



Une politique incohérente pour une spécialité « irremplaçable », l'ACP

M. Guiu

Président du Syndicat des Médecins Pathologistes Français (secteur public et libéral).
Membre du Conseil National Professionnel des Pathologistes.
Centre de Pathologie, 2 av. des Palmiers, 66000 Perpignan.
Correspondance : pathologie.66@wanadoo.fr

Mots-clés : Anatomie et Cytologie Pathologiques, pathologiste, nomenclature, imagerie cellulaire, DCC.

Résumé

La position stratégique de l'Anatomie et Cytologie Pathologiques (ACP) est affaiblie par une incohérence dans les financements, un déficit démographique touchant essentiellement le secteur libéral pourtant prépondérant dans le diagnostic, une confusion avec la biologie, enfin une politique inéquitable privilégiant, de fait, le secteur public aux dépens du secteur privé. Les mesures préconisées par les Plans Cancer ne sont pas appliquées. La complexité des actes et la qualification nécessaire s'accroissent en même temps que le rôle pivot du pathologiste. La spécialité, en particulier le secteur libéral, est sous-financée avec une nomenclature vieille de plus d'un quart de siècle. Alors que l'impact médical d'une part, économique d'autre part, sont majeurs, les moyens dont dispose la spécialité sont inadéquats pour lui permettre de se restructurer, d'assurer la qualité des diagnostics et de répondre, à la fois, aux besoins générés par l'augmentation des cancers et l'explosion des thérapies ciblées. S'y ajoutent, au fil des ans, les obligations de santé publique (DCC, épidémiologie, RCP...) ainsi que les contraintes de sécurité sanitaire et d'accréditation.

Abstract *Contradictory policies regarding a keypoint speciality, namely pathology*

The strategic position of pathology is weakened by an inconsistency in funding, a demographic deficit affecting mainly the private sector yet managing the vast majority of pathology cases, by a mix up with biology, and least but not last by state policies unfairly preferring the public sector over the private sector. Many measures recommended by Cancer Plan are not yet implemented. The complexity of acts and the required qualifications are growing along with the pivotal role of the pathologist. Pathology, especially its private sector is underfunded with a fee reimbursement scheme old of over a quarter of a century. While its medical impact first, as well as its economic one are tremendous, available pathology resources are inadequate to enable it to pursue its restructuration, to ensure high diagnostic quality, and to respond for both the needs generated by the increase in cancer cases and the raise of targeted therapies. Moreover, many other public health recommendations are being added over the years such as electronic files for cancer patient, epidemiological reporting, tumor board, as well as pathology workers safety and laboratory accreditation.

L'importance de l'Anatomie et Cytologie Pathologiques (ACP, familièrement « anapath » ou « Pathologie » pour les Anglo-Saxons) s'est accrue avec la mise en place des différents Plans Cancer. Décrite comme une « spécialité irremplaçable » (Plan Cancer 2009-2013) ou « déterminante » (Pour un nouvel élan, Pr. JP. Grünfeld), cette discipline possède une identité particulière au carrefour de la clinique, de l'imagerie et de la biologie (figure 1).

Ses multiples missions: diagnostique, pronostique, prédictive, épidémiologique, de recherche et d'archivage font du pathologiste un acteur de Santé Publique unique dans notre système de soins. Son exercice très spécifique n'est partagé par aucune autre spécialité. Extrêmement sollicitée mais peu connue des patients et mal appréhendée par les tutelles, elle est, aujourd'hui, au bord de l'implosion.

Un diagnostic d'imagerie cellulaire

L'ACP est un acte d'imagerie dont l'interprétation permet d'affirmer un diagnostic de maladie (inflammatoire, dégénérative, cancéreuse) à partir d'un prélèvement de tissus et de cellules. Le pathologiste a une démarche clinique comparable à celle du radiologue et à l'opposé du processus technique biologique, le plus souvent automatisé, qui produit des données chiffrées interprétées par le clinicien. L'ACP reste un métier artisanal, visuel, non automatisable; ses actes sont uniques (un examen radiologique ou biologique peut être renouvelé) et ne peuvent être réalisés que par un médecin pathologiste, ce qui le rend, au sens propre, irremplaçable (tout clinicien peut interpréter un examen de biologie et, souvent, de radiologie). Assimilée à tort à la biologie, certains pensent, contrairement à toute réalité, qu'un diagnostic de cancer,

à l'image d'une glycémie ou du cholestérol, sortirait d'un automate de lecture; ils en concluent faussement que l'accréditation et l'augmentation de la productivité devraient permettre l'amélioration de la qualité et des économies d'échelle. L'erreur diagnostique du pathologiste est hors du champ de toute accréditation 15189 et ne peut être que favorisée par une incitation exagérée à la productivité. Comme pour tout médecin, la compétence du pathologiste tient à la qualité de sa formation initiale, à sa participation aux enseignements post-universitaires ou aux formations validantes, à sa capacité à intégrer ses diagnostics au contexte du patient et non à l'automatisation des techniques.

L'ACP source d'efficacité

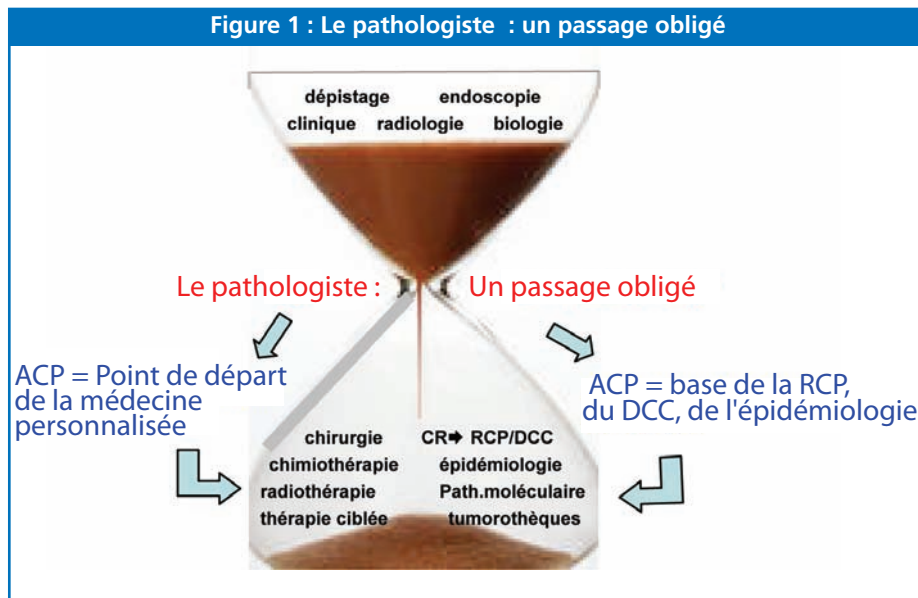
L'éditorial du *Journal of Clinical Oncology* du 14 mars 2011 notait avec raison: « Dans un contexte de ressources limitées des soins dont

les coûts sont plus élevés doivent être évalués et confrontés aux exigences de la réalité économique. »

La recherche d'un système de santé plus « efficace », plus « productif » nécessite une évaluation de la performance. Le récent rapport de l'Académie de Médecine sous le titre « Mise au point sur la prescription des molécules onéreuses en cancérologie » met l'accent sur l'approche médico-économique et sur la question éthique. Or, l'ACP a un rôle clé dans le traitement, celui de gate-keeper. Alors qu'en 2010, le coût du cancer en France est estimé à 14 milliards d'euros/an, c'est, le plus souvent, le diagnostic du pathologiste qui justifie les choix thérapeutiques : chirurgie première ou chimiothérapie, reprise chirurgicale ou radiothérapie si le geste est incomplet, chimiothérapie en cas de métastase ganglionnaire, voire thérapie ciblée. **La qualité de la prise en charge et son coût pour la collectivité dépendent avant tout de la qualité du diagnostic préalable du pathologiste.** Les enjeux sont donc, pour cette spécialité, extrêmement lourds en termes d'accès aux soins adéquats et d'efficacité médico-économique.

Or, il y a en France, une contradiction majeure entre la priorité donnée au médicament, en particulier, aux thérapies ciblées particulièrement onéreuses et l'absence de soutien vis-à-vis de la spécialité qui justifie leur prescription grâce au diagnostic porté par le pathologiste qui nomme le cancer et définit des facteurs prédictifs de traitement. À titre d'exemple, la recherche d'une mutation KRAS ou EGFR, n'a aucun sens sur un lymphome colique ou pulmonaire. Dans le passé, PTT et AMM du trastuzumab, ont été donnés quatre années avant que le test HER2 réalisé par le pathologiste ne soit enfin pris en charge par l'Assurance-maladie. L'absence de remboursement ayant empêché un réel contrôle de qualité, on peut estimer que chaque 1 % d'erreur en plus sur les Her2 +++, a coûté à la collectivité 21 millions d'€an (coût de la molécule et frais induits) ou, en sens inverse, une perte de chance pour les patients.

Et pourtant, le poids financier de l'ACP est très faible : 5,7 % du budget de la biologie et 9 % de celui de la radiologie en sec-



teur libéral, pour un service médical rendu et un rapport coût/bénéfice uniques puisque le diagnostic du pathologiste a valeur médico-légale, déclenche le traitement et décide de son coût (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, thérapies ciblées). Autre illustration : le coût annuel d'une thérapie ciblée telle que le trastuzumab (molécule et frais induits) représente, à lui seul, celui de toute l'ACP en secteur libéral (soit les 2/3 de l'ACP française).

Le pathologiste, acteur de santé publique

La réussite du Dossier Communicant en Cancérologie et du Système d'observation des cancers est nécessairement dans les mains des pathologistes puisque cette spécialité concentre l'ensemble des données cancérologiques de pays. L'architecture du DCC, telle que l'Agence Sanitaire d'Information Partagée (ASIP) l'a définie, est basée sur le compte rendu d'anatomie et cytologie pathologiques (CR-ACP) et sur sa transmission informatique par le pathologiste. Ce compte-rendu, décliné pour toutes les localisations tumorales, contient les éléments indispensables à la prise en charge du patient. Il sera « structuré » afin de faciliter son intégration dans le DCC et de permettre l'exploitation par l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS) des données cancérologiques à des fins épidémiologiques.

Ce CR-ACP informatisé n'aurait pu voir le jour sans le travail d'anticipation effec-

tué depuis des années par les médecins pathologistes : Informatisation des structures, Codification ADICAP des lésions, Centre de Regroupement Statistique en ACP (CRISAP), Items ACP opposables pour les comptes rendus, Mise en place régionale expérimentale du DMPATH (Dossier Médical Pathologique)... Pour autant, l'ASIP ne donne pas pour l'instant aux pathologistes la moindre visibilité sur la place qu'ils occuperont dans la co-gestion du système, sur son financement immédiat et futur, sur la prise en compte de la surcharge de travail générée (codage des actes, contrôles...). Cette activité de santé publique, indépendante de l'activité de diagnostic et de soins prise en charge par l'Assurance-maladie, doit être reconnue.

Une nomenclature obsolète pénalisant les patients

La spécialité vit sur une nomenclature vieille de plus d'1/4 de siècle sans la moindre revalorisation malgré la complexité accrue du diagnostic ACP. En euros constants, la baisse moyenne des actes sur 25 ans dépasse 40 %. Sur la même période, la lettre-clé P du pathologiste a baissé de 55 % par rapport au C du généraliste. Suite aux Plans Cancer successifs, l'évolution des référentiels en cancérologie ainsi que les demandes des agences sanitaires ou des cliniciens augmentent de façon exponentielle le travail des pathologistes et le coût de leurs actes. Tout acte cancérologique



complexe est aujourd'hui largement déficitaire en secteur libéral.

Après avoir retardé pendant 7 ans (2004-2010) la sortie de la CCAM-ACP, l'Assurance-maladie repart à zéro étant donné l'incohérence de celle-ci, ce qui a pour effet de bloquer, à nouveau, toute actualisation. Après déduction des frais, la rémunération moyenne nette par acte est de 12 €, moindre que celui du généraliste (15 € environ). Selon la CARMEF, le BNC des cabinets d'ACP a chuté de 7 % entre 2008 et 2009 et cette tendance devrait s'aggraver dans les prochaines années. Étant donné l'absence d'automatisation, donc de marges de manœuvre, le secteur libéral atteint aujourd'hui une productivité excessive qui risque d'impacter la qualité du diagnostic et la sécurité sanitaire.

En secteur hospitalier, les financements MIGAC compensent la sous-cotation des actes et permettent des investissements en personnel et matériel ; ce n'est pas le cas en secteur libéral, piégé par le principe de « l'enveloppe constante » depuis 2003. Ce secteur, qui retarde depuis de longues années tout investissement par manque de visibilité sur son avenir, doit faire face aujourd'hui à de multiples défis pour lesquels aucun financement n'est prévu : Restructuration, Nouvelles normes des locaux, Sécurité sanitaire et problème du formol devenu CMR1, Certification/accreditation des structures, Transmissions de données cancérologiques vers le DCC et les structures épidémiologiques. La désertion du secteur libéral par les jeunes témoigne des difficultés qu'il traverse.

De 2003 à 2011, une succession de recommandations sans suite

Le rapport de la « Commission d'orientation sur le cancer » (2003), le Plan Cancer 2003-2007, la Convention Nationale des Médecins (2005), le rapport du Pr. JP. Grünfeld préparant le Plan Cancer (2009) pour un *nouvel élan* ainsi que le Plan Cancer 2009-2013 ont tous insisté sur la complexité croissante des actes d'ACP, sur la nécessité de « faire évoluer la nomenclature des actes afin de mieux prendre en compte l'évolution des techniques ». Ils demandent « une revalorisation de la rémunération de l'anatomie pathologique » ainsi qu'un « effort prioritaire pour le secteur

privé ». Enfin, la mesure 20 du Plan Cancer 2009-2013 recommande de « soutenir la spécialité d'anatomopathologie ». Aucune de ces recommandations n'a été respectée.

Des inégalités de financement inacceptables dans le diagnostic de cancer

« Perte de chance » ou « Égal accès aux soins », sont des formules utilisées à juste titre par les décideurs pour améliorer les politiques de santé et sensibiliser le corps médical. Les questions qu'elles soulèvent sont essentielles. Comment les patients pourraient-ils avoir un « égal accès aux soins » s'ils n'ont pas, au préalable, un même accès au diagnostic ACP ? Les moyens alloués aux pathologistes sont-ils cohérents avec leurs charges, leurs responsabilités et équitablement répartis ? Cette question de l'équité entre les intervenants est importante car une trop grande inégalité de moyens (techniques et financiers) entre pathologistes, pour porter un même diagnostic, ne peut qu'avoir un impact sur la qualité du diagnostic, donc sur les soins qui sont dispensés.

Aujourd'hui, les écarts de financements pour un même acte sont totalement inacceptables :

- les médecins pathologistes exerçant en structure de biologie (dépendant essentiellement de structures capitalistiques) peuvent bénéficier, depuis février 2011, de forfaits supplémentaires correspondant à une augmentation pour la majorité de leurs actes de 20 % (sur environ 9 % de l'ensemble des actes d'ACP en France) ;

- les services hospitaliers d'ACP bénéficient depuis de nombreuses années de financements MIGAC pour compenser la sous-cotation des actes d'ACP. Une nomenclature parallèle en PHN/AHC (P Hors Nomenclature devenue en 2011 AHC), à l'origine réservée aux actes innovants mais appliquée progressivement depuis à tous les actes d'ACP, s'est mise en place. Ainsi, pour un même acte, les cotations hospitalières sont 3 à 10 fois, voire parfois 25 fois, plus importantes qu'en secteur libéral.

Ce marqueur d'activité des services d'ACP permet à l'hôpital de bénéficier de financements MIGAC qui sont redistribués aux services d'ACP en fonction de leurs besoins

(personnel, automate, postes médicaux, ...). Si l'ACP hospitalière a besoin de doubler son financement pour assurer sa mission diagnostique, pourquoi en irait-il différemment en secteur libéral ?

Dans un courrier adressé à la directrice de la DHOS en janvier 2010, le directeur de l'Assurance-maladie, F. Van Rookeghem, écrivait à propos des PHN : « Leur maintien crée également une forte iniquité de traitement en fonction des modes d'exercice et ne respecte pas le code de la sécurité sociale. »

Un risque de déqualification professionnelle et de dégradation du service rendu

Tout aussi grave est la politique « unijambiste » de l'INCa vis-à-vis du secteur libéral ACP, comme si le cancer choisissait son camp ! Certaines de ses décisions ne peuvent, à terme, que déboucher sur une déqualification du secteur libéral et sur une déstabilisation de la profession.

À titre d'exemples :

- recommandation en 2009 auprès de l'Assurance-maladie de ne pas revaloriser l'ACP alors que le Plan cancer 1 (2003-2007) demandait l'inverse ;

- actes et financements réservés aux hôpitaux avec la création de 28 plates-formes de génétique moléculaire excluant toute participation du secteur libéral (le rapport Grünfeld recommandait des plates-formes mixtes). Cette exclusivité a pour effet de retarder, sans raison, l'introduction des techniques moléculaires en secteur libéral ;

- « double lecture » hospitalière obligatoire (avec désignation arbitraire de 160 experts, tous hospitaliers, sans aucun pathologiste privé) à la place de la « consultation de second avis » en cas de doute pourtant validée en 2009 par la HAS. Quel praticien accepterait d'être dans l'obligation de faire revoir systématiquement ses diagnostics (chose que tout pathologiste fait spontanément auprès d'un expert en cas de diagnostic difficile ou rare) par un confrère n'ayant pas plus de compétence que lui ? Cette décision va-t-elle s'étendre demain à d'autres spécialités ? L'instauration de cette double lecture, largement critiquée par l'ensemble

des associations professionnelles, tous statuts confondus, ne résoudra aucunement les éventuels faux négatifs, voire les aggravera, et provoquera une désresponsabilisation puis une déqualification globale de la profession ainsi « mise sous tutelle ». Il aurait été plus judicieux de privilégier un système de formations validantes et un travail en réseau pour le diagnostic de certaines tumeurs rares au lieu de concentrer ces diagnostics sur quelques rares experts, provoquant des retards de traitement ainsi qu'une suspicion sur une spécialité pourtant très impliquée dans la formation continue.

Un même acte d'ACP réclame une même qualité, des moyens techniques identiques et un même financement quel que soit le secteur d'activité dans lequel il est réalisé. Priver les pathologistes libéraux de moyens techniques et financiers au profit des hôpitaux ne peut qu'assécher rapidement leur capacité diagnostique et leur compétence, donc à terme, l'exercice de la cancérologie dans les établissements de soins privés.

Il faut savoir que 2/3 des diagnostics ACP sont réalisés en secteur libéral. Compte tenu de l'écart de « productivité-diagnostic » entre les secteurs public et privé (écart de 1 dans le public à 3 dans le privé, voire plus, expliqué pour partie seulement par les activités de recherche et de formation), la régression du secteur libéral d'ACP exigerait inéluctablement de doubler, au minimum, le nombre total de pathologistes, donc simultanément le coût de l'ACP pour la collectivité. Rappelons que l'effectif actuel est de 1450 médecins spécialistes répartis presque à égalité entre public et privé.

La mesure 20 du Plan Cancer 2009-2013 s'intitulant : « Soutenir la spécialité d'anatomie pathologie » concerne à l'évidence toute la profession et pas seulement l'ACP hospitalière.

Comment allier qualité et performance en ACP ?

Le pathologiste ne peut plus exercer son métier en 2011 avec les moyens qui lui étaient alloués il y a 25 ans. Avant d'imposer des référentiels de plus en plus complexes, des

contraintes sanitaires impossibles à respecter et de multiplier les thérapies ciblées sans véritable contrôle tout en bloquant les évolutions tarifaires, il faudrait s'interroger sur les moyens mis en œuvre pour assurer la qualité du diagnostic qui justifie les traitements engagés en valorisant, à sa juste valeur, le Service Médical Rendu par l'ACP. **L'Assurance-maladie devrait savoir que si le prix d'un acte ne fait certes pas la qualité, la qualité a un prix et que le prix du diagnostic ACP peut en diminuer beaucoup d'autres.** Les actes d'ACP seront source d'efficacité si la qualité est au rendez-vous.

Si les énormes écarts de financements ne sont pas corrigés ils se traduiront, à terme, par des inégalités dans la qualité des prestations diagnostiques et thérapeutiques. Cette disparité de moyens est inacceptable sur un plan éthique et est préjudiciable aux patients. Si la nomenclature hospitalière traduit la réalité des coûts en ACP elle doit être appliquée à l'ensemble de la profession.

Les questions de restructuration, de synergie public privé, d'assurance qualité, de juste valorisation des actes se posent en ACP comme dans d'autres secteurs. Encore faudrait-il donner à la profession un minimum de visibilité sur l'avenir pour qu'elle s'en empare. Dans ce climat de méfiance, l'Assurance-maladie temporise, critiquant les inégalités de financement tout en créant de nouvelles. Parallèlement, l'INCa, peu conscient des rôles complémentaires et indispensables des secteurs hospitalier et libéral, favorise des stratégies de secteur d'activité en détournant la cancérologie libérale vers le secteur public, pourtant minoritaire dans la prise en charge du cancer. Une telle déstructuration favorisant un seul secteur (est-elle vraiment voulue et consciemment organisée ?) ne peut qu'aggraver la crise démographique et avoir un prix exorbitant pour la collectivité. Si la situation actuelle devait durer, les tutelles prendraient la responsabilité d'une déqualification du secteur libéral. Cette déstabilisation serait contre-productive et très coûteuse étant donné l'impossibilité pour les hôpitaux d'absorber le travail supplé-

mentaire qui sera automatiquement multiplié par 4 à 10 en volume.

Le syndicat des Médecins Pathologistes Français (SMPF) a alerté M. Xavier Bertrand, sur la crise que traverse l'ACP et les choix à faire pour mettre en cohérence les conditions de leur avenir avec les priorités de santé publique et, tout particulièrement, les Plans Cancer. Parallèlement, à la demande du Conseil National Professionnel des Pathologistes (CNPath), la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) vient enfin de lancer un groupe de travail sur l'ACP auquel participent tous les organismes gouvernementaux (HAS, InVS, INCa, CNAM-TS, ONDPS, DGS, ASIP...), le CNOM ainsi que les associations professionnelles représentatives de la profession. L'année qui vient permettra-t-elle de corriger les erreurs des années passées ? Permettra-t-elle une action plus cohérente de l'État ? Recréera-t-elle le minimum d'équité sans laquelle une profession ne peut construire son avenir ? C'est ce que nous demandons pour l'ensemble des pathologistes qui ont su, malgré l'adversité, maintenir leur unité, tous statuts confondus, autour d'une même conception de leur métier. C'est ce que nous voulons pour la qualité de la prise en charge des malades du cancer et l'équité d'accès de tous aux traitements auxquels ils ont droit. ■

Sigles :

ACP : Anatomie et Cytologie Pathologiques
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ASIP : Agence Sanitaire d'Informations Partagées
CNPath : Conseil National Professionnel des Pathologistes
CR-ACP : Compte-rendu d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques
DCC : Dossier Communicant en Cancérologie
HAS : Haute Autorité de Santé
InVS : Institut de Veille Sanitaire
INCa : Institut National du Cancer
MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
PTT : Protocole Temporaire de Traitement
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SMPF : Syndicat des Médecins Pathologistes Français (secteurs hospitalier et libéral)