



**SYNDICAT
DES MÉDECINS
PATHOLOGISTES
FRANÇAIS**

Anatomie et Cytologie Pathologiques (ACP)

Une identité particulière

Etat des lieux

L'ACP est une spécialité exclusivement médicale, peu connue du grand public, mais **centrale dans le soin au patient, ne serait-ce que par sa fonction de diagnostic qui engage lourdement sa responsabilité et le devenir du patient**. Il y a trente ans déjà, le livre de référence du professeur F. Cabanne résumait cette spécialité en une phrase et anticipait sur la biologie moléculaire : *L'anatomie pathologique "se définit comme l'étude des lésions macroscopiques, histologiques, ultrastructurales et biomoléculaires apportées par la maladie aux organes, aux tissus et aux cellules"*.

Le médecin pathologiste effectue un diagnostic lésionnel à partir d'un prélèvement tissulaire (histologie) ou cellulaire (cytologie).

Ce diagnostic peut être réalisé au cours d'une intervention chirurgicale (examen extemporané) ou après des manipulations techniques relativement longues conduisant à une préparation microscopique. L'examen de ces préparations n'est pas automatisable et nécessite une lecture individuelle au microscope par un médecin pathologiste mettant en jeu un travail intellectuel comparable à celui d'une consultation clinique ou à l'interprétation d'un examen d'imagerie.

On aboutit à un diagnostic morphologique transmis au clinicien sous forme d'un compte-rendu textuel. Dans de nombreuses maladies, plus particulièrement en cancérologie, **le diagnostic anatomo-pathologique est le seul à avoir valeur de certitude et constitue le préalable indispensable à toute stratégie thérapeutique**. Il précise la validité des limites chirurgicales, guidant le bistouri du chirurgien ou indiquant la nécessité d'un complément thérapeutique.

Les progrès de la connaissance scientifique et les contraintes administratives ont conduit les médecins pathologistes à assurer des fonctions supplémentaires, essentiellement dans le domaine de la cancérologie :

- Production de facteurs pronostiques et prédictifs nécessaires à la stratégie thérapeutique par l'application de techniques complexes d'immuno-histochimie ou de pathologie moléculaire en prolongement direct avec l'étude morphologique à laquelle ils doivent être corrélés.
- Production de données épidémiologiques par la gestion informatisée des structures (cabinets et services), couplée à l'archivage obligatoire des dossiers et des prélèvements, nécessaires à la tenue des Registres du Cancer, à l'InVS, aux structures de dépistage et aux programmes de recherche clinique.
- Le Plan Cancer a mis la spécialité en position de "système expert" médical. En raison de son rôle de synthèse anatomo-clinique, elle est partie prenante, à l'instar des cancérologues et des chirurgiens, de toutes les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires en Cancérologie (RCP). Enfin, sous sa forme standardisée et informatisée (CRFS), son compte-rendu est l'élément indispensable et structurant nécessaire à la mise en place du Dossier Communiquant en Cancérologie (DCC)

Le pathologiste intervient dans d'autres problèmes de santé publique : programmes de dépistage (col utérin, colon, sein), maladie d'Alzheimer, certaines maladies infectieuses, et, bien évidemment, activité autopsique et foetopathologie.

Le rôle de l'ACP n'est pas d'effectuer des examens techniques ou des dosages ponctuels mais d'aboutir à un diagnostic précis débouchant sur une prise en charge globale du patient. Ses responsabilités sont, donc, radicalement différentes de celles de la majorité des biologistes dont l'activité s'est progressivement transformée en un métier de technicien dans un contexte industriel de plus en plus capitalistique comme le montre l'intérêt qu'y portent aujourd'hui les grands groupes. D'où la forte tendance aux regroupements, aux investissements de capitaux, à la recherche d'économies d'échelle qui permettent et justifient des réductions de coûts de prise en charge. Les automates de biologie fournissent des résultats chiffrés dont l'interprétation relève d'autres corps de spécialistes médecins.

La meilleure preuve en est qu'aucune règle n'impose désormais la présence d'un nombre minimum de médecins dans un laboratoire de biologie ou que la profession pourrait s'ouvrir aux chimistes

Dans une spécialité en pleine évolution, le médecin pathologiste reste un « artisan » au sens d'homme ou de femme de l'art médical dont la mission première est, dans un contexte humain, d'interpréter une image, de **fournir un diagnostic ainsi que des facteurs pronostiques et prédictifs nécessaires à une stratégie thérapeutique** appropriée, au-delà de toute mesure quantitative.

Ses quatre fonctions, **diagnostique, pronostique, prédictive et épidémiologique** confèrent à cette spécialité une identité particulière et font du pathologiste un acteur de Santé Publique unique du système de soins. Son exercice très spécifique n'est partagé par aucune autre spécialité.

Il est pourtant souvent ignoré des malades et très mal appréhendé par les tutelles. Ce paradoxe est au cœur des problèmes que rencontre actuellement la discipline.

Toute éventuelle modification de son statut d'exercice professionnel doit prendre en compte sa spécificité au carrefour de la clinique, de l'imagerie et de la biologie, et tenir compte du fait que le pathologiste réalise des actes intellectuels (décision médicale), non automatisables et à haute valeur ajoutée, aux antipodes de la biologie "industrielle".

Pour le Pr Dirk J Ruiter – Président European Board of Pathology de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) : *"La grande force des pathologistes, leur permettant de conserver une place essentielle et méritée dans la médecine moderne, réside dans leur capacité intellectuelle unique à additionner et intégrer une énorme quantité de données cliniques, anatomiques, histologiques, cytologiques et moléculaires - obtenues par des méthodes variées - afin d'établir un diagnostic et un pronostic."*

le Syndicat des Médecins Pathologistes Français (secteurs hospitalier et libéral)

Contact : Tél : 04 68 51 30 73

Mail : pathologie.66@wanadoo.fr

Sites ACP :

<http://www.afaqap.org>

<http://www.sfpathol.org>

<http://www.smpf.info>

<http://www.francepathol.org>

<http://www.francesfcc.org>

ETAT DES LIEUX

1- L'ACP EN CHIFFRES

- ♦Exercice de l'ACP
 - en secteur public ou semi-public : 177 structures. CHU (64), CHG (80), CLCC(20), hôpitaux de l'armée(8), PSPH (5),
 - en secteur libéral : environ 308 structures privées.
- ♦On recense 1 435 médecins spécialistes en ACP en métropole : 705 médecins libéraux et 730 en exercice salarié.
- ♦En 2005, le coût annuel total de l'ACP libérale a été de 232 M€ pour l'Assurance Maladie, soit 6 % de celui de la biologie et 10 % de la radiologie.
- ♦ Le coût économique de la prise en charge du cancer, toutes localisations confondues, s'élève à 11 milliards €/an (INCa 2007) ; le coût annuel du diagnostic ACP, au centre de cette dépense, n'atteint pas, en secteur libéral, 90 millions €, soit moins de 0,8 % .
- ♦La population des pathologistes aura diminué de 50 % à l'horizon 2020. L'âge moyen est élevé (48 ans).

2- UNE SPECIALITE INCONTOURNABLE

- ♦Acteur essentiel dans de nombreuses maladies, le médecin pathologiste est indispensable pour porter un diagnostic de "cancer" préalable à tout traitement. Il participe aussi au dépistage, estime le pronostic de cette maladie et étudie la sensibilité des cellules malignes aux nouvelles thérapies permettant de mettre en œuvre un traitement adapté à chaque cas. Son support diagnostique est le tissu humain ou la cellule.
- ♦Souvent méconnu et confondu avec le biologiste, Il réalise un acte *intellectuel* (décision médicale), *non automatisable et non répétitif* (à la différence de la biologie ou de la radiologie). Le rapport Service Médical Rendu/ coût de cet acte est exceptionnel.
- ♦Son positionnement au sein du système de soins est mal appréhendé par les tutelles qui l'incorporent souvent dans la biologie, ceci d'autant plus les services hospitaliers d'ACP font fréquemment partie de pôles de biologie.
- ♦L'ACP, spécialité médico-technique, est une discipline hybride, à cheval entre la biologie, auquel elle emprunte des actes techniques, et les spécialités cliniques, en particulier la cancérologie, par les diagnostics qu'elle porte et son impact sur les choix thérapeutiques. Elle s'apparente également à la radiologie par l'interprétation d'images et l'utilisation d'un plateau technique qui ne sert qu'à préparer les coupes (les images) histologiques.
- ♦La participation des pathologistes aux Réunions de Concertation Pluri-disciplinaire (RCP) en cancérologie comme l'obligation d'avoir le compte-rendu anatomopathologique, le compte-rendu chirurgical et celui de RCP dans le dossier du patient témoignent de la place centrale du pathologiste en cancérologie. Ces obligations font partie des critères d'agrément pour la chirurgie du cancer édictés par l'INCa. Sa connaissance, à la fois, de l'anatomie, de la morphologie, de la clinique et de la biologie permet au pathologiste d'établir des corrélations anatomo-cliniques indispensables pour une prise en charge optimale des patients.

3- LE CADRE LEGISLATIF

- ♦Spécialité de tous temps réservée aux médecins, la pratique anatomopathologique était autrefois considérée par le législateur comme partie –spécifique et limitée- de la Biologie médicale
- ♦Depuis la Loi n° 87-39 du 27 janvier 1987, les médecins ACP peuvent exercer en dehors du cadre législatif de la Biologie Médicale en tant que Médecins Spécialistes.

♦ La loi n° 95-116 du 4 février 1995 modifiant l'article L. 6211-8 du Code de la santé publique exclut les actes d'anatomie pathologique de la qualification d'analyse de biologie médicale. Les actes ACP ne sont plus dès lors des prestations de service, mais des actes médicaux à part entière, au même titre que les consultations médicales ou les actes englobant techniques et acte intellectuel (examens radiographiques, explorations endoscopiques).

♦ Aujourd'hui, la plupart des médecins ACP libéraux exercent en tant que médecins spécialistes conventionnés, secteur I (89%). Leurs actes sont cotés à la NGAP avec une lettre clé spécifique, le P.

Les pathologistes hospitaliers exercent au sein de services indépendants en CHU, CLCC et CHG.

♦ Au second trimestre 2008, la NGAP va être abandonnée au profit de la CCAM-ACP (Classification Commune des Actes Médicaux en ACP).

♦ En Europe, les services de pathologie sont indépendants des structures de biologie L'Anatomie Pathologique étant depuis toujours reconnue comme une spécialité médicale dans tous les pays européens, les Pathologistes abandonnèrent en 1988 la section "Laboratoire de biologie" pour créer leur propre section d'Anatomie et de Cytologie pathologiques (<http://www.europathol.org>)

4- ORGANISATION DE LA SPECIALITE

4.1 Un syndicat unique

Les anatomo-pathologistes sont représentés par un Syndicat Professionnel unique, le Syndicat des Médecins Pathologistes Français, qui regroupe l'ensemble des praticiens libéraux ou salariés (2 pathologistes sur 3 y sont adhérents) .

4.2 Des sociétés savantes

-La Société Française de Pathologie

-La Société Française de Cytologie Clinique

-L'Académie Internationale de Pathologie

4.3 Une Assurance Qualité et une organisation de FMC de longue date

L'anatomie et cytologie pathologiques comporte un *acte technique*, non automatisable, nécessitant un contrôle de qualité et, surtout, un *acte intellectuel* (décision médicale) correspondant à l'interprétation d'une image (à l'instar de la radiologie) débouchant sur un diagnostic clinique et un traitement. Si la partie technique représente en biologie la quasi-totalité de l'acte, c'est presque l'inverse en ACP au profit de l'acte intellectuel.

▣ **L'Association pour l'Assurance de Qualité en Anatomie Pathologique (AFAQAP)**. (Conscient de ces enjeux, les pathologistes se sont organisés au sein de l'AFAQAP (agréé HAS). (cf. annexe 1 et 2)

▣ **Formation Médicale Continue**

Lancée dans les années 70, la **FMC** est conjointement assurée par la Société Française de Pathologie (SFP), L'Académie Internationale de Pathologie (AIP), la Société Française de Cytologie Clinique, l'AFAQAP et par l'organisation d'enseignements post-universitaires et de congrès nationaux.

▣ **Financements**

Les sessions de formation de FMC sont depuis toujours financées par les pathologistes sans la moindre aide extérieure.

4.4 Cours de formation des médecins pathologistes en France

- Etudes médicales avec validation du CSCT (certificat de synthèse clinique et thérapeutique)
- Examen National Classant, choix : « spécialités médicales »
- Diplôme d'études spécialisées de médecine, anatomie et cytologie pathologiques (DES ACP),
- Un certain nombre de pathologistes ont un DEA de biologie moléculaire
- Actuellement la plupart passent par un poste d'assistant en CHU

- Maquette du DES :- 10 semestres : 7 dans la spécialité et 3 autres agréées par le DES
 - 24 CHU
 - 300 heures de cours, formation pratique au cours des stages
 - 132 postes de DES ACP dans 7 inter régions
 - 65 postes occupés par des internes du DES ACP

4.5 Le métier

Le diagnostic ACP est intellectuel, fait par un médecin pathologiste au microscope. Auparavant, le tissu humain ou les cellules auront fait l'objet d'un processus médico-technique relativement long : étude macroscopique (étape de dissection et d'échantillonnage), transformation des échantillons ou des biopsies en blocs de paraffine, confections de lames histologiques colorées pour l'examen au microscope.

Le médecin en charge du soin se réfère à cet examen pour établir un diagnostic et déterminer les facteurs qui interviendront dans la décision thérapeutique, par exemple, en cas de cancer ou de maladies dont le diagnostic clinique difficile nécessite une expertise in situ des lésions. Cet examen peut être réalisé au cours d'une intervention chirurgicale (examen extemporané).

Le flux général n'est pas automatisé en dehors de quelques machines à imprégner les tissus ou colorer les lames et des automates d'immunohistochimie.

Le diagnostic est produit sous forme d'un compte rendu textuel engageant totalement la responsabilité du pathologiste.

Les examens ACP chez les patients sont non répétitifs et peu fréquents comparés à d'autres tests, dosages ou examens radiologiques.

5- UNE DISCIPLINE AUJOURD'HUI DESTABILISEE

♦L'énorme retard à la mise en place de la CCAM-ACP a bloqué depuis plus de sept ans toute évolution tarifaire ainsi que l'inscription d'actes nouveaux pourtant validés par l'ANAES/HAS dès 2004, en particulier ceux de pathologie moléculaire.

♦En € constants, la spécialité a connu, en vingt ans, une baisse de la rémunération de ses actes de 31% à 53%, rendant, par exemple, en oncologie, l'examen des pièces opératoires complexes totalement déficitaires en secteur libéral comme hospitalier.

L'introduction des PHN (P hors nomenclature) dans les hôpitaux pour valoriser des cotations déjà existantes témoigne de la sous-cotation des actes d'ACP.

Parallèlement, on a assisté à une augmentation majeure du temps de travail, en partie issue du développement de la cancérologie, difficilement supportable aujourd'hui.

♦Les nouvelles contraintes législatives (sécurité sanitaire), médicales (issues du plan cancer : RCP, Comptes-rendus Fiches Standardisés) et de santé publique (Transmissions de données et de prélèvements aux registres des tumeurs, structures de dépistages, InVS, réseaux, tumorothèques,...) renchérissent de façon majeure les coûts de l'ACP et accroissent le travail du pathologiste.

♦L'exemple des consultations de "second avis" ou "expertales" témoignent de l'incohérence de la situation actuelle. Alors que le diagnostic du pathologiste a des conséquences majeures, humaines pour le patient et économiques pour l'Assurance Maladie, la CNAMTS refuse la prise en charge d'un éventuel second avis auprès d'un expert hospitalier en cas de diagnostic difficile ou rare et le contraint à payer lui-même la consultation deux à dix fois le prix de ses propres honoraires ! Cette situation – unique dans le monde médical – qui met en évidence l'importante sous-cotation de ces actes en secteur libéral, est d'autant plus incohérente que, si "*perte de chance*" ou "*inégalité d'accès aux soins*" il y a, elle débute au diagnostic du pathologiste, c'est-à-dire au départ de la chaîne thérapeutique.

Cette évolution limite l'efficacité de cette spécialité en terme de "*Service Médical Rendu*" et risque à terme d'entraîner une dégradation de la qualité des soins.

C'est la raison pour laquelle les représentants de la spécialité (sociétés savantes, associations et syndicat) s'étaient rendus ensemble à la CNAMTS le 6 décembre 2007 pour alerter le département des soins de la crise prévisible qui n'est pas seulement démographique

6- BIOLOGIE ET PATHOLOGIE

- ✓ Qu'y a-t-il de commun entre un résultat de PSA à 4,2 ng/ml issu d'un automate de biologie et la recherche sur 12 biopsies prostatiques d'une glande atypique permettant de porter un diagnostic d'adénocarcinome prostatique impliquant prostatectomie ou radiothérapie ?
- ✓ Qu'y a-t-il de commun entre un taux de CA 15-3 élevé et une biopsie mammaire concluant à un carcinome mammaire, récepteurs hormonaux positifs et test HER2 négatif permettant de décider d'une tumorectomie mammaire suivie d'un traitement anti-œstrogénique et d'une contre-indication au traitement par Herceptin® ?
- ✓ Aucun examen ne permet aujourd'hui de classer une tumeur et son extension avec autant de précision que l'anatomopathologie (classification pTNM).
- ✓ Combien de lymphomes sont diagnostiqués par les Pathologistes, alors que les examens de cytogénétiques pratiqués simultanément reviennent normaux.
- ✓ Malgré les progrès du diagnostic anténatal, les autopsies de fœtus et de mort-nés informent les parents de l'existence ou non d'une anomalie génétique, les orientant si besoin est vers le conseil génétique.
- ✓ Peut-on obtenir en ACP, à l'instar de la biologie, des gains de productivité alors que chaque acte diagnostique est manuel, non automatisable, non répétitif et qu'au contraire, les contraintes actuelles du "plan cancer" (comptes-rendus standardisés, multiplication des prélèvements, RCP, transmissions de données tumorothèques) aboutissent à l'effet inverse en augmentant leur complexité ?

Il apparaît ainsi impossible de raisonner en ACP comme en biologie en terme de dérégulation du capital, de baisse des tarifs, de "masse" d'examens, suite à une automatisation croissante et à l'ouverture de la spécialité à des non-médecins. L'éventuelle concentration des structures ACP qui a déjà débuté ne peut concerner que la constitution de plateaux techniques spécialisés communs ; La présence de pathologistes hospitaliers ou libéraux sur les sites de proximité restera une nécessité. Chaque pathologiste ne pouvant interpréter qu'un nombre limité d'examens par jour de travail, aucun technicien ni aucun automate n'est aujourd'hui susceptible de le remplacer.

♦ *Un seul point commun : certains actes techniques*

Excepté l'utilisation de plateaux techniques avec, aujourd'hui, l'intégration de la biologie moléculaire validées pour l'ACP par l'HAS depuis 2004, l'exercice du pathologiste est, dans sa pratique médicale, différente de la biologie. Bien qu'incluse dans la biologie au sein du SROS 3 et dans des pôles de biologie en hospitalisation publique, l'ACP est plus proche de la cancérologie ou de l'imagerie médicale.

A la différence de la biologie, les actes d'ACP ne sont pas automatisables, permettent un diagnostic médical global (à partir de données qualitatives et non quantitatives) et déterminent des facteurs pronostiques et prédictifs à l'origine de protocoles thérapeutiques spécifiques.

La reconnaissance de la biologie moléculaire en pathologie est indispensable ; Elle est le prolongement naturel de l'histopathologie conventionnelle. Il s'agit d'un outil diagnostique, utile à diverses spécialités, et non un acte dédié à une discipline. Réalisée sur coupes histologiques ou sur cellules, elle ne peut être réservée à la biologie, d'autant plus que celle-ci ne maîtrise pas le contrôle morphologique. Le pathologiste doit pouvoir l'utiliser dans le cadre de son activité diagnostique à l'instar des techniques immunohistochimiques introduites en ACP il y a vingt cinq ans qui étaient déjà de la biologie moléculaire.

Dans de nombreuses spécialités, les médecins empruntent des techniques aux confrères d'autres disciplines : chirurgie pour la cardiologie interventionnelle ou la radiologie interventionnelle, radiologie pour les gynécologues (échographies obstétricales) et les pneumologues.

♦ **Intérêts d'un rapprochement Biologie-Pathologie ?**

-Pour le médecin pathologiste : afin de favoriser des synergies en biologie moléculaire.

Par contre, l'activité d'ACP, noyée dans la masse des examens biologiques, ne pourra plus être contrôlée et dépendra de grosses structures de biologie nationales ou internationales. Le pathologiste deviendra simple prestataire de service, ce qui risque d'entraîner une moindre compétence et une dégradation du Service Médical Rendu. Par ailleurs, sa participation aux RCP de cancérologie comme aux études épidémiologiques ou au futur DCC sera remise en question.

-Pour le biologiste : La biologie est, en France, pratiquée à une très large majorité par des pharmaciens ; L'apport de l'ACP exclusivement composée de médecins spécialistes valoriserait la discipline mais poseraient des problèmes réglementaires et de remboursement différents.

Détenant les échantillons tumoraux de sa région, chaque pathologiste est, à lui seul, une véritable tumorothèque. C'est une porte ouverte à tous les examens d'avenir, en particulier à ceux correspondant au "diagnostic in vitro" ou au "pharmacodiagnostic"

C'est également un moyen de contrôler les tumorothèques, d'avoir les clés des enquêtes épidémiologiques et d'accentuer la position de la biologie dans les établissements publics et privés. Certains gros acteurs en biologie tentent d'anticiper actuellement sur cette évolution.

7- QUEL AVENIR POUR L'ACP ?

Le rôle pivot du pathologiste en cancérologie ne peut que s'accroître mais les moyens humains, financiers et techniques mis à sa disposition sont largement insuffisants pour permettre au pathologiste de répondre aux besoins générés par l'augmentation du nombre de cancers et l'apparition de nouveaux facteurs pronostiques et prédictifs des traitements. Enfin, son activité de santé publique n'est pas reconnue.

Il serait souhaitable que le Ministère de la Santé comme l'Assurance Maladie prennent conscience dans les faits :

- que l'efficacité d'un traitement dépend de la qualité du diagnostic et donc des moyens humains et financiers à mettre en œuvre pour l'améliorer.
- que les techniques de pathologie moléculaire sont, comme autrefois l'immunohistochimie, le prolongement naturel et obligatoire de l'histopathologie classique pour améliorer le diagnostic et le traitement.
- que le pathologiste est le mieux placé pour assurer un rôle intégrateur des données cliniques, de l'imagerie et de la biologie autour de la lésion.
- que le niveau actuel de remboursement des actes obère la qualité des protocoles de prise en charge recommandés par les conférences de consensus experts/INCa.
- que l'activité de santé publique pour laquelle il est aujourd'hui sollicité témoigne de la position incontournable du pathologiste. Le Compte-Rendu Fiche Standardisé ACP (CRFS) sous sa forme informatisée est en effet l'élément structurant indispensable du futur DCC.
- que la dérégulation, la concentration et l'automatisation ne peuvent concerner l'acte médical d'ACP très éloigné de la biologie industrielle.

EN CONCLUSION

Son niveau de responsabilité étant très élevé, il est fondamental que cette spécialité médicale soit reconnue et considérée comme réalisant des actes intellectuels et non pas produisant en série des résultats standardisés et automatisés d'examens. Elle doit s'identifier en jouant un rôle d'intégrateur dans le système de soins tout en s'adaptant aux contraintes économiques et d'assurance qualité.

La non-reconnaissance du rôle stratégique que joue le pathologiste, son niveau de responsabilité croissant, le blocage par la CNAM de l'introduction d'actes nouveaux dans le nomenclature, l'absence de financement pour les contraintes nouvelles induites par le « Plan Cancer », la démographie ACP déclinante qui en résulte, sont des obstacles majeurs dans le développement de la politique de prévention et de lutte contre le cancer.

Qu'il s'agisse, également, du dépistage, des tumorothèques, de la mise en place du Dossier Communiquant en Cancérologie, le pathologiste est indispensable.

Mais, comme le signale le rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins, la crise que rencontre aujourd'hui cette spécialité pose « *un problème de santé publique* ». Son statut au sein de la médecine doit aujourd'hui être totalement reconsidéré et valorisé pour permettre d'y remédier.

Même si l'ACP utilise parfois les mêmes technique que la biologie, elle reste une spécialité à part entière qui, ces dernières années, s'est écartée de la biologie par son mode d'exercice et ses responsabilités. La volonté des pathologistes n'est pas de prendre à la biologie quelques actes techniques (qui ne représentent rien dans la masse du budget de la biologie) mais d'utiliser ces actes pour améliorer l'efficacité de leurs diagnostics.

Autant le stéthoscope est le prolongement de l'oreille des spécialités cliniques, autant le microscope est l'outil de nombreuses spécialités techniques.

Le retour de cette spécialité au sein de la biologie irait à l'encontre du rôle intégrateur de l'ACP au sein du système de soins, à l'interface entre la clinique, la biologie et l'imagerie. Elle signerait probablement sa disparition

*

*

*

*

Annexe 1 : L'AFAQAP.

Association pour l'Assurance de Qualité en Anatomie Pathologique

Les médecins pathologistes sont fortement impliqués dans les diagnostics et les indications thérapeutiques, notamment en cancérologie. Ils interviennent de plus très souvent à l'interface des diverses spécialités cliniques et à l'interface entre la recherche et la clinique. De par cette position, pleine de stimulations mais aussi de difficultés et d'embûches, les médecins ACP ont progressivement mis en oeuvre une démarche d'assurance qualité et en particulier d'évaluation de leurs pratiques.

La qualité des prestations de l'ACP, essentielle à la qualité des soins, se juge sur les compétences diagnostiques des médecins ainsi que sur les performances techniques et organisationnelles des structures. Afin d'engager la profession dans une démarche d'assurance qualité, celle-ci a créé en 1990 une association loi 1901 autour de la qualité. Il s'agit de l'AFAQAP (Association Française d'Assurance Qualité en Anatomie Pathologique).

Les premières démarches d'évaluation d'envergure à l'échelle nationale ont débuté en 1996 et depuis 2006 l'AFAQAP est organisme agréé d'EPP par l'HAS.

✓ **Les missions de l'AFAQAP**, décrites dans ses statuts, sont :

- de concevoir et de mettre en oeuvre des programmes d'amélioration de la qualité des soins,
- d'accompagner les professionnels de la discipline dans la mise en oeuvre de ces programmes, leur permettant de répondre ainsi aux différentes obligations réglementaires (certification des établissements de santé et décret du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles),
- de mettre à leur disposition des recommandations de bonnes pratiques, une veille scientifique, médicale et réglementaire,
- de favoriser toute initiative visant à améliorer l'assurance qualité,
- de collaborer à la conception et à la validation des programmes de formation médicale continue (FMC).

✓ **L'AFAQAP possède un conseil d'administration** qui respecte la parité public-privé, un conseil scientifique et un conseil pédagogique. Ces conseils sont composés de représentants dûment mandatés des sociétés savantes les plus importantes numériquement et des groupements professionnels principaux de la discipline.

✓ **L'AFAQAP propose des programmes d'EPP** réalisables à partir de tests répartis en quatre groupes :

- 1°) les tests évaluant les compétences médicales en situation diagnostique,
- 2°) les tests évaluant la technique,
- 3°) les tests évaluant l'organisation (de l'enregistrement des prélèvements à l'archivage des données),
- 4°) les tests évaluant les comptes rendus, parties intégrantes du dossier patient et essentiels à la prise en charge pluridisciplinaire des patients.

✓ **AFAQAP RBPACP** (Recommandations de Bonnes Pratiques en Anatomie et Cytologie Pathologiques)

L'AFAQAP a élaboré en 1998 un document de **recommandations de bonnes pratiques (« GBEA like »)**. En 2008, une deuxième édition prendra en compte les évolutions de l'exercice professionnel et de la réglementation, en particulier en ce qui concerne l'évaluation des pratiques et la prise en charge des risques. Elle devrait être suivie en 2009 d'une troisième version accompagnée d'un référentiel de pratique élaboré en partenariat avec l'AFNOR afin de faciliter les phases préparatoires aux démarches vers la certification des structures ou l'accréditation de leurs activités

L'action auprès des professionnels a installé l'AFAQAP dans le paysage de l'ana-path française comme un facilitateur dans les processus qualité et comme un centre de ressources et de formation. Cette position et les besoins de la profession, toujours accrus dans ce domaine, l'amènent à imaginer de nouvelles prestations et de nouvelles manières de communiquer avec ses adhérents. L'actuel site Internet (www.afaqap.org) mis en place début 2004 a amélioré la communication et l'information des adhérents. La constante évolution des besoins a invité d'un part à le moderniser pour accéder plus facilement à

l'information (cela sera réalisé en mars 2007), d'autre part à le coupler au printemps 2008 à une plateforme collaborative.

✓AFAQAP Participation

-Adhésions : En 2007, le nombre de médecins adhérents a été de 630 soit près de 50% des pathologistes, réparti sur 248 structures dont 130 du secteur libéral.
-Participation aux tests : 12 tests ont été proposés en 2007 et 792 participations ont été enregistrées. **Fréquentation du site Internet** : La fréquentation du site a nettement augmenté en 2007 avec 26022 visites contre 14 017 visites sur l'année 2006.

* * * * *

Annexe 2 : Proposition de stratégie pour l'ACP (Pr. JP.Bellocq-AFAQAP)

- **Objectif** (1 seul)
 - Identifier et placer l'ACP comme acteur de soin majeur *
 - * *pour les patients/cliniciens, les caisses et le organismes gouvernementaux*
- **Moyens** (en 10 points)
 - **Positionner l'ACP**
 - Confirmer la place de l'ACP parmi les spécialités médicales ¹
 - Adosser l'activité de biologie spécialisée à la pratique ACP ²
 - Créer une compétence en biologie spécialisée pour les médecins ACP ³
 - **Renforcer la pratique**
 - Identifier des plateaux techniques de référence hospitaliers et libéraux⁴
 - Encadrer la pratique de façon plus normative ⁵
 - Renforcer la démarche qualité organisée ⁶
 - Réguler le transfert de tâches ⁷
 - **Gérer l'effectif médical**
 - Assouplir l'accès à la spécialité - repenser les règles de recrutement
 - Adapter les effectifs aux besoins ⁸
 - Maîtriser les flux des spécialistes en activité ⁹

¹ ne pas intégrer l'ACP aux spécialités biologiques ; positionner l'ACP comme un des intégrateurs majeurs en médecine des données de la clinique, de l'imagerie et de la biologie autour de la lésion.

² et peut être demain l'activité de physique moléculaire ; la synergie à développer passe par la coopération (intégration dans les structures d'ACP ou activité d'interface) avec des médecins ou pharmaciens biologistes, et/ou des techniciens en biologie, et/ou des médecins ACP ayant acquis une compétence reconnue en biologie moléculaire.

³ passe par la création de diplômes de compétences en biologie moléculaire pour les médecins ACP.

⁴ répondant à un cahier des charges prédéfini par la profession (un tel plateau pourrait être public ou privé ou mixte).

⁵ placer les RBPACP dans un cadre normatif ; développer des référentiels ; engager les structures dans des démarches de certification, voire d'accréditation.

⁶ structurer la démarche qualité au sein de la profession ; professionnaliser l'AFAQAP.

⁷ Il s'agit du transfert de certaines activités (macroscopie, analyses spécialisées au microscope) – le transfert d'activité en autopsie, abandonné depuis le « scandale de l'hormone de croissance », doit être réétudié.

⁸ possibilité d'accès à la spécialité via un droit au remord tardif, vu la maturité médicale souhaitée.

⁹ les besoins devant tenir compte des exigences médicales et économiques.

¹⁰ cette maîtrise ne signifie pas absence de mouvements, mais adaptation pour en minimiser les effets.