



Actu-Path Mars 2009

Actualités syndicales en ACP

Paris le 25 Mars 2009

**Après « *Yes, we can !* »,
maintenant « *Tout devient possible !* »**

Cet Actu-Path est différent de ceux qui le précèdent. Il n'apporte aucune information modifiant votre exercice d'aujourd'hui. Ni même de demain. Aucune valorisation... ni déflation du P. C'est déjà ça !

L'ACP est en train de traverser une période difficile. Le SMPF vous représente tous les jours à l'INCa, à l'InVS ou au Ministère. Les discussions sont d'autant plus difficiles que les intérêts des autorités de tutelles sont en grande partie opposés aux intérêts de la profession et en particulier du secteur libéral.

Les conflits sont nombreux, à la hauteur des menaces qui pèsent sur la spécialité.

Cet Actu-Path annonce le virage que prend notre spécialité. Aucun mot d'ordre n'est annoncé mais seule la réflexion de chacun est souhaitée. **L'enjeu est trop important pour perpétuer des initiatives ou des démarches individuelles.**

Avoir conscience des perspectives qui nous menacent et soutenir le SMPF qui vous défend seront nos seules recommandations... pour l'instant.

- **La mise sous tutelle par l'INCa de la profession** avec son cortège de contraintes : Standardisation-informatisation-transmission des comptes-rendus ACP pour les études épidémiologiques et le futur DCC, Tumorothèques, RCP, Mise en place de centres experts en tumeurs contrôlant le diagnostic et les techniques, Plates-formes régionales de bio-pathologie moléculaire exclusivement gérées par les CHU-CRLCC.
- **La CNAM-TS** ne s'estime aucunement concernée par le "Plan Cancer" et **bloque toute revalorisation des actes depuis 15 ans.**
- Les **obligations sanitaires** avec leurs **conséquences juridiques et économiques** : décrets "formol", "agents biologiques", gestion des déchets.
- Les futures **contraintes législatives** : nécessité d'accréditation, d'assurance qualité, d'EPP.
- Les **coûts** de personnel, de locaux, de matériel, d'anticorps **qui augmentent** de façon vertigineuse.

Toutes ces contraintes nécessitent un syndicat fort et uni pour défendre notre exercice professionnel. Un grand malaise règne aujourd'hui sur l'ACP.

Sans la mobilisation et la remise en question de chacun, tout devient possible possible !

Anapath : science ou fiction ?

Mars 2009, l'INCa met en place deux appels à projet pour l'ACP réservés aux CHU/CRLCC¹. L'un concerne la mise en place de plates-formes hospitalières de biopathologie moléculaire ; l'autre, la création de réseaux experts nationaux pour les tumeurs rares. Celui-ci impose une double lecture de ces pathologies dont certaines (lymphomes, tumeurs (neuro) endocrines) ne sont pas si rares ! Le pourcentage de diagnostics erronés ainsi que la qualité des techniques seront évalués.

Juin 2009, les plates-formes et les réseaux se mettent en place. Les ACP libéraux et hospitaliers non CHU ou CRLCC commencent à adresser leurs blocs, lames, IHC pour double lecture ou réalisation d'examens de pathologie moléculaire.

Été 2009, les CHU et CRLCC commencent à être débordés par la masse d'examens, les délais de réponses s'allongent. Les médecins pathologistes « de base » ont l'impression de se transformer en succursale de la poste.

Novembre 2009 : La CCAM-ACP est mise en place à panier de soins constants. Considérant que les nouvelles contraintes imposées aux pathologistes par le second plan cancer ne la concerne pas, la CNAM-TS refuse toute revalorisation de la cancérologie. Certains pathologistes libéraux commencent à refuser les examens complexes et structurellement déficitaires

Fin 2009, l'INCa et l'InVs, imposent par décret aux établissements de soins de réclamer aux structures ACP y exerçant des comptes-rendus ACP structurés, requêttables et directement transmissibles aux réseaux de cancérologie et aux structures épidémiologiques. Aucune contrepartie n'est prévue ; l'autorisation de traiter le cancer serait suspendue en cas de refus.

Début 2010, un ACP libéral se voit reprocher par ses correspondants de ne pas avoir réalisé suffisamment de blocs sur un sarcome, l'expert ayant répondu qu'il ne pouvait répondre sur les 6 blocs communiqués pour une tumeur de 10 cm.

Parallèlement, une patiente porte plainte contre un ACP de CHG car la plate-forme de biopathologie moléculaire n'a pu réaliser de test K-RAS sur un tissu fixé avec un substitut de formol.

Mars 2010, une grosse structure de biologie dépose plainte contre l'INCa pour avoir lancé des appels à projets discriminatoires exclusivement réservés au secteur public.

Avril 2010, un an après les biologistes, l'accréditation des structures d'ACP devient une obligation pour la profession qui dispose de six ans pour se mettre en règle. Il est prévu que plus de 50% des structures privées disparaissent. Pour les CHG, c'est la DHOS qui doit décider unilatéralement.

Fin 2010, première évaluation du projet "tumeurs rares". L'INCa publie un taux de 9 % d'erreurs décelées dans les secondes lectures ; 26% des sarcomes seraient mal typés en première lecture. Un journaliste de Marianne s'empare de l'information et jette le discrédit sur la profession. Il rappelle le scandale concernant le statut des récepteurs d'œstrogènes dans une série d'hôpitaux canadiens en 2007.

L'INCa décide que les tests HER2 seront exclusivement réservés aux plates-formes de biopathologie régionale. En même temps, toute une série de tests KRAS effectués sur une plateforme se sont révélés erronés ; il n'est pas précisé si une erreur technique ou le fixateur utilisé en était responsable.

Début 2011, en réaction, les ACP « de base » décident de faire « le strict minimum » sur les prélèvements qui leur sont adressés et qui concernent ces tumeurs rares. La subvention INCa étant

insuffisante, les réseaux experts n'ont plus assez d'argent pour financer les anticorps nécessaires au diagnostic. Ils décident de ne plus payer les indemnités de transmission aux médecins pathologistes. Par ailleurs, les délais de réponse deviennent inacceptables.

Certains pathologistes du secteur libéral envoient directement les actes de pathologie moléculaire vers les structures de biologie spécialisée (Biomnis, Cerba, ...) qui prennent en charge les frais postaux

Février 2011, le test HPV passe en dépistage primaire diminuant le nombre de frottis d'environ 75%.

Avril 2011, la découverte d'un cancer ORL chez un technicien d'ACP entraîne l'inculpation pénale des médecins pour empoisonnement par non substitution du formol.

Mi 2011, une direction hospitalière de CHG décide de supprimer le poste de secrétariat créé grâce aux indemnités de transmission. Devant la grogne des secrétaires restantes, le chef de service décide de ne plus envoyer systématiquement pour deuxième lecture. Deux mois plus tard, une patiente porte plainte contre le service. Traitée pour un lymphome et n'ayant pas bénéficiée d'une seconde lecture, elle considère qu'il s'agit là d'une perte de chance et d'une discrimination.

L'affaire s'ébruite. Tous les ACP « de base » prennent conscience des implications médico légales de ces appels à projet. Le coût des assurances professionnelles (RCP) explose en libéral.

Fin 2011, malgré l'arrêt des indemnités de transmission, les plates-formes de biopathologie et les réseaux experts n'arrivent pas à équilibrer leur budget. Les directions hospitalières leur demandent de facturer en PHN aux ACP « transmetteurs » les examens complémentaires.

Début 2012, les ACP « de base » jettent l'éponge. Ils demandent à leurs correspondants d'adresser directement aux services d'ACP rattachés aux plates-formes et aux services experts leurs biopsies/pièces opératoires dès qu'il y a une suspicion de cancer.

Parallèlement, devant l'inflation de PHN hospitaliers, la DHOS les supprime; chaque service de pathologie doit être auto-suffisant.

Fin 2012, les cliniques exerçant la cancérologie se recentrent vers d'autres spécialités : ophtalmologie, médecine physique, cardiologie.

2013, grève dans les services d'ACP des CHU et des CRLCC. Le personnel médical et non médical ne peut plus assumer cette nouvelle charge de travail. Les directions hospitalières refusent de céder considérant que, compte tenu de la cotation de ces actes, elles ne disposent pas des ressources nécessaires pour embaucher du personnel et acheter du matériel.

2014, 10 décès sont à déplorer compte tenu d'un trop grand retard au diagnostic ACP et donc au traitement.

Fin 2014, l'INCa fait le bilan catastrophique de ses appels à projet. La prise en charge du cancer ne s'est pas améliorée. Les délais de réponse ont doublé. De nombreux projets de recherche n'ont pu être menés à bien, les ACP des CHU et CRLCC ayant été trop occupés à gérer la routine carcinologique.

Dans certaines régions de France ne disposant ni de CHU ni de CRLCC et les CHG locaux et les cliniques ayant décidé ne plus s'occuper du cancer, les patients sont obligés de se faire prendre en charge dans des métropoles voisines. Les délais d'attentes atteignent ceux de l'Angleterre vers la fin du XX^{ème} siècle.

L'INCa décide de mettre fin à son expérimentation. Il est trop tard. Les 5 ans écoulés ont totalement terni l'image de la spécialité. Plus aucun étudiant en médecine ne se dirige vers l'ACP. Les médecins pathologistes ne sont plus assez nombreux pour assumer leur mission et, surtout, déresponsabilisés, ont perdu l'habitude des diagnostics ACP complexes. Des laboratoires mixtes biologie/ACP étrangers aux mains de fond d'investissement en profitent pour faire main basse sur l'ACP française. Ils proposent une facturation sensiblement plus élevée que les cotations françaises. Les hôpitaux, n'ayant pas le choix, cèdent. Dans le secteur privé, certains patients n'ont plus les moyens d'avoir accès à un examen ACP.

Début 2015, ...

2020 : en 2007, le Conseil National de l'Ordre des médecins comme plusieurs URML prévoyaient une démographie ACP en baisse de 50%, elle est en fait de 77%.

Nous sommes tous responsables de notre avenir.

Exprimez vous.

Adhérez au syndicat

ⁱ http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/aap_2009_centre_reference_5_mars_jmb.pdf
http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/aap_anapath_190209.pdf