

14 JUIN
2016

L'ACP hospitalière est en danger

Il est urgent d'agir avant qu'il ne soit trop tard !

L'anatomopathologie (ACP) du secteur hospitalier est actuellement en grande difficulté et les perspectives pour son avenir inquiétantes.

Les avancées de l'ACP ont permis de réaliser des progrès incontestables dans le soin, en particulier, en cancérologie avec la médecine personnalisée (mais pas seulement...), entraînant une complexité des actes et des responsabilités accrues sous-valorisées de même que l'investissement peu soutenu malgré les besoins réels.

Tout semble converger pour pénaliser l'ACP public qui subit, de manière encore plus aigüe que les autres spécialités, les difficultés conjoncturelles actuelles du système hospitalier, en particulier, financières (T2A, EPRD, loi HPST, GHT ...) entraînant une baisse de l'investissement et de l'innovation avec le risque d'aboutir à une paupérisation des plateaux techniques ; plus grave encore, le sacrifice de services d'ACP avec recours à la sous-traitance et ristournes pour faire des économies (délétère pour l'ACP public car hypothèque les perspectives de regroupements...), sans compter le non renouvellement des départs en retraite...

A cela s'ajoutent tous les problèmes intrinsèques à la spécialité et, en 1^{er} lieu, une méconnaissance complète du métier (spécifique à la France), une proportion importante d'actes lourds à l'hôpital, la participation à des protocoles de plus en plus nombreux (où le pathologiste n'est souvent pas reconnu) ...surcharge de travail non valorisée obligeant d'augmenter l'activité pour être « rentable ». Enfin, récemment les RIHN entraînant une disparition des AHC (PHN) ont aggravé cette crise et les

rapports avec les services financiers, l'inscription d'actes innovants va être complexe..., sans compter l'arrêt du financement du second avis...etc.

Le constat est alarmant, les conditions de travail, devenues insoutenables dans certains services, entraînent le départ de médecins et une perte d'attractivité pour les jeunes. Si cette situation perdure, elle risque de conduire inévitablement à un affaiblissement durable de l'ACP public et avoir un impact majeur sur la qualité des soins.

L'inquiétude des pathologistes hospitaliers est légitime. Ce constat ne peut rester sans réponse de la part de nos instances et des directions hospitalières avec lesquelles nous souhaitons nouer un dialogue constructif pour préserver notre spécialité dans l'intérêt de la qualité des soins des services publics.

Nous allons développer les raisons qui expliquent les difficultés de l'ACP hospitalière actuelle, sans prétendre être exhaustif, mais avec la volonté d'être le plus objectif possible, en se focalisant sur les problèmes qui nous semblent les plus aigus.

Deux problématiques plombent l'ACP hospitalière actuellement :

1- **Une méconnaissance de ses spécificités et de l'évolution du métier...**

2 - **Une diminution de l'investissement au niveau des plateaux techniques** pourtant nécessaire à l'innovation et à la qualité. L'ACP est bien souvent la 1^{ère} spécialité sacrifiée pour faire face aux **difficultés financières des hôpitaux** et diminuer les déficits.

AU SOMMAIRE

MÉCONNAISSANCE
COMPLÈTE DE LA SPÉCIALITÉ
ET MANQUE DE
RECONNAISSANCE

DIMINUTION DE
L'INVESTISSEMENT AU
NIVEAU DES PLATEAUX
TECHNIQUES

RAPPORTS AVEC LES
INSTANCES

CONCLUSIONS

1- Méconnaissance complète de la spécialité et manque de reconnaissance

La méconnaissance et l'incompréhension de notre métier va de pair avec le manque de reconnaissance et explique en grande partie la situation délétère dans laquelle se trouve l'ACP hospitalière française actuellement (et là certaines sont générales à la spécialité), les raisons sont multiples :

1. Spécialité méconnue : exception française (culturelle ?)

Le sondage réalisé par le syndicat a montré que seulement 24 % de la population générale nous connaissait : particularité française sidérante. Aux USA le pathologiste est le 1^{er} médecin, le plus respecté. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il y a un tronc commun en biologie/ACP, alors qu'en France nous avons parfois l'impression d'être considérés comme des « médecins de seconde zone » à l'hôpital.

2. Confusion avec la biologie

L'ACP a longtemps fait partie de la biologie et est encore très souvent confondue, voire parfois même considérée comme une sous-spécialité de la biologie. Malgré notre proximité avec les cliniciens à l'hôpital (RCP, staffs...), nous ne sommes pas pour autant mieux compris. Beaucoup pensent encore que nous validons le travail de nos techniciens, ou que certaines données sont automatisées (seules les techniques de prise en charges des prélèvements le sont) et n'ont pas la **notion du temps médical**. Le message est difficile à faire passer et beaucoup de pédagogie reste à faire.



3. Méconnaissance des responsabilités et des missions du pathologiste

L'ACP a subi une évolution sans précédent (ces 15 dernières années) qui a permis de réaliser des progrès incontestables dans le traitement des patients et la qualité des soins, en particulier, en oncologie notamment avec la médecine personnalisée et les thérapies ciblées (et dans bien d'autres domaines...). Ces progrès sont dus aux avancées de l'ACP qui a subi une véritable mutation avec une augmentation de la complexité des actes (temps travail) et des responsabilités notamment par l'implication accrue des pathologistes dans le soin, (pronostics, tests théranostics, gestion du tissu tumoral...). Le CR ACP contient de plus en plus d'informations nécessaires à la prise en charge des patients : le diagnostic est basé sur la **morphologie** (diagnostic histologique et classement des lésions), clé de voûte du compte rendu ACP, et, également les facteurs pronostics, la prédiction de traitements, le stade évolutif (pTNM...), en oncologie. Or, cela n'a pas permis aux pathologistes

*Spécialité méconnue,
Confusion avec la biologie,
Méconnaissance des responsabilités et des missions du pathologiste,
Absence de liens avec les patients,
Prépondérance de la biologie moléculaire et des thérapies dites « innovantes ».*

hospitaliers d'obtenir une valorisation à la hauteur des efforts accomplis et des services rendus.

4. Absence de lien avec les patients

L'absence de lien direct avec les patients explique nos difficultés à faire comprendre que notre spécialité est éminemment médicale et que faisant partie des spécialités médicales, notre métier est proche du soin et nos responsabilités ne sont pas moindres. Nos administrations ne reconnaissent pas cet aspect, à tel point qu'ils n'acceptent que rarement de payer des heures supplémentaires ou du temps additionnel, alors que la charge de travail en ACP n'a jamais été aussi lourde. Nous sommes en ce sens pénalisés par rapport à d'autres spécialités.

5. Prépondérance de la biologie moléculaire

La biologie moléculaire (BM) est parfois considérée (à tort) comme essentielle et l'on fait totalement abstraction de la morphologie, reléguée au second plan, ou totalement ignorée. Ce raisonnement fait de « l'ombre » et est très délétère pour l'ACP, surtout pour le néophyte.

Ce qui est totalement absurde car d'une part, il n'y a aucune raison d'opposer les 2 spécialités qui sont complémentaires, et d'autre part, il est impossible de réaliser des actes de biologie moléculaire sans diagnostic histologique et une sélection de cellules tumorales réalisée par le pathologiste. Ce discours réducteur n'est pas fréquent et n'est pas partagé par tout le monde fort heureusement car beaucoup de biologistes connaissent le rôle de l'ACP (et vice-versa). Par contre, ces propos évoqués par des personnes influentes peuvent avoir des conséquences néfastes pour l'ACP. Il n'y a d'ailleurs qu'en France où ces « dérapages » existent. Dans tous les autres pays la BM est considérée comme un acte complémentaire de l'ACP. Les pathologistes français ont maintenant une formation en biologie moléculaire dans leur cursus et peuvent réaliser certains actes. Bien entendu, cela concerne la recherche de mutations connues et ceci a été rendu possible grâce aux évolutions technologiques (comme ce fut le cas de l'IHC il y a 30 ans). D'ailleurs dans beaucoup de pays, notamment européens, les actes de biologie moléculaire sont réalisés au sein des services d'ACP (qualité du pré-analytique, gain de temps...).

6. Présence insuffisante des pathologistes dans les réunions médicales d'oncologie

Nous sommes en partie responsables de cette méconnaissance : car d'une part, nous n'accordons pas suffisamment de temps à expliquer notre métier, et d'autre part, nous sommes bien souvent absents lors de présentations ou formations organisées sous l'égide des cliniciens, en particulier en cancérologie. Combien de fois seuls sont présents des cliniciens spécialistes, oncologues et des biologistes moléculaires (généticistes) alors que les pathologistes sont absents (souvent par manque de temps) ou ne sont pas conviés (ce qui est plus grave et démontre la banalisation du rôle de l'ACP). Notre manque d'implication est néfaste pour la spécialité, aggrave notre méconnaissance et laisse à penser que le diagnostic ACP est une évidence et que nous n'avons pas de message à faire passer.

Il n'est plus acceptable que l'ACP soit à ce point méconnu de tous, le travail des pathologistes est pourtant essentiel. **La France fait exception en la matière, ce n'est pas tolérable pour les pathologistes français**, qui sont pourtant reconnus pour la qualité de leur travail.

Il est essentiel de définir clairement notre métier (ce n'est pas le cas actuellement) car cela entraîne une **abstraction complète de notre spécialité qui ne peut que nous desservir**. (En effet pour l'instant notre spécialité n'est pas définie à proprement dit dans le code de la santé publique (nous existons seulement « par exception » ou « en négatif » dans la loi sur la biologie).

NB : Le syndicat travaille sur ce sujet et fait le forcing pour qu'une loi sur l'ACP voit le jour. C'est le moyen le plus efficace, de notre point de vue, pour défendre la spécialité.

2- Diminution de l'investissement au niveau des plateaux techniques

1. Affaiblissement de l'ACP du secteur public par sous-traitance avec ristournes

La section syndicale hospitalière du SMPF dénonce la sous-traitance de l'ACP public en particulier lorsqu'elle s'accompagne de la fermeture de petits services avec des ristournes exagérées : cela a des conséquences très délétères pour l'ACP du secteur public, en particulier pour l'ACP des CHG.

En effet, nous assistons depuis quelques années à une augmentation de la sous-traitance de l'ACP du secteur public avec la fermeture de petits services de CHG avec appel d'offres (AO) et ristournes exagérées dans le but de faire des économies (comme pour la lingerie, la stérilisation...etc.)

Cette pratique est inacceptable pour plusieurs raisons :

Elle va à l'encontre du « Rapport DGOS ACP 2012 » qui préconise de recourir à la coopération et au regroupement de structures d'ACP afin qu'elles se consolident. Il est logique de privilégier en 1^{er} lieu le regroupement entre structures d'ACP du même mode d'exercice, si possible, centres hospitaliers proches (régionaux), notamment depuis la mise en place des GHT, avant de recourir à la sous-traitance vers d'autres types de structures.

L'ACP est une spécialité médicale : est-ce légal ? Que deviendrait un hôpital qui sous-traiterait toutes les spécialités médicales ?

Le versant financier prime souvent sur la qualité dans la pondération des critères de l'AO. Ceci peut avoir un impact sur la qualité des soins et rend les critères de l'AO inadéquats pour les candidats : pénalisant de fait ceux qui font de la qualité (notamment si le service rendu par les PH était satisfaisant).

Inacceptable, totalement **injuste**, voire anti-déontologique envers les PH sachant très bien qu'ils n'ont aucune chance de conserver leur service car ils n'ont aucune maîtrise sur le volet financier.

Dévalorise la spécialité et constitue un frein à la revalorisation des actes d'ACP :

En effet, cela signifie (pour nos instances) que les actes d'ACP sont surcotés (alors que c'est loin d'être le cas) et ne rend pas service à notre spécialité, car :

Peut-on ensuite demander une revalorisation de nos actes s'il est possible de travailler pour moins cher ?

Comment peut-on faire de la qualité avec des prix cassés ?

Est-il légal de baisser des tarifs CCAM ayant fait l'objet d'une négociation conventionnelle avec la CNAM ?



La disparition des services d'ACP hospitalier hypothèque les projets de regroupement et constitue le danger le plus grave pour l'ACP du secteur public qu'elle affaiblit de façon durable et irréversible.

En effet, à ce rythme là, aucun regroupement de services d'ACP publics ne sera possible, faute de combattants. Tarifier cette source c'est condamner de fait l'ACP hospitalière, en particulier, pour les CHG qui sont les 1^{ères} victimes et en paient le plus lourd tribut.

Cela hypothèque tout projet de regroupement et est préjudiciable pour de futurs regroupements qui ne pourront donner naissance qu'à des structures plus restreintes n'ayant de fait pas les capacités suffisantes pour faire face à l'évolution de la spécialité.

Les biologistes ont interdit ces pratiques, et le **SMPF condamne toute ristourne sur l'ACP.**

Citation d'un message du SMPF

« Alors que la loi sur la biologie a interdit les « ristournes » pour les laboratoires de biologie privés lorsqu'ils répondent à des appels d'offres hospitaliers, les appels d'offres en ACP sont toujours basés en grande partie sur le montant de remises accordées.

Le SMPF s'est toujours inscrit contre ces remises. Nous produisons des actes médicaux, dont les tarifs sont réglementés. Il n'est pas acceptable que l'ACP soit « achetée » par les hôpitaux sur les mêmes critères qu'un service commercial.

Nous voulons donc que le programme PHARE comprenne qu'un achat « responsable » d'actes d'ACP ne peut être basé que sur des éléments qualitatifs (compétence médicale, respect des recommandations, délais, ...) et non sur des remises incompatibles avec un service de qualité et en contradiction flagrante avec le coût réel de nos actes. Il est évident que certains partenariats sont pertinents quand ces conditions sont appliquées, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas.

Nous demandons que toutes initiatives d'hôpitaux ayant recours à des appels d'offres (AO) pour sous-traiter l'ACP et quelquefois à des offres conjointes Biologie /ACP soient visées par une commission permettant :

d'une part, de garantir les critères d'un achat « responsable » et en particulier de respecter les critères qualité avec un modèle d'AO, et d'autre part, de ne pas nuire à un projet de regroupement hospitalier envisagé.

L'AO serait validé, que si et seulement si, ces 2 conditions étaient respectées.

Cette commission devrait obligatoirement être constituée de pathologistes (2 publics / 2 privés) et veillerait au respect d'une chartre élaborée en partenariat avec le GEM (Groupe d'Etude des Marchés) et validée par la spécialité (CNPath).

2. Difficultés d'investissement et d'innovation à l'hôpital

La situation financière des hôpitaux rend plus que jamais les investissements difficiles. Beaucoup d'établissements appliquent des plans de retour à l'équilibre (EPRD) depuis la T2A.

L'investissement dans d'autres spécialités transversales, comme la radiologie ou la biologie, pose souvent moins de problèmes que pour l'ACP. Il y a plusieurs raisons à cela :

Notre spécialité est difficile à appréhender par les cliniciens qui maîtrisent mieux l'imagerie et la biologie et cela influence les directions financières, notamment lorsque les chefs de pôles ne sont pas des pathologistes (cas le plus fréquent).

Nos actes étant peu valorisés (peu coûteux), nous ne dégageons pas suffisamment de marge bénéficiaire pour investir, notamment dans des secteurs peu rentables.

Le pourcentage d'actes lourds, plus importants à l'hôpital aggrave davantage la rentabilité.

Par ailleurs, toute demande d'investissement à l'hôpital (personnel, plateau technique) est complexe et demande beaucoup de temps car nécessite plusieurs étapes obligatoires. Elle doit s'inscrire dans le projet d'établissement, faire l'objet d'une étude médico-économique poussée, être approuvée par le chef de pôle (qui ne connaît en général pas bien l'ACP : ce qui complique les choses...) et enfin être validée par la direction des finances...avant d'être acceptée, ou non, par le directeur en fonction du budget de l'hôpital et en particulier être en conformité avec l'EPRD (Plan de retour à l'équilibre). C'est un véritable parcours du combattant qui rend l'hôpital peu réactif en matière d'anticipation, pourtant vital face aux évolutions scientifiques.

Ainsi, la vétusté du matériel et la nécessité d'innover pour être en adéquation avec les avancées de la spécialité ne sont pas toujours des critères retenus par les directions financières. Il faut absolument que cela s'accompagne d'un gain de productivité et un bénéfice immédiat. Or, ce n'est pas toujours possible et nous dépendons étroitement de l'activité clinique.

La nécessité d'investir pour rester compétitif ou être en conformité afin d'assurer une qualité des soins optimale...est difficile à faire valoir dans la conjoncture hospitalière actuelle, basée sur l'investissement à court terme, à fortiori si l'établissement est en difficulté financière.

Beaucoup de projets sont refusés dans la conjoncture actuelle ce qui entraîne une baisse :

D'investissement matériel d'où affaiblissement des plateaux techniques,

Des embauches, donc du temps médical.

Les services sont pénalisés par les **échelons** des médecins (coûtant plus cher), alors que c'est pourtant un gage d'expérience et donc de compétence.

3. Valorisation insuffisante des actes d'ACP et augmentation constante du temps de travail

Malgré 2 plans cancers successifs pour soutenir l'ACP, les alertes et propositions faites par la profession (Projet Pathologie 2008, Rapport ACP/DGOS 2012...), les moyens

n'ont pas suivi. Pire, au sein du service public on demande toujours plus de travail aux pathologistes, des délais de réponse de plus en plus rapide : la DMS (Durée Moyenne de Séjour) commande tout. On assiste également à une inflation des demandes en tout genre pour des protocoles de plus en plus nombreux (recherche, études ...). Malgré le nombre d'heures en croissance constante, nous n'avons pas droit aux heures supplémentaires. N'ayant aucune astreinte, ni garde, ni repos compensatoire : les pathologistes sont les plus corvéables de l'hôpital.

L'ACP hospitalière est pénalisée par la prise en charge d'actes lourds et complexes plus importants, demandant un temps de travail long et insuffisamment valorisé, notamment en cancérologie (pièces opératoires), et à la différence de la biologie notre spécialité n'est pas automatisée.

Pourtant, l'ACP est la moins chère des spécialités transversales (par rapport à la radiologie, biologie ...).

Il y a quelques années, quelques majorations d'actes ont été attribuées par la DGOS pour la cancérologie (P 50 et P100), puis une revalorisation avec la CCAMV2 en 2015 plus significative, mais encore insuffisante (elle avait également pour but de permettre une meilleure hiérarchisation de la complexité des actes). Depuis, l'élan est vite redescendu et l'ACP est redevenue depuis plus que jamais le parent pauvre de l'hôpital, aggravé par finances (T2A, loi HPST, EPRD...). A quand la CCAM V3 ?

Il est totalement aberrant que le travail que nous réalisons soit si peu valorisé (ICR ACP) car cela oblige inévitablement à augmenter l'activité pour conserver son potentiel médical et son service. Il faut être « rentable » au sein du système. Mais cette augmentation de la charge de travail est dangereuse et ne peut se faire de façon exponentielle (risque d'erreurs diagnostiques).

Dans le cadre des regroupements (notamment les GHT), il est essentiel que les pathologistes hospitaliers qui font l'effort d'exercer sur plusieurs sites, reçoivent une prime d'intéressement en cas d'activité multisite. C'est une nécessité pour conserver l'attractivité de l'Hôpital.

La mise en place de projets sans intéressement risque au contraire de démobiliser les jeunes médecins.

4. RIHN complexité et impact sur la « dévalorisation » de la spécialité

La mise en place récente des RIHN (Référentiel des actes Innovants Hors Nomenclature) par la DGOS est un nouveau système de soutien à l'innovation des actes de biologie et d'ACP. Les RIHN entraînent de facto une disparition des AHC (PHN). Cette disposition, dont les conséquences financières ne sont pas encore bien connues ni comprises par les

administrations, n'arrange pas la situation et le dialogue avec nos directions financières. Beaucoup s'en servent comme argument pour diminuer la dotation des services d'ACP considérant que la disparition des AHC est un manque à gagner pour l'hôpital (surtout pour les établissements en difficulté). Au-delà des problématiques financières difficiles à objectiver, les AHC et les PHN servaient de marqueurs d'activités des services d'ACP. Leur suppression entraîne donc une « perte de repères » pour les services administratifs de nos hôpitaux. Certains ignorent même que l'ACP est codée en CCAM et non plus en P.

Il est donc essentiel de faire un travail « éducatif » auprès de nos administrations pour permettre une évaluation juste de notre activité, basée sur la CCAM et les RIHN. Il serait également sûrement intéressant que cette évaluation soit basée sur le nombre de point travail de ces actes en CCAM, et non sur leur simple valeur en €, inférieure à ce qu'elle devrait normalement être. Il est à noter que les RIHN, comme la CCAM, valorisent un acte global.

Cette réforme pose beaucoup de questions sur l'avenir des actes d'ACP hospitaliers en raison de la complexité à inscrire de nouveaux actes. La SFP a hérité du « fardeau » que constitue l'inscription de nouveaux actes RIHN. Il s'agit d'un processus très lourd et complexe. Qu'est-ce qu'un acte innovant ? Il faut en apporter la preuve scientifique (apporte-t-il un plus pour le soin ?) et médico-économique, tout cela sans aide pour financer les études... Le processus de mise en œuvre pour définir un nouvel acte est lourd : recueil de données, trouver un établissement support....

Un acte est accepté dans la liste des RIHN s'il est validé et passe au bout de 3 ans dans la nomenclature (collectivité). Il nécessite alors une accréditation (non opposable, pour l'instant en ACP, mais cela pousse tout de même à se poser la question d'autant que des critiques ont été formulées contre les pathologistes, en particulier dans la loi sur la biologie...).

Les AHC (PHN) nécessitaient bien évidemment d'être revus et corrigés. Un toilettage s'avérait nécessaire après la CCAMV2 ainsi qu'une meilleure gestion permettant d'éliminer les disparités entre établissements. Mais, comme toujours, les changements se font dans la brutalité sans se soucier des finances des établissements et sans concertation avec la spécialité. Néanmoins, il est clair que ce changement brutal déstabilise et pénalise l'ACP hospitalière en raison d'une « non prise en charge » d'actes lourds ou spécifiques à l'hôpital, comme le second avis par exemple.... (Seule la revalorisation de la foetopathologie a été reconnue par la DGOS et une négociation est en cours avec les sociétés savantes concernées). En effet, Il existe bien d'autres actes réalisés essentiellement dans le secteur hospitalier qui mériteraient d'être mieux cotés à la vue du temps de travail, de leur complexité...mais qui passent totalement aux oubliettes et pénalisent certains services. Une discussion est en cours actuellement avec la FHF, la DGOS et l'ATIH.

5. Insuffisance de médecins hospitaliers en ACP et augmentation constante du temps de travail

Beaucoup de menaces pèsent sur le temps de travail en ACP hospitalière, en raison des problèmes de finance déjà évoqués avec les plans de redressements successifs (EPRD...PLFSS). L'activité et le travail ne font que croître. Le personnel est le plus souvent constant (au mieux) ou en baisse (le plus souvent), surtout dans les établissements les plus en déficit. Les départs en retraite ne sont pas remplacés (comme dans toute la fonction publique), sans parler bien entendu des congés maladies ou maternité ou autres motifs d'arrêts. A cela s'ajoute, plus récemment, une difficulté de recrutement due à une baisse de l'attractivité du mode d'exercice de l'ACP hospitalière (notamment dans les régions éloignées de CHU).

Il est devenu obligatoire (dans les établissements les plus en déficit) de prendre les RTT car elles ne sont plus payées : cela occasionne des absences plus importantes et un travail à effectif réduit une majeure partie de l'année avec difficultés d'organisation des plannings. Les RTT sont en train d'être supprimées en partie, voire totalement, dans certains hôpitaux.

Les services qui étaient bien dotés en temps médical peuvent encore suivre mais pour les autres c'est « mission impossible » et beaucoup de praticiens croulent actuellement sous le travail et sont dans l'incapacité de faire autre chose. Pour certains, cette situation n'est plus vivable avec la fatigue et les risques d'erreur. Là encore, il est urgent de revaloriser les actes lourds pour pallier les effectifs trop restreints qui rendent les services fragiles à la moindre absence.

L'ACP est une spécialité basée sur l'interprétation des lésions. Le travail de macroscopie et surtout de microscopie demande du temps médical précieux, un minimum de concentration, surtout pour les cas complexes. Le stress est présent en permanence car le diagnostic et le CR ont un impact majeur sur le soin.

NB : Une enquête réalisée par le CRISAP Rhône-Alpes en 2004 sur « L'état des lieux des structures d'ACP de Rhône-Alpes - Caractéristiques démographiques et activité ... (Publiée dans l'URML Rhône Alpes 20005), montrait au sujet « Du nombre d'heures travaillées, moyenne par jour et par les pathologistes était de 9.5H (médiane à 10H). Le type de structure et de pratique n'intervenant que modérément sur la durée journalière de travail (temps de 10% inférieur chez les salariés exclusifs ou travaillant dans des structures publiques). Si l'on fait la même étude à l'heure actuelle, les chiffres risquent d'être supérieurs pour le secteur hospitalier.

Tant qu'il n'y aura pas de problèmes de contentieux, la situation actuelle risque de perdurer, comme c'est toujours le

cas en France. (Ce qui s'est produit au Canada devrait servir d'exemple à nos instances).

Les situations sont très variables suivant les établissements. C'est bien entendu dans les régions les plus défavorisées (bassin de population avec niveau socio-économique faible, CHG éloignés des grandes villes avec CHU...) que les services sont les moins dotés.

6. Accréditation

Assez peu de service d'ACP hospitaliers sont accrédités (par rapport au secteur libéral). Il s'agit en majorité de service faisant partie de pôle de biologie, pour les autres, l'entrée dans la démarche n'est pas facile pour 2 raisons : Les directions hospitalières ont mal vécu les dépenses engendrées par l'accréditation de la biologie,



Ils attendent un décret et un calendrier officiel pour l'ACP (ce qui n'est pas le cas actuellement).

Sans document officiel, la majorité des directeurs ne soutiendront pas l'accréditation en ACP et il n'y aura pas de moyens dédiés. (Il y a bien entendu des différences entre hôpitaux, et ce sont toujours les plus déficitaires qui renâclent).

Or, beaucoup de chefs de service souhaitent rentrer dans la démarche, notamment pour les actes RIHN, mais comme ceux-ci ne suffisent pas à compenser la perte des AHC à leurs yeux, la majorité des directeurs refusent de dépenser pour l'ACP (c'est un peu la double peine).

7. L'ACP hospitalière pénalisée par les seconds avis

Malgré l'avis favorable de la HAS en 2009 et les 2 plans cancers (7 ans) les choses ont peu évolué et le 2nd avis n'est toujours pas inscrit à la nomenclature des actes CCAM. Pourtant, il s'agit d'une activité importante pour les consultants (hospitaliers et CLCC...) et ce n'est pas la valorisation PHN 100 (28 Euros) obtenue en 2015 (circulaire DGOS 2010) qui a résolu le problème car les actes coûtent beaucoup plus cher surtout s'ils nécessitent des examens complémentaires.

Jusqu'à présent, la consultation de 2nd avis a pu être maintenue à cause d'une part, de son prix resté limité à 28 Euros et d'autre part, parce que les établissements hospitaliers acceptaient de travailler à fond perdu en raison d'une compensation partielle par les AHC/MERRI.

Mais cette année 2016, les RIHN d'une part, entraînant *de facto* la disparition des PHN, et d'autre part, l'état financier des hôpitaux, vont donner un coup d'arrêt fatal au financement des avis qui vont faire l'objet d'une facturation automatique non encadrée.

Il y donc urgence à trouver une solution pour assurer la valorisation des actes de 2nd avis des pathologistes consultants. Cela risque d'entraîner un frein au recours et affecter la qualité des soins avec un surcoût de prise en charge

(démonstré dans une étude publiée dans les annales en 2008, de l'ordre de 300 KEuros).

Une commission a été créée en 2015 sous l'égide du CNPath sur ce sujet (coordonnée par B. Vergier). Elle a proposé à la DGOS une organisation du recours en ACP. Malgré les promesses d'une prise en charge du dossier depuis mi-février 2015 il n'y a toujours pas d'avancées. Ce dossier fait l'objet d'un jeu de pingpong depuis 2009 entre la DGOS et la CNAM.

3- Rapport avec les instances (DGOS, DGS, ATIH, ...)

Il est assez difficile pour la spécialité d'obtenir des rendez-vous au Ministère de la Santé et surtout d'obtenir une entrevue avec le bon interlocuteur. Les discussions avec les instances ont été assez décevantes jusqu'à présent, en raison notamment, d'une incompréhension majeure de notre métier, de nos responsabilités et de la place de l'ACP dans le soin.

Beaucoup de travail reste à faire pour que nos actes soient mieux valorisés à l'hôpital quel que soit l'établissement. Il est anormal que les directeurs ne soient pas soutenus, qu'il n'y ait pas de politique cohérente au niveau national et qu'on laisse

aux directeurs la responsabilité de « réguler », à leur façon, le coût de l'ACP, en fonction de leur budget, sans aucune régulation.

Nous avons l'impression qu'une campagne de persuasion et de lobbying reste à faire pour être compris. Il est nécessaire que les pathologistes se mobilisent pour défendre leur spécialité et le secteur hospitalier ne peut qu'inciter les collègues à adhérer au syndicat et à s'impliquer en faisant acte de candidature.

4- Conclusions

Le tableau dressé peut paraître exagéré mais il reflète malheureusement la réalité. Beaucoup de pathologistes hospitaliers se reconnaîtront.

L'ACP hospitalière vit actuellement probablement une des crises les plus profondes qu'elle ait connue. Alors que, paradoxalement, la spécialité n'a jamais été aussi performante dans la prise en charge des patients et la qualité des soins.

Les pathologistes hospitaliers font l'objet d'un manque de reconnaissance totalement inacceptable avec des actes sous-valorisés, ce qui entraîne une perte d'attractivité et des départs (alors que des efforts importants ont été réalisés pour la filiarisation de la spécialité). Cela risque d'affaiblir de façon irrémédiable l'ACP du service public et de la qualité des soins.

Il est urgent de prendre en compte la mesure du problème car cela ne peut plus durer : Beaucoup de pathologistes sont découragés, de plus en plus démotivés et frustrés.

Trois mesures doivent être prises rapidement car elles sont vitales pour l'ACP du service public hospitalier :

- **Reconnaître le rôle crucial et la spécificité de l'ACP dans la qualité des soins et valoriser le travail,**

- **Garantir et préserver la qualité des plateaux techniques nécessaire à l'innovation.**

Ces 2 éléments sont essentiels pour assurer une prise en charge de qualité.

- **Arrêter de « brader l'ACP public » en la sous-traitant à des prix « cassés », privilégiant l'économie à la qualité, l'affaiblissant en hypothéquant les regroupements inter-hospitaliers et leur optimisation, notamment dans le cadre des GHT, compromettant ainsi les moyens de faire face à l'avenir.**

Pour ce faire, il nous semble indispensable que des mesures et des directives soient prises au niveau national pour ne pas laisser les directeurs d'hôpitaux démunis, gérer l'ACP (qui est une spécialité médicale) en fonction des contraintes financières auxquelles ils doivent faire face. Cela entraîne des disparités inacceptables entre pathologistes du secteur public, totalement dépendants de la santé financière des établissements auxquels ils appartiennent.

Une réflexion entre services du secteur public doit être conduite, notamment dans le cadre des GHT, de façon à prendre des mesures justes et cohérentes dans l'intérêt de la spécialité au sein du secteur public.

Notre principal souci est de pouvoir continuer à assurer une médecine de qualité permettant de faire face aux avancées scientifiques. Pour cela, il est nécessaire d'agir rapidement, dans l'intérêt de la spécialité qui repose sur un juste équilibre entre secteur public et privé. L'ACP hospitalière remplit des missions spécifiques de service public (Autopsies, enseignement...), elle est complémentaire du secteur privé. Affaiblir l'ACP hospitalière c'est affaiblir la spécialité dans son ensemble.

Les pathologistes européens et nord-américains sont nettement mieux lotis que les pathologistes français. Pourtant, le niveau de compétence et le service rendu sont d'aussi bonne qualité. Il n'est plus tolérable que cette situation perdure. L'exemple du Canada devrait servir de leçon et faire réfléchir sur les moyens alloués à l'ACP française, dans l'intérêt des patients.

Ces actions nécessitent que certains d'entre nous fassent le choix de s'intéresser et de travailler à faire évoluer notre cadre professionnel. Il s'agit d'un travail non médical mais néanmoins indispensable si nous voulons continuer à exercer une médecine ACP de qualité.

Nous n'arriverons à changer les choses que si certains d'entre nous acceptent de s'engager au sein du SMPF pour faire « bouger l'hôpital ». L'intérêt d'un syndicat est là. Mais un syndicat n'est fort que de ses membres, de leur travail et de leur engagement.

Dr Joël CUCHEROUSSET

Vice Président du SMPF Secteur Hospitalier



LA JOURNÉE DU SMPF

*L'INFORMATION PROFESSIONNELLE
POUR LA VILLE ET L'HÔPITAL*

SAMEDI 18 JUIN 2016

Paris



LE DIAGNOSTIC MOLÉCULAIRE, CLÉ EN MAINS

RÉUSSIR SON REGROUPEMENT