



Pour être informé régulièrement et rapidement
Merci de nous adresser votre adresse mail
et de consulter le site : <http://www.snmacpf.org>
(vous y trouverez, également, les « petites annonces » professionnelles)

Important

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____

Mail : ----- @ -----

Les envois par courrier sont coûteux, lents et chronophages.

Votre adhésion est primordiale pour nous permettre de défendre l'ACP lors du passage à la CCAM

✂ ----- URGENT : à découper et renvoyer au siège du syndicat (ou à mailer Snmacpf@wanadoo.fr) -----

Dernière Nouvelle : Avenant 23 – article 10 - de la Convention paru au J.O. du 3 mai 2007

L'application du P100 (majoration provisoire conventionnelle) pour les tumeurs malignes à rajouter au P220 (acte 008) et non cumulable avec le P50, est reportée sine die.

Nous attendons la décision de la CHAP (Commission de Hiérarchisation des Actes Professionnels) du 28 juin pour vous informer par courrier de son application.

Lors de cette réunion, les libellés de la CCAM-ACP ont été acceptés mais la date de l'application du P100 ainsi que celle de l'ensemble des mesures de l'avenant 23 pour les médecins spécialistes a encore été repoussée (conséquence du nouveau plan d'économie de la CNAM) !

Nous vous informerons, par mail, dès que celle-ci sera effective.

Rappel : Cette cotation additionnelle, obtenue grâce au soutien de la CSMF, syndicat transversal représentatif lors des discussions avec le gouvernement et la CNAM, avait été réclamée en attente du passage à la CCAM, pour tous les diagnostics de cancer (P120 comme P220). Seul l'acte 008-P220 avait été retenu.

La lettre aux Pathologistes - juillet 2007-

Chers collègues,

Nous allons tenter de vous informer régulièrement de nos actions en faveur de l'ACP. L'envoi par mail est le moyen le plus rapide et le moins coûteux pour les finances du syndicat.

La prochaine Assemblée Générale du syndicat aura lieu en novembre lors de « Carrefour ». (jeudi 22 novembre, 18 h 30 - 20 h).

La période qui s'ouvre est critique pour l'avenir de notre spécialité et notre profession doit être solidaire :

Mise en place de la CCAM, Introduction des CRFS, Accès à la biologie moléculaire, Demandes d'inscription d'actes nouveaux, Prise en charge par l'Assurance Maladie des consultations de second avis, Transmission de données cancérologiques (au Dossier Communiquant en Cancérologie, aux registres des tumeurs, aux structures de dépistage, à l'InVS), Participation aux RCP, aux tumorothèques.

Toutes les informations vont, progressivement, être mises sur le site du Syndicat
Nous essaierons d'en améliorer l'architecture et la présentation dans les prochains mois.

Dans cette lettre nous n'aborderons que quelques sujets urgents qui seront détaillés sur le site.

1- Agenda du syndicat

- ♦ *Depuis les élections du 23 mars :*
 - Avril 2007 : Lettre aux Pathologistes n°1.
 - Réunion du CA du Syndicat aux « Assises de Pathologie » à Bordeaux.

- Rendez-vous : CNAM (3 mai), CSMF-UMESPE (3 mai), SFP (3 mai), HAS (30 mai, avec les Présidents de la SFP et de l'Afaqap), Cabinet d'Economie de la Santé : AREMIS (22 et 30 mai), Etats Généraux des Crisap (Nice, 11 juin), InVS (5 juin), INCa (21 juin), UMESPE (24 juin), suivis de multiples échanges téléphoniques avec ces mêmes organismes pour accélérer les dossiers en instance.

♦ *A venir*

- Entrée en vigueur du P100 pour les actes 008 (P220) tumoraux malins : Date encore inconnue, mais, au plus tard, lors du passage à la CCAM-ACP, fin septembre ou octobre 2007.
- Réunion à l'InVS (Institut de Veille Sanitaire) : 4 septembre.
- Rendez-vous avec le Pr. D. Maraninchi, Président de l'INCa (date à préciser).
- Vendredi 21 septembre à Paris : Prochaine réunion du CA du syndicat.
- Samedi 22 septembre à Paris : Réunion envisagée entre toutes les composantes de la spécialité.
- Assemblée Générale du Syndicat le 22 Novembre lors de « Carrefour ». Nous y proposerons de raccourcir l'intitulé du syndicat en **SMPF, « Syndicat des Médecins Pathologistes Français »**.

2 - Un nouveau statut de la spécialité

Le diagnostic du cancer est effectué par une seule spécialité médicale : l'ACP, passage obligé !

Le pathologiste est un acteur *incontournable* dans de nombreuses maladies, en particulier, en cancérologie. Il réalise un acte *intellectuel* (décision médicale), *non automatisable*, *non répétitif* (à la différence de la biologie ou la radiologie).

L'exercice de l'ACP évolue : Au rôle exclusivement *diagnostique et préventif* qui lui était autrefois dévolu se sont rajoutées plusieurs activités : d'une part *pronostique*, d'autre part *prédictive* du traitement à mettre en place. On peut y ajouter aujourd'hui une activité de *santé publique* (épidémiologie, transmission de données) et de *recherche* dans les hôpitaux.

Ses actes ont des conséquences majeures, d'abord humaines pour le patient et ensuite financières pour l'Assurance Maladie. A titre d'exemple, dans le cancer du sein, un test Her2 positif signifie 55 000 € de dépenses (molécule onéreuse + coûts induits) et un statut N+ engendre le coût d'une chimiothérapie en plus, etc....

Ces dix dernières années, l'exercice de **l'ACP a donc profondément changé**. Le "plan cancer" nous a mis au centre du dispositif sans nous donner les moyens de faire face à ces nouvelles responsabilités et contraintes.

La non-reconnaissance du rôle stratégique que joue le pathologiste, son niveau de responsabilité croissant, 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.

Par ailleurs, la « productivité » imposée à beaucoup d'entre nous devient incompatible avec la qualité des diagnostics.

Qu'il s'agisse, également, des tumorothèques, de la mise en place du Dossier Communiquant en Cancérologie ou, pour ce DCC, du Compte Rendu Fiche Stantardisé et Informatisé (CRFS), 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 pouvoir y remédier. Il permettra aux différentes instances nationales (syndicat et sociétés savantes) de motiver la discipline et de faire pression sur l'Assurance Maladie, le Ministère de la Santé et l'HAS.

A cet effet, dans le cadre d'un appel à projet de l'INCa, nous allons, avec le cabinet d'Economie de la Santé Claude Le Pen, tenter d'évaluer le coût de la pratique en ACP et des conséquences économiques et sanitaires des diagnostics portés par les pathologistes. Cette étude nous servira à défendre la cause de l'anapath auprès de la CNAM et du Ministère.

Il est donc urgent que l'Institut National du Cancer comme l'Assurance Maladie admettent que **l'efficacité d'un traitement dépend de la qualité du diagnostic** et donc des moyens à mettre en œuvre pour favoriser la spécialité. Une assurance de qualité des diagnostics ne peut qu'avoir un impact fort sur le coût économique du cancer.

Plusieurs chantiers sont, donc, à mener de front :

- Revalorisation et prise en compte d'actes nouveaux dans la CCAM-ACP
- Evaluation du coût de la pratique et de l'impact médico-économique de l'ACP
- Recueil et Maîtrise des données cancérologiques par les pathologistes
- Introduction de la « pathologie moléculaire » dans la CCAM-ACP et de "modificateurs" comme dans d'autres spécialités"
- Nouvelles contraintes réglementaires (formol, cf. mise au point du syndicat sur le site.)

3- CCAM-ACP et ACTES NOUVEAUX

□ La CCAM-ACP, ainsi que son mode d'emploi, seront accessibles sur le site internet du syndicat (<http://www.snmacpf.org>) avant le 15 juillet.

Ces textes pourront vous être adressés par mail dans la mesure où vous aurez communiqué votre adresse mail à l'adresse suivante : Snmacpf@wanadoo.fr

La CCAM-ACP ne sera consultable sur le site de l'assurance maladie (www.ameli.fr) que plus tardivement, en septembre ou octobre, après sa publication au JO.

□ Toute évolution future de nos cotations est conditionnée à la mise en place de la CCAM-ACP

Depuis 2 mois, nous faisons le forcing pour y rentrer, ceci à contrecœur car cette « Classification Commune des Actes Médicaux » en ACP est mauvaise et nous risquons des déconvenues malgré les ajustements de dernière minute que le syndicat a obtenu.

Certains trouveront également que cette CCAM n'est pas parfaite, voire que nous aurions mieux fait de conserver notre bonne vieille nomenclature.

Vos représentants syndicaux ont bien entendu partagé les mêmes interrogations d'autant plus qu'ils n'ont pas eu le droit de faire la moindre remarque lors de son élaboration (Vous trouverez sur le site du syndicat une analyse de mars 2007, sous le titre : "*La CCAM technique en ACP, une réforme mal conduite*").

Mais pour pouvoir l'améliorer, il faut d'abord y rentrer sinon nous resterons, une fois de plus, sur le quai de gare, en dehors des évolutions tarifaires ultérieures qui seraient uniquement applicables aux autres spécialités, ce qui est le cas depuis 15 ans.

□ Pathologie moléculaire

L'étude des nouveaux facteurs pronostiques/prédictifs par IHC ou cytogénétique (pathologie moléculaire) doit être liée à la morphologie qui est de la compétence exclusive des pathologistes. L'exécution de ces actes par d'autres spécialistes (biologistes, cytogénéticiens, etc.) déconnectés de la morphologie risque d'être que plus coûteuse et moins efficace. (Test HPV, Her2 directement FISH).

Seuls les pathologistes peuvent faire la corrélation histo-moléculaire et donc une synthèse globale pour permettre de définir le cadre thérapeutique d'efficacité.

Or, depuis l'inscription de l'HIS à la nomenclature de biologie médicale (NABM), fin mars, la biologie libérale s'empare de ces actes sans garde-fou morphologique indispensable.

Pour le pathologiste, l'accès à la pathologie moléculaire impose, cependant, mise à niveau et assurance de qualité. Les pressions faites à plusieurs niveaux semblent porter leur fruit pour une introduction dans la CCAM.

□ D'autres actes sont à introduire dans la CCAM ACP : ganglion sentinelle, immunocytochimie, techniques spécifiques type Mohs, Consultation de second avis, Actes de cancérologie avec protocoles validés par le biais des CRFS ...

4- CRFS et TRANSMISSION DE DONNEES ACP : un enjeu pour la spécialité

(cf. Annexe 1 et Annexe 3)

La profession est, de plus en plus sollicitée pour communiquer ponctuellement ou systématiquement des données, des codes, des informations...

Les requêtes proviennent indifféremment des réseaux de cancérologie, des registres, des organismes en charge du dépistage, de l'INVS....et bientôt de l'INCA par le biais du DCC (Dossier Communiquant en Cancérologie).

Chacun a eu, a et aura à répondre à des demandes de nature avec des enjeux et des conditions très variables selon l'interlocuteur, organisation locale ou régionale des soins et le niveau de pression « amicale » exercé.

Nous devons donc lancer une réflexion visant à harmoniser les pratiques, les moyens et les conditions au plan national. Ceci permettra à chaque pathologiste de conditionner sa participation à toute requête au respect une charte nationale régissant les échanges de données, et donc de renforcer l'unité de la profession. L'objectif n'est pas d'organiser la résistance ou de faire systématiquement obstruction à l'envoi de données, mais de simplifier, d'organiser les procédures et de faire reconnaître le pathologiste comme authentique opérateur efficace de santé publique.

➤ **Le Pathologiste = Passage obligatoire pour le diagnostic de cancer,
= Concentrateur de données cancérologiques.**

➤ **Que transmettre comme données ACP ? 2 niveaux sont possibles :**

1 - L'un basé sur la codification Adicap : code organe/lésion + Identifiant patient,

2 - L'autre basé sur le CRFS –Informatisé (36 localisations prévues),

- Le premier peut-être destiné au registre des tumeurs, structures de dépistages, InVS,

- Le second peut devenir un élément structurant essentiel du DCC et permet des requêtes extrêmement variées.

Qu'en retirera notre discipline si nous acceptons de perdre tout contrôle de nos interprétations à travers les CRFS envoyés directement dans le Dossier Communiquant Cancérologique (DCC).

□ **Plusieurs possibilités de transmission sont, en effet, envisageables :**

- *La première*, proposée par le syndicat et les CRISAP, prévoyant un passage par une interface ACP, type serveur CRISAP, avant un envoi vers les DCC, et les structures épidémiologiques.

- *La seconde*, court-circuitant les pathologistes et leur demandant d'implémenter directement les bases de données des DCC régionaux. Cette solution permettrait aux réseaux et aux tutelles de s'affranchir d'un serveur anapath et d'empêcher notre spécialité de garder la maîtrise de ses diagnostics. Elle n'obtiendrait certainement pas l'adhésion d'une majorité de pathologistes et ne pourrait se faire que sous la contrainte.

- Une *troisième solution*, excluant également le pathologiste, est celle qui correspondrait à une nouvelle saisie d'items par les secrétariats des réseaux et structures épidémiologiques à partir d'un CRFS papier : double saisie, risque d'erreurs multiples, coût de secrétariat, lenteur du système. C'est la réalité d'aujourd'hui pour certains registres de tumeurs ou structures de dépistage qui débouche sur des résultats souvent bien peu fiables.

□ **L'ACP doit donc disposer de moyens structurels et financiers pour :**

- **étendre à l'échelle nationale** la dynamique CRISAP-PACA existante permettant, à moindre coût pour la collectivité, d'avoir une cartographie fiable et en temps réel des cancers en France,
- **intégrer progressivement les CRFS** aux systèmes de gestion informatique des cabinets,
- **centraliser ces comptes-rendus** dans une base CRISAP *unique*, contrôlée et validée par les ACP. Cela permettrait de proposer une alimentation fiable et sécurisée en données cancérologiques pour tous demandeurs.
- **envoyer les données** vers le DCC, Registres, Dépistages, InVS, sous des formats informatiques qui restent à déterminer avec les professionnels.

♦ **Ce recueil de données ne sera efficace** que s'il est organisé, alimenté, contrôlé et validé par la profession elle-même. Compétence médicale, moyens informatiques, codification ADICAP, CRISAP, CRFS, absence d'antagonismes public-privé, AFAQAP, notre spécialité a tout pour permettre un tel développement.

♦ **L'objectif n'est pas de bloquer le système, mais d'y contribuer en permettant aux demandeurs d'avoir un interlocuteur unique.**

♦ Nous garantirons à chaque structure ACP le respect de ses propres données, chacun bénéficiant de ses propres statistiques personnalisées.

□ **Le financement**

N'étant pas prise en charge par l'Assurance Maladie, cette transmission (soit de codes ADICAP, soit de CRFS), devrait être financée par les structures épidémiologiques (InVS, Registre des tumeurs, structures de dépistages), les réseaux, l'INCa, voire les ARH ou même les collectivités territoriales.

Une piste : Le médecin traitant est indemnisé chaque année par un forfait de 40 € pour chaque dossier d'ALD 30 (cancer) qu'il suit (en plus des consultations). Ce chiffre est une base de discussion pour que les pathologistes contribuent efficacement au système.

Quant au CRFS, lui-même, nous devons obtenir sa prise en charge par l'Assurance maladie en rajoutant, dans la CCAM-ACP, un libellé spécifique avec un prix nettement supérieur à celui d'un compte-rendu standard.

Rappelons, cependant, que le compte-rendu ACP appartient au patient et non au pathologiste.

En revanche, le CRFS n'a rien d'obligatoire et sa **transmission** dépend du pathologiste.

5 - CONDUITES A TENIR ET "LIGNE SYNDICALE " :

□ **Des CAT sont à définir nationalement** dans les circonstance variées (tumorothèques, transmissions de lames, de blocs, de comptes-rendus, etc.. consultation de second avis).

Ce sujet est délicat. Il ne doit pas être analysé en fonction de situations particulières (villes, personnes ou des rapports amicaux que nous avons le plus souvent entre pathologistes publics et privés) mais selon des critères précis établis à l'échelle nationale.

La facturation des consultations de " second avis" par de nombreux établissements publics ou semi-publics et le nombre d'avis demandés aux experts ont totalement modifié la situation.

Pour la transmission de lames ou de blocs réclamée par un tiers : on peut imaginer une **indemnité de transmission**, intra-spécialité, non facturée à la CNAM, variable selon le service demandé et la finalité (hospitalisation dans une autre structure, essai clinique, recherche, publication, labo pharmaceutique, etc...), réclamé par le pathologiste au demandeur.

Tout reste à décider en terme de « tarifs ». Nous sommes preneurs de toutes solutions.

L'objectif est de réaliser un document commun pour tous les pathologistes opposables aux demandeurs éventuels.

Pour le problème des consultations de « second avis » : Vous trouverez sur le site du syndicat, une affiche détournée copiée sur les « second avis » de mammographie et plaidant pour une prise en charge par l'Assurance Maladie des « second avis » pour les cas anapath difficiles ou rares.

Nous vous conseillons de télécharger l'affiche et de l'envoyer à votre CPAM, aux associations de patients de votre régions (ligue, ARC, etc...) en leur demandant de l'adresser eux-mêmes à qui de droit, à leur caisse, au Président de la ligue ou à leur député... C'est du lobbying !

□ **« Ligne syndicale »**

Comme vous le constatez, l'ACP, et donc son syndicat, sont confrontés à de nombreux problèmes. Notre faible nombre ne nous permet pas de nous diviser. Chacun doit pouvoir s'exprimer sur les différents sujets mais il est essentiel que le syndicat parle d'une seule voix en accord avec les sociétés savantes et l'AFAQAP.

Beaucoup d'entre vous, participant à des réunions à l'INCa, HAS, INVS, détiennent des informations parfois essentielles. Il est capital de les communiquer au syndicat, donc à l'ensemble de la profession, pour nous permettre de la défendre.

Dans le passé, des pathologistes publics et privés ont été choisis par les tutelles ou cooptés par des représentants de la profession pour participer à des réunions de travail sans titre ni mandat quelconque et pouvaient servir uniquement à cautionner certaines décisions des tutelles (CNAM, INCa, InVS, registre des tumeurs, dépistages, ...).

Le syndicat souhaite travailler étroitement avec toutes les composantes de la profession : AFAQAP, SFP, AIP, SFCC, etc..., chaque structure étant complémentaire des autres.

□ **Un portail internet commun**, regroupant tous les sites ACP, serait fortement souhaitable pour montrer l'unité de la profession.

pour le bureau du Syndicat, Docteur Michel GUIU

Annexe 1

LE CRFS (COMPTE-RENDU FICHE STANDARDISE)

□ **Le CRFS : sa Valeur Médicale Ajoutée**

Le CRFS ne peut qu'améliorer la prise en charge des patients atteints de cancer. En cela, il présente une **Valeur Médicale Ajoutée** considérable

Il regroupe : - Fiche d'identité du patient, -Nom du chirurgien et établissement, -Renseignements cliniques et antécédents, -Compte rendu standardisé ACP (Qualité d'intervention, Diagnostic, Facteurs pronostiques et prédictifs à visée thérapeutique,...)

Il risque, cependant, d'empiler des données qui ne sont pas nécessaires à la coordination ou à la qualité des soins et dont le pathologiste aura l'entière responsabilité.

Certains renseignements à visée épidémiologique et statistique ne serviront qu'à des programmes de recherche, à des publications ou au contrôle médical.

Il convient, d'une part, de standardiser les CRFS entre eux et d'autre part de hiérarchiser les données. Ne peuvent être imposées au pathologiste que celles en rapport direct avec le diagnostic ACP auquel s'ajoutent, déjà, année après année, de multiples autres paramètres qui n'ont, malheureusement, entraîné aucune évolution dans les cotations.

□ **Le CRFS : Ses conséquences**

_ Conséquences sur le statut de la spécialité

Le CRFS, ne doit pas résumer l'acte médical du pathologiste à la saisie d'une batterie d'items plus ou moins quantifiés utilisables en RCP et rentrés dans le DCC. Dans ce cas, simple producteur d'items ACP, le pathologiste sera assimilé à un automate de biologie et deviendra un prestataire de service sans le moindre poids sur ses propres interprétations

Quant à la qualité du diagnostic, elle restera toujours dépendante de la compétence du pathologiste et non d'une quelconque standardisation.

_ Conséquences juridiques

Le CRFS servira, 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.

Dans une "judiciarisation" de la médecine, un item mal rempli, non rempli ou erroné, une recoupe insuffisante du chirurgien, pourront être source de procès pour "perte de chance".

Le problème sera identique avec le contrôle médical des CPAM.

Le pathologiste ne doit donc être responsable que des items qu'il aura produits. Sa responsabilité ne saurait être engagée pour des items provenant d'autres sources (renseignements cliniques, paramètres biologiques ou d'imagerie...)

_ Conséquences financières

D'un simple diagnostic de cancer avec grade et stade, on est passé, en dix ans, à des protocoles macroscopiques extrêmement contraignants et a un compte-rendu histologique multipliant les items (plus de 80 pour le sein). Ceci nécessite, donc, une multiplication des blocs d'inclusion et des coupes, alors que, parallèlement, aucune revalorisation des actes n'a suivi. De 5-6 blocs, on est ainsi passé à 30, voire 35 blocs. Le CRFS imposera, encore, de nouveaux « principes de précaution ».

Pour la future CCAM-ACP, Il est donc urgent de déterminer « le coût de la pratique » qui est largement sous-estimé pour l'histologie. Il devra intégrer 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...) et non en l'extrapolant à partir de la moyenne des frais contenue dans la déclaration d'impôts 2035 des pathologistes, soit 60% en 2004.

Grâce au CRFS, il est facile de déterminer un nombre moyen de blocs par pièce d'exérèse 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

Enfin, il convient d'ajouter : La mise à niveau des systèmes informatiques, les temps de travail supplémentaire de secrétariat, de recoupe macroscopique, de technique et d'interprétation pour le pathologiste

□ Le CRFS : son Intérêt pour le DCC et les structures épidémiologiques

♦ **Le CRFS n'a pas pour vocation de se substituer au DCC qui accumule les retards.** Sous sa forme informatisée, c'est-à-dire permettant d'extraire les données et de les envoyer vers le DCC, il peut être un **outil indispensable et structurant** pour la mise en place d'un tel dossier médical. Compte-rendu de RCP (Réunion Concertation Pluridisciplinaire) et PPS (Programme Personnalisé de Soins) le compléteront.

♦ **Conscients de son intérêt**, chirurgiens, cancérologues, réseau de cancérologie, INCa, épidémiologistes, tous souhaitent nous imposer un tel compte-rendu. (Notons au passage que le projet de compte rendu **opératoire** standardisé a très vite été abandonné par l'INCa...dont acte !) Son exhaustivité est telle que les *cliniciens* le réclament dans l'intérêt de leurs patients, les *épidémiologistes* pour implémenter leurs bases de données statistiques, les *services de recherche clinique* pour leurs études, et, dans l'avenir, *la CNAM* pour le contrôle médical.

Il est donc essentiel que l'Assurance Maladie dégage des moyens financiers supplémentaires pour la mise en place progressive des CRFS.

Annexe 2

LA CCAM-ACP - MODE D'EMPLOI

(Par Frédéric Staroz, Quimper- Secrétaire de la section libérale -commission « Nomenclature-CCAM »)

Sur le site du syndicat avant le 15 juillet 2007.

Annexe 3

LA TRANSMISSION DE DONNEES ACP

Par C. Sattonnet –Président du Crisap-PACA-Est –Commission « Transmission des données »



APRES L'HEURE, CE N'EST PLUS L'HEURE...

Le premier CRFS (compte rendu fiche standardisé) a été validé par le board « sein » de l'Inca en février 2007. Il est le premier d'une liste non exhaustive de 36 fiches.

Ce type de compte rendu, élément pivot du futur DCC, nous sera tôt ou tard imposé, qu'on le veuille ou non, Le retard dans la mise en place du DCC nous accorde un petit sursis. Nous devons absolument profiter de ce sursis pour prendre en charge ce dossier afin de ne pas en subir les conséquences. Il y a là une formidable opportunité pour la profession d'obtenir enfin la reconnaissance des engagements et des responsabilités que chacun assume quotidiennement dans l'ombre.

Le principe, enfin accepté par l'INCA, est simple : **laisser les pathologistes gérer les données anatomopathologiques**. Il s'agit maintenant de montrer; que nous sommes capables de nous organiser pour valoriser les données que nous conservons jalousement sans rien en faire depuis des décennies, comme Harpagon et sa cassette.

Une expérience pilote va débuter en PACA. Un serveur régional va se mettre en place pour permettre aux pathologistes d'alimenter en CRFS une base de données commune, centralisée et sécurisée. 2 solutions seront proposées :

- soit le pathologiste remplit son CRFS dans son propre logiciel de gestion de laboratoire et exporte les données vers le serveur
- soit le pathologiste remplit son CRFS sur le serveur central et importe le compte rendu automatiquement dans le système de gestion de son propre laboratoire (cette solution mutualise les coûts d'installation, de mise à jour, d'évolution...)

Dans les 2 cas, la finalité reste la même : c'est la création d'un serveur anapath centralisé, **géré par les pathologistes** et jouant le rôle de système d'intermédiation entre le DCC (donc l'INCA) et les pathologistes.

Second fait nouveau accepté par l'INCA : la nécessité d'accompagner les pathologistes dans cette démarche et d'**indemniser ce nouveau travail de santé publique**, sous réserves qu'il soit effectivement de qualité. Les tests de faisabilité et les travaux remarquables des CRISAP en région montrent que sur ce point, l'INCA peut faire confiance aux pathologistes.

Le syndicat national des pathologistes s'associe pleinement à cette démarche. La maîtrise des données sera la clef nécessaire à la prise en compte par nos tutelles des spécificités et des difficultés de la profession. L'équipe du conseil d'administration vous tiendra régulièrement informés des évolutions de ce dossier capital pour l'avenir de la profession.

Rater le train, même de peu, c'est quand même rater le train !