



***du Compte-Rendu Fiche Standardisé (CRFS)
au Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC)***
*Un grand danger pour le pathologiste
Il valorisera l'ACP ou, inversement, l'exclura définitivement*

L'exercice de l'anapath change. A une activité, autrefois exclusivement diagnostique, s'est rajouté pour le pathologiste une ACP pronostique et prédictive du traitement et, aujourd'hui, une activité de santé publique : CRFS, RCP, tumorothèques, participation au DCC, épidémiologie, etc...

La quasi-totalité de ces responsabilités et contraintes supplémentaires ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie et surtout ne valorisent en rien notre discipline qui reste totalement oubliée dans le « Plan Cancer ».

1- Le CRFS et ses conséquences pour le pathologiste

Séduisant par l'homogénéité des réponses apportées, le Compte-Rendu Fiche Standardisé (CRFS) permettra d'améliorer la prise en charge des patients atteints de cancer. Par contre le coût financier et le risque juridique sont totalement occultés.

On se dirige, aujourd'hui, vers un véritable *Dossier Médical Personnel Cancérologique Standardisé et Informatisé*, empilant des données qui ne sont pas toujours nécessaires à la coordination ou à la qualité des soins et dont le pathologiste aura l'entière responsabilité. Il regroupe : Données cliniques et antécédents, compte rendu standardisé d'ACP, résultats pronostiques et prédictifs à but thérapeutique, données épidémiologiques et statistiques, données destinées aux publications et à la recherche, renseignements utilisables par le contrôle médical. Il est donc nécessaire d'en évaluer les conséquences pour le pathologiste.

_ Le Compte rendu Standardisé : Un gage de qualité ?

La standardisation n'est en rien un gage de qualité pour un compte-rendu. La qualité du diagnostic restera toujours dépendante de la compétence du pathologiste.

_ Les conséquences sur le statut de la spécialité

Le CRFS, tel qu'il nous est aujourd'hui proposé, transforme et résume l'acte médical du pathologiste à la saisie d'une batterie d'items plus ou moins quantifiés. Le pathologiste, transformé en producteur d'items, sera assimilé, inéluctablement, à un automate de biologie. Il redeviendra un prestataire de service sans le moindre poids sur ses propres interprétations. Son « acte intellectuel » n'en sera que plus insignifiant, donc, dévalorisé.

_ Les conséquences juridiques

Le CRS servira à la prise en charge des patients, mais, également, d'outil épidémiologique, de contrôle des actes médicaux, d'évaluation de la capacité technique de la filière de soins, et, enfin, aux patients en cas de conflits. Etant donné l'obligation de moyens réclamée au médecin, le CRFS risque de générer de nombreux conflits juridiques patient-médecin ACP ou CPAM-ACP suite à une incompréhension des standards et à une méconnaissance médicale du malade. Dans une "judiciarisation" de la médecine, un item mal rempli, non rempli ou erroné, une recoupe insuffisante du chirurgien, pourront ainsi être source de procès pour "perte de chance".

_ Les conséquences financières

Comment comparer un compte-rendu d'ACP d'aujourd'hui avec celui réalisé il y a 15 ou 20 ans ? D'un simple diagnostic de cancer avec grade et stade, on est passé progressivement à des protocoles macroscopiques extrêmement contraignants car exhaustifs et à un compte-rendu histologique multipliant les items (plus de 80 pour le sein) ce qui nécessite une multiplication des blocs d'inclusion et des coupes, alors que, parallèlement, aucune revalorisation des actes n'a suivi (baisse de # 20 % en francs constants). Le CRFS aggravera la situation actuelle ; Il imposera des « principes de précaution » en entraînant une multiplication des blocs à réaliser (recoupes, limites, ganglions, etc..). *Il est donc urgent de déterminer « le coût de la pratique » qui a de tout temps été largement sous-évalué. Le coût financier moyen pour chaque bloc ou chaque lame réalisé en est un des principaux éléments. Celui-ci était estimé, il y a 2 ans, à plus de 10 €/bloc en secteur libéral et bien davantage en secteur public. Il ne devra pas être évalué de*

manière rétrospective, comme entend le faire la CCAM, mais de manière prospective, c'est à dire en intégrant les normes actuelles et à venir de la pratique (locaux de macroscopie, ventilation, moyens d'examen extemporané, élimination des déchets, substituts de formol, prélèvement pour tumorotheque...) Grâce au CRFS, il est aujourd'hui facile de déterminer un nombre moyen de blocs par pièce d'exercice complexe pour cancer et de déterminer ainsi un coût moyen de la pratique. L'Assurance Maladie ne pourra pas suspecter les pathologistes de dérive en multipliant les blocs. N'ayant pas été envisagé dès les premières discussions, il sera cependant extrêmement difficile d'intégrer le coût par bloc dans la future CCAM.

Au coût supplémentaire de technique de blocs et de lames générés par les référentiels, il convient d'ajouter : La mise à niveau des systèmes informatiques, les temps de travail supplémentaire de secrétariat, de recoupe macroscopique et de lecture pour le pathologiste ainsi que la mise en place d'un financement pour les multiples participations aux RCP.

2- du CRFS au DCC

Point de départ et base du futur Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC) , le CRFS sous sa forme informatisée, c'est-à-dire permettant d'extraire les données et de les envoyer vers le DCC, est aujourd'hui devenu un outil indispensable pour la mise en place d'un tel dossier médical. Compte-rendu de RCP (Réunion Cancérologique Pluridisciplinaire) et PPS (Programme Personnalisé de Soins) le compléteront

Conscients de son intérêt, chirurgiens, oncologues, réseau de cancérologie, INCa, épidémiologistes (services hospitaliers d'information médicale, registres des tumeurs, dépistages,...), tous souhaitent nous imposer un tel compte-rendu sans aucune contrepartie pour la discipline (en terme financier ou de statut). Les cliniciens le réclament dans l'intérêt de leurs patients, les épidémiologistes pour implémenter leurs bases de données statistiques et justifier leurs postes.

Le rêve des CRISAP était de créer une base donnée nationale regroupant les codes organe-lésion des diverses pathologies. L'informatisation de la plupart de nos cabinets, la codification ADICAP, les 38 CRFS prévus, l'existence de CRISAP la rendent parfaitement crédible en cancérologie et, cela, à très faible coût financier. Mais qu'en retirera notre discipline en terme de reconnaissance si nous acceptons de perdre tout contrôle de nos interprétations à travers les CRFS envoyés directement dans les DCC.

Dès 2004, certains pathologistes évoquaient ce problème et proposaient, dans une lettre au Président de la SFP, de faire transiter les CRFS informatisés par un serveur CRISAP régional ou, mieux, national avant de les livrer aux épidémiologistes ou aux tutelles. Aujourd'hui la mise en place des DCC régionaux a débuté.

En 2007, deux expérimentations sont en cours : l'une à l'initiative des pathologistes de la région PACA, l'autre initiée par l'INCa en Pays de Loire. La première prévoit une interface ACP type serveur CRISAP impliquant toutes les sociétés de logiciel, la seconde, avec les sociétés Santéos et Infologic, demandera aux pathologistes d'envoyer directement leur CRFS vers le DCC régional. Cette dernière solution est privilégiée par l'INCa et les réseaux qui veulent s'affranchir de l'éventualité d'un serveur anapath qui pourrait devenir incontournable et être un moyen de pression pour notre spécialité. Notre propos, bien sur, n'est pas de privilégier une société informatique par rapport à une autre, mais de garder la maîtrise de nos diagnostics et de nos bases de données.

Le choix est simple pour l'anapath : soit continuer à « vivre caché » en disparaissant totalement dans les méandres du futur DCC à l'instar des résultats de biologie, soit obtenir que le pathologiste garde un maximum d'influence au sein des réseaux de cancérologie et auprès de nos tutelles. A nous de ne pas vendre l'anapath pour un « plat de lentilles » ; Il est probable que l'INCa proposera aux pathologistes coopérants un pourboire de quelques euros pour implémenter directement le DCC avec les CRFS. Mais, comme pour les RCP, cette indemnisation n'aura qu'un temps et sera inégale selon les régions. Elle ne débouchera, en outre, sur aucune valorisation de notre discipline qui restera méconnue.

3-L'expérience de PACA-EST

Le CRISAP PACA-EST est né fin 2004, profitant de la dynamique et des financements pour la mise en place du plan cancer.

L'idée était de proposer au réseau régional de cancérologie « ONCAZUR » un outil d'assurance qualité permettant un suivi épidémiologique exhaustif des cas incidents de cancer invasif à partir des diagnostics histologiques d'anapath codés en ADICAP, extraits selon les spécifications de la fédération nationale des CRISAP et regroupés dans une base de données exploitable en temps réel.

La quasi-totalité des pathologistes libéraux, hospitaliers et du centre anti cancéreux a adhéré d'emblée au projet et a participé à son efficacité. La zone d'influence du CRISAP PACA EST s'étend de Fréjus à Menton en incluant la Haute Corse et Monaco.

Les résultats 2005 communiqués à ONCAZUR et à l'ARH ayant été jugés très satisfaisants, l'ARH a souhaité dès le début de 2006 que le CRISAP PACA EST propose d'étendre son offre de service à l'ensemble de la région PACA, cette zone couvrant alors le territoire du réseau régional ONCAPACA né du regroupement des 4 réseaux territoriaux de cancérologie (ONCAZUR, R2C, ONCOREP et ONCOSUD). Cette ouverture s'est accompagnée d'un financement en grande partie pérenne de l'ARH/URCAM, vis des dotations DRDR et MIGAC.

Parallèlement à cet objectif princeps, le CRISAP PACA EST poursuit son travail de valorisation du travail des pathologistes à travers plusieurs projets :

- La mise en place du compte rendu standardisé en pathologie mammaire dans le cadre du futur dossier communicant en cancérologie (DCC), en accord et avec l'appui de l'Institut national du cancer, co-financé par le conseil général des Alpes Maritimes et l'ARH.
- L'interopérabilité des systèmes d'information avec les structures en charge du dépistage organisé.
- La reconnaissance des procédures d'assurance qualité « CRISAP » au titre de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).
- La reconnaissance du rôle incontournable des pathologistes dans les problématiques « tumorothèques » et « génomique des tumeurs » par l'élaboration de conventions et chartes spécifiques (appel à projets de l'InCa).
- La prise en compte du décret « formol » par l'organisation d'une expérimentation des nouveaux fixateurs (financée par le conseil général des Alpes Maritimes).

En PACA, le pathologiste, jusqu'alors obscur producteur de sentences diagnostiques est devenu un authentique acteur de santé public, reconnu et respecté comme tel.

Inversons l'aphorisme de Jean d'Ormesson : « la vie est une longue catastrophe avec de brefs triomphes... »

4-Pourquoi vouloir reproduire cette expérience à l'échelon national ?

♦Etat des lieux :

Comme la plupart des disciplines médico-chirurgicales, notre spécialité est sinistrée.

Contrairement à la plupart des disciplines médico-chirurgicales, notre spécialité possède un très puissant outil structurant : le code ADICAP, utilisé par la quasi-totalité d'entre nous, et des systèmes de gestion informatique nous permettant facilement d'extraire ces données.

Preuve est maintenant faite que des informations anapath contrôlées et gérées par une équipe professionnelle, constitue une base de données très fiable, précieuse en termes de santé publique, au point que nos autorités de tutelle, les collectivités territoriales, les structures de recherche épidémiologique, ou de dépistage, contribuent au financement de leur recueil et gestion en PACA.

♦Enjeux :

Selon F. Van Roekeghem (22/03/2007) :

1 euro supplémentaire sur le C (de 22 à 23 €) = 260 millions d'euros pour CNAM/an

Selon "Point Stat" n° 43 de l'Assurance Maladie :

Total des honoraires des pathologistes en 2004 = 230 millions d'euros/an

Sur de telles bases, comment espérer une quelconque considération ?

Notre seule solution est d'apparaître comme un vrai partenaire en maîtrisant et en valorisant l'information que nous produisons. C'est en disposant d'un outil puissant, fiable et pérenne que nous pourrions négocier des accords professionnels « gagnant-gagnant ».

♦**Solutions :**

Profitons de l'absence de clivage public/privé de la profession, utilisons l'outil ADICAP-CRISAP, et enfin, mettons sur pied un système national de recueil, de gestion et de valorisation de la masse colossale d'information dont nous disposons.

Le procédé de traitement des données garantit à chaque structure le respect de ses propres données, seule la masse globale des informations étant communiquée, chacun bénéficiant de ses propres statistiques personnalisées.

Un système a fait ses preuves, utilisons-le...

La fédération des CRISAP doit donc être réanimée pour mener à bien ce projet, elle doit devenir l'alliée objective du syndicat des médecins pathologistes français dans sa démarche de soutien de la profession.

♦**INCa, DCC et CRFS.**

Le DCC, projet initié dans le cadre du plan cancer, accuse un retard significatif. Le CRFS est un élément pivot de ce DCC. En imposant à marche forcée ce CRFS aux pathologistes, l'INCa peut non seulement présenter à moindre frais un début de DCC, mais encore « prendre le contrôle » des données de l'anapath. Là encore, il est impératif que la profession s'organise autour des standards souhaités pour gérer elle-même la base de données issue des CRFS. L'objectif n'est pas de bloquer le système, mais au contraire d'y contribuer en permettant au DCC d'avoir un interlocuteur unique : la base de données CRISAP, **dont les pathologistes restent maîtres.**

Là encore, c'est la notion d'accord « gagnant-gagnant » qui doit être mise en avant en proposant à l'INCa l'accès à une base sécurisée unique, gérée par la profession, évolutive, et avec toutes les garanties issues des contrôles de qualité. Toute expérimentation locale devra donc être effectuée en concertation avec l'ensemble de la profession par l'intermédiaire du Syndicat des Médecins Pathologistes Français.

Il est nécessaire que le syndicat ait aujourd'hui une position claire sur ce sujet qui engage notre avenir. Notre objectif est de valoriser l'ACP en utilisant nos ressources épidémiologiques par l'exploitation du codage ADICAP et d'intégrer les CRFS au sein des DCC à condition qu'ils servent la profession plutôt que l'asservir.

Ne nous laissons donc pas déposséder de notre travail par les tutelles, les épidémiologistes ou les cliniciens, ceci sans le moindre effet positif pour notre discipline.

*Drs Christophe SATTONNET & Michel GUIU – Membres du CA du SMPF
Avril 2007*