



Paris, le 19 février 2009

**"Un avis de plus n'est jamais un avis de trop"<sup>1</sup>**  
***Le refus de la prise en charge du "second avis"<sup>2</sup> en cancérologie***  
***par l'Assurance Maladie et l'hospitalisation publique***  
***peut entraîner une perte de chance pour les patients***

Depuis 2003, la lutte contre le cancer est une priorité nationale. Mais, pour traiter le cancer, encore faut-il en avoir fait le diagnostic ! C'est la mission d'une spécialité médicale peu connue du grand public mais indispensable, l'Anatomie et Cytologie Pathologiques (ACP ou plus familièrement anapath).

Située au carrefour de plusieurs disciplines (spécialités médicales, chirurgie, imagerie et biologie), l'ACP établit des diagnostics de maladies, notamment de cancers, en interprétant au microscope des images obtenues à partir de prélèvements cellulaires ou tissulaires. De plus, elle fournit aux cliniciens des informations pronostiques et prédictives permettant de guider le traitement. Les conséquences de ses actes sont majeures : humaines pour le patient et économiques pour la collectivité (décision chirurgicale, choix de radiothérapie, chimiothérapie et thérapies ciblées). Ainsi, particulièrement en cancérologie, la qualité des soins passe d'abord par la qualité du diagnostic ACP.

Tout médecin, généraliste, chirurgien ou spécialiste médical, libéral ou hospitalier, peut et doit adresser ses patients à des "référénts" régionaux ou nationaux en cas d'intervention particulièrement complexe ou de diagnostic clinique difficile ; cette consultation est alors prise en charge par l'Assurance Maladie. Le plan cancer insiste sur le "recours" obligatoire auprès d'un pôle de référence.

Réunions de concertation pluri-disciplinaire (RCP), référentiels, recours régional, .... toutes ces dispositions tendent à encourager ou à imposer des prises de décisions collégiales en cancérologie. Seul le médecin pathologiste, occupant pourtant une position centrale dans le diagnostic de cancer et le choix thérapeutique, reste totalement isolé.

Dans la situation actuelle, si le pathologiste respecte ces recommandations, il devra payer la consultation du pathologiste référent qu'il sollicitera en cas de diagnostic difficile ou de tumeur maligne exceptionnelle en raison du refus de la CNAM-TS de toute prise en charge financière. Ces frais, supportés par le médecin demandeur, sont nettement supérieurs à la cotation de l'acte inscrit dans la NGAP. Cette situation, économiquement injuste pour le praticien, va à l'encontre de l'intérêt du patient : si le médecin pathologiste a un doute diagnostique, seule sa conscience professionnelle l'obligera à payer lui-même cet avis d'expert.

Récemment, toutes les composantes de la spécialité : syndicat unitaire, sociétés savantes, association d'assurance qualité, universitaires, ont engagé une réflexion traduite dans un plan stratégique intitulé « Projet Pathologie 2008 ». Le problème des consultations de "second avis" y est un des sujets prioritaires.

Pourtant, pour un examen exclusivement de dépistage comme la mammographie, la CNAMTS comme le Ministère de la Santé et l'INCA affichent partout que *"un avis de plus n'est jamais un avis de trop"* ! La situation est d'autant plus incohérente que la "perte de chance" ou l'"inégalité d'accès aux soins" débute au diagnostic du pathologiste, c'est-à-dire au départ de la chaîne thérapeutique.

Le système actuel assure ainsi le remboursement d'examens radiologiques ou biologiques renouvelés au moindre doute, de trajets en VSL parfois injustifiés, le financement des secondes lectures de mammographie (10 millions d'euros/an) ou des tumorothèques à visée sanitaire (7,2 millions d'euros en 2006) mais refuse la prise en charge d'un "second avis" pour un diagnostic de cancer, dont le coût annuel ne dépasserait pas 3 à 4 millions d'euros... probablement compensés par les économies réalisées.

**A partir du 1<sup>er</sup> mars 2009, le Syndicat des Médecins Pathologistes Français (SMPF) demande aux médecins pathologistes de refuser d'honorer toute facture émise par un établissement de soins en rapport avec un "recours diagnostique" sollicité auprès d'un expert (au besoin après avoir éventuellement dénoncé la convention qui les lierait à cet établissement).**

Quatre solutions s'offrent alors au service administratif hospitalier :

- Refuser le prélèvement et risquer une perte de chance pour le patient. Le pathologiste conservera, dans ce cas, les preuves du refus
- Financer l'examen sur un MIGAC comme le précise un décret de 2007<sup>3</sup>
- Facturer l'examen au patient (les coordonnées du patient sont communiquées)
- Facturer l'examen à l'assurance Maladie comme pour un examen externe

Les agences sanitaires, la Haute Autorité de Santé, l'Assurance Maladie comme les associations de lutte contre le cancer ont été informées depuis longtemps de cette situation éthiquement inexcusable vis à vis des patients et économiquement pénalisante pour les médecins pathologistes.

*Pour le SMPF, Dr Michel GUIU, Président (section hospitalière & libérale)*

PS : cf. : *"Impact des avis diagnostiques de cancérologie en Aquitaine. Etude quantitative et médico-économique rétrospective sur une année"* – Annales de Pathologie – décembre 2008 - vol.28, n°6.

<sup>1</sup> Formule présente sur les affiches du dépistage organisé du sein par mammographie et portant les logos du ministère de la Santé, de l'INCa et de l'Assurance Maladie

<sup>2</sup> "Consultation "expertale" ou de "second avis" ou "Recours diagnostique" en Anatomie et Cytologie Pathologique (ACP).

<sup>3</sup> J.O n° 73 du 27 mars 2007 - page 5685 - texte n° 41 Article 1: **"Peuvent être pris en charge au titre des missions mentionnées au 1° de l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale, outre les missions générales d'enseignement, de recherche, de référence, d'innovation et de recours faisant l'objet d'un financement forfaitaire, les structures, programmes, actions ainsi que les actes et produits suivants : 4. Au titre des activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou de la dispense des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs : .....- les actes dentaires, les actes de biologie et les actes d'anatomo-cyto-pathologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale"**.