réseaux, les structures épidémiologiques) sans la moindre contrepartie pour la profession ; Les nombreux items épidémiologiques, de recherche ou de contrôle, contenus dans les CRFS n'ont rien à voir avec le diagnostic.

L'opposabilité" comme la "transmission" des comptes-rendus ACP doivent faire l'objet d'une **contractualisation** avec la profession. Avant de nous imposer de nouvelles contraintes, l'INCA devrait d'abord faire appliquer les mesures en faveur de l'ACP prévues depuis 2003-2004 dans la "Plan Cancer".

♦Le décret est alors devenu : "*Critères d'agrément pour la pratique de la chirurgie des cancers dans tout établissement de soins :3. Le dossier du patient contient nécessairement le compte rendu de la réunion de concertation pluridisciplinaire, ainsi qu'un compte rendu anatomopathologique et un compte rendu opératoire contenant au moins les éléments définis par l'Institut national du cancer.*"

L'INCa nous a donc demandé (au SMPF, à l'AFAQAP et à la SFP) de définir les items ACP absolument indispensables pour la prise en charge des patients en RCP. Bien que ce ne soit pas son rôle mais pour éviter des dérives, le syndicat s'est alors engagé à proposer à l'INCa, avec les autres instances de la discipline, une liste d'items minimaux devant obligatoirement figurer dans un CR-ACP.

♦On passe ainsi de "recommandations de bonne pratique" à des items obligatoires et sans jouer avec les mots "opposables" juridiquement à tout pathologiste avec les risques inhérents (plainte de patients, contrôle CNAM du pathologiste ou du chirurgien, refus de prise en charge par la CNAM d'un examen). Il s'agit d'un glissement progressif vers des obligations légales qui n'ont encore touché aucune autre spécialité. Le fait de donner un caractère opposable au CR-ACP a obligé le syndicat à être extrêmement vigilant et critique.

L'INCa réclame une première vague d'items obligatoires pour la mi-janvier (afin de les présenter à son conseil d'administration !) et une seconde vague avant fin février.

5. Plates-formes régionales de bio-pathologie moléculaire

5.1 Désarchivage pour recherche de mutation-KRAS.

Le problème du KRAS a fait l'objet d'une mise au point sur le site du syndicat ; un formulaire de demande et la marche à suivre y sont proposés.

Les premières demandes ont débuté en mai dernier avec AMGEN (Vectibix), puis, ont continué, en septembre, avec MERCK (Erbitux).

A la suite des demandes répétées du syndicat et de l'envoi d'un courrier aux responsables des plateformes en août, l'INCa a donné des directives pour que les plateformes prennent en charge les frais de désarchivage pour KRAS. Cela a été confirmé par le président de l'INCa lors de sa conférence à "Carrefour"

5.2 Le rôle intégrateur et de synthèse de l'ACP

Mais le raisonnement du SMPF va plus loin. Le KRAS n'est qu'un exemple et les demandes vont se multiplier. L'ACP va-t-il devenir un "self service" pour d'autres actes techniques réalisés par d'autres disciplines ? Si tel est le cas, notre spécialité va se réduire à faire le diagnostic de cancer (élément majeur) et à devoir adresser ailleurs les demandes d'actes techniques complémentaires, en particulier de biologie moléculaire (cf.supra).

On peut estimer que le **médecin pathologiste a cinq missions à développer : Dépistage, Diagnostic, Détermination des facteurs pronostiques/prédictifs, Recherche, Santé publique et une fonction d'intégration : la synthèse du dossier diagnostique**

Le pathologiste a en charge, à chaque étape la responsabilité et la gestion du prélèvement humain qui lui a été confié. Quand il fait un diagnostic de maladie, il doit pouvoir intégrer, dans un dossier ACP synthétique, les actes techniques complémentaires réalisés par lui-même ou, éventuellement, confiés à d'autres disciplines (biologie..)

Il est seul en situation pour réaliser une synthèse globale intégrant diagnostic et facteurs pronostiques et/ou prédictifs destinés aux RCP, aux oncologues et aux autres acteurs de santé.

Ce rôle "pivot", centralisateur, du pathologiste permet d'éviter les données parcellaires, éclatées entre différents destinataires et redondantes, en particulier en cancérologie.

Il donne à l'ACP une importante valeur médicale ajoutée, source d'amélioration du SMR (Service Médical Rendu).

Ce rôle d'intégration doit être reconnu et valorisé comme, par exemple, la gestion du dossier ALD par le généraliste. L'étape de « désarchivage » pour KRAS peut être le premier exemple de gestion du dossier par le pathologiste ; D'autres suivront.....

5.3 Les plates-formes techniques territoriales et régionales de bio-Pathologie moléculaire

Dans un souci d'efficacité, les regroupements des ACP sur des plateformes techniques territoriales de proximité pour le niveau 1 (IHC, HIS,..) et sur des plateformes régionales pour des actes techniques hyperspécialisés de niveau 2 semblent souhaitables.

Les plateformes de bio-pathologie moléculaire ne doivent pas rentrer dans le cadre d'une stratégie d'établissement (CRLCC contre CHU) ou de spécialité (Biologie contre ACP) ou de mode d'exercice (secteur public contre secteur privé). Elles doivent être mixtes dès leur lancement et intégrer la problématique des tumorothèques, du "recours diagnostique" et, éventuellement, la formation.

Si elles restent concurrentielles (public contre privé), le secteur libéral se retournera immédiatement vers des structures de pathologie ou de biologie exclusivement privée :

Tout acte réalisé sur une plateforme régionale devrait être communiqué au pathologiste qui a adressé le prélèvement. A lui de l'intégrer dans un CR synthétique en signalant les auteurs de l'acte spécialisé (KRAS ou autre).

Cette solution permettrait la compliance du secteur libéral, éviterait les stratégies politiques d'établissement, et la multiplication de plateformes d'origine diverses.

6. ACP de santé publique : Transmission de données ACP - DMPPath

L'ACP n'est pas un "guichet" où tout le monde viendrait se servir : nos confrères, les structures épidémiologiques, les réseaux, les programmes de recherche clinique, les structures de dépistage,..les labos pharmaceutiques, etc.....Cette activité de gestion des données et des prélèvements donne une importante valeur ajoutée à notre activité diagnostique traditionnelle.

Le blocage des transmissions a été extrêmement efficace ; C'est aujourd'hui le principal levier de la profession pour faire avancer nos revendications.

Le projet de DMPPath national, d'abord expérimenté en région PACA-EST et soutenue par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, pourrait permettre à la profession de jouer le rôle de "guichet unique" à visée épidémiologique (InVS, Structures de dépistage) et de transmission de données aux réseaux de cancérologie et à nos confrères. Ne vous laissez pas dépouiller de vos moyens de pression pour faire entendre la spécialité. Nous avons évoqué, déjà, ce sujet à plusieurs reprises ; Allez consulter le site du Syndicat.

7. Consultations expertales / de second avis / Recours au diagnostic

Le diagnostic ACP difficile ou exceptionnel fait, par définition, partie du "Recours" à un pôle régional ou national dans le cadre d'une expertise diagnostique à l'image du recours en chirurgie, radiothérapie, etc...qui est devenu obligatoire dans le cadre du SROS 3

Le recours au niveau diagnostique, est tout aussi important que le traitement qu'il conditionne

Projet pour le 1^{er} trimestre 2009 Si les discussions sur ce sujet ne sont pas prioritaires, nous demanderons à tous les pathologistes de refuser toute facture hospitalière en cas d'envoi de lames pour un diagnostic difficile ou rare et de dénoncer les conventions qu'ils auraient passées avec les hôpitaux. Chaque pathologiste pourrait envoyer un courrier type (proposé par le SMPF) au directeur de chaque hôpital/CRLCC ayant dans ses murs un pathologiste expert (quel que soit la spécialité) signalant que, dorénavant, les pathologistes refuseront d'honorer les factures qu'ils leur sont adressées en cas de diagnostic difficile ou rare.

3 solutions :

- L'hôpital refuse l'examen : il devra assumer le risque de perte de chance pour patient
- L'hôpital envoie la facture au patient : solution difficilement acceptable
- L'hôpital le finance par un MIGAC spécifique.

Notre but n'est, bien évidemment, pas de mettre dans l'embarras les pathologistes « experts » mais de provoquer une réaction et donc une décision rapide de la DHOS et de la CNAM (à qui le SMPF enverra un courrier d'information) . Ce sujet n'a pas été résolu depuis plus de vingt ans, il doit l'être en 2009.

8. Divers

8.1 Redevances aux cliniques

Ce problème récurrent est à régler ville par ville, région par région. Certaines redevances sont franchement prohibitives. Vous comprendrez que le syndicat ne peut donner de mot d'ordre (cf l'amende du Conseil de la concurrence il y a peu) mais, depuis un an, un texte explicatif se trouve sur le site du syndicat.

Si nous ne pouvons vous proposer une augmentation de la lettre clé P, nous vous encourageons à vous rapprocher de la direction des cliniques pour discuter de cette redevance, ce qui vous permettrait d'économiser 5%, voire 10%. Cela s'est fait dans certaines régions.

La Fédération Hospitalière Privée, l'Union Nationale de l'Hospitalisation Privée en Cancérologie commence à prendre conscience que le médecin pathologiste devient indispensable s'il veut conserver une activité en cancérologie. Profitez-en ! Le président du syndicat est invité à leur congrès annuel, fin janvier, pour évoquer ces problèmes.

8.2 Transfert du siège du syndicat de Marseille à Paris

Ce transfert, voté en CA en juin 2008, était nécessaire pour des raisons d'efficacité. Il nous rapproche des autres syndicats médicaux et permet aux membres du CA, de passage à Paris, de régler les problèmes directement avec notre nouvelle secrétaire. Accessoirement, le coût du secrétariat sera également fortement diminué.

Cette décision a été certes difficile, pour G. Fiodière comme pour nous, mais la localisation marseillaise était difficilement tenable avec le nouveau rythme des réunions.

8.3 Réunions décembre 2008-janvier 2009

- ONDPS (Observatoire National des Professions de Santé) : 2 décembre
- GRAP (Groupe de Réflexion en ACP): 13 décembre
- Réunion téléphonique INCa pour définir les items ACP opposables : 15 décembre
- Réunion Ministère :Dr Ballereau, Muriel Dahan : 9 janvier 2009
- Congrès de l'UNHPC : 23 janvier et tout le reste.....

Malgré tous les problèmes qui nous attendent, le SMPF souhaite à tous d'excellentes fêtes de fin d'année et ses meilleurs vœux pour 2009.

Le bureau du SMPF