

15
NOVEMBRE
2012

Trop d'experts tue l'expert

Et décrédibilise la spécialité

L'hyperspécialisation est indispensable mais doit être limitée à un très petit nombre de pathologistes sinon nous aboutirons à une perte de la « transversalité » avec une spécialité cloisonnée et, demain, à un retour à une ACP rattachée à un service clinique. Une démarche médicale fragmentée nie le rôle intégrateur du pathologiste et devient préjudiciable aux patients. Elle crée une pénurie artificielle de pathologistes par baisse de l'activité des pathologistes dans leur mission première : le diagnostic ACP



Aujourd'hui, l'ambition de tout pathologiste semble d'être « expert » et seul le statut hospitalier y donnerait droit, ceci quelle que soit l'activité du service : 300 experts se proposant pour la consultation de second avis, 160 experts autoproclamés participant aux quatre réseaux officiels de tumeurs rares, experts s'auto-désignant en créant de nouveaux réseaux de tumeurs rares, experts cooptés par les réseaux cliniques, experts désignés par les sociétés pharmaceutiques, ... Comment expliquer qu'un pathologiste hier « expert » en secteur hospitalier perde sa «compétence» s'il fait aujourd'hui

le choix du secteur libéral ? Existe-t-il, encore un seul hospitalier qui ne revendique pas le titre d'« expert » ? Même l'INCa et la HAS lancent régulièrement des appels à experts avec, à la clé, une multiplication des conflits d'intérêts. Devenir expert c'est éviter le stress et les responsabilités quotidiennes, c'est être intouchable en se créant une activité de niche avec une activité limitée.

Les indications de « double lecture » se multiplient : des quatre indications primitives, nous arrivons aujourd'hui, à 23 pathologies différentes sur le site



Judi 22 Novembre,
de 17 à 18h

Maison de la Chimie - Paris

L'ACP n'est pas un sujet tabou

Réservez la date
et venez nombreux

pour être mieux informés
et poser toutes vos questions



de l'INCa étant donné que les réseaux cliniques comme les « experts » fleurissent partout se réservant tous les droits sur certaines pathologies. Demain, avec le démembrement moléculaire des classifications, nous pouvons imaginer que toute tumeur sera une tumeur unique donc rare et nécessitera une double lecture. (La tumeur du côté droit n'étant pas la même que celle du côté gauche peut-être ?!)

Parallèlement, les « niches » prolifèrent ; chacun joue sa carte personnelle sans vision globale : Double lecture, Plateforme de génétique moléculaire, tumorothèque, recherche (souvent lancée par l'industrie pharmaceutique), télépathologie et lame numérique, hyperspécialisation avec multiplication d'experts et de réseaux autoproclamés, ... provoquant ainsi une pseudo-pénurie de pathologistes.

Le diagnostic ACP de base, mission essentielle de la spécialité, est déserté et le positionnement de l'ACP au sein de la médecine en pleine mutation est fragilisé.

La nomination d'un nombre trop important d'« experts » n'est en rien justifiée et risque de provoquer de graves tensions au sein de la profession en favorisant des stratégies de personnes (entre public et libéral ou à l'intérieur même du secteur libéral), des stratégies d'établissement ou de secteur d'activité et de créer une

multitude de niches. On risque de voir fleurir des pathologistes (publics comme privés) bardés du titre d'expert se réclamant des sociétés savantes ou de l'assurance maladie utilisant ce titre comme argument commercial et concurrentiel (problème déontologique) ou auprès de l'industrie pharmaceutique (risque de conflits d'intérêts).

Outre les problèmes déontologiques qui se poseront obligatoirement en public comme en privé, on verra se créer des « baronnies » locales avec des réseaux plus ou moins compétents imposant leur volonté aux autres pathologistes afin de déplacer l'activité vers des centres experts auto proclamés.

Cette notion d'expertise sous entend implicitement que si certains, connus de nous tous, ont des domaines de compétences, c'est bien que d'autres ne possèdent pas ces compétences et, par glissement, ne sont donc pas compétents. Les conséquences de ces distinctions experts/non experts, compétents/non compétents ont des implications pernicieuses dont on perçoit les travers au sein même de notre discipline (alors que dire de ceux qui appréhendent mal notre travail ?). Par ailleurs, on ne peut attribuer le titre d'expert uniquement au seul statut d'hospitalier. Beaucoup de confrères libéraux ont des qualifications réelles et des seuils d'activité en cancérologie bien supérieurs à ceux des structures publiques.

Les demandes de « second avis » sont d'abord destinées à avoir un avis externe à une structure pour confirmer un diagnostic auprès d'un confrère qui a souvent la même compétence que vous. Elles ne nécessitent en général pas une expertise poussée. En France, tout professionnel de santé a la possibilité de faire appel à un confrère pour avoir un avis spécialisé ou simplement un autre avis lorsqu'il rencontre un problème diagnostic ou de choix thérapeutique, excepté en ACP où ce confrère devrait être obligatoirement hospitalier, a droit au titre d'expert et peut créer un réseau susceptible de devenir une contrainte pour le non-expert.

L'enquête du SMPF en 2009 avait permis de différencier les « experts » à dimension nationale, toujours cités et au nombre très restreint et ceux à dimension régionale nommés seulement sur une ou deux régions.

Le problème est au départ financier. Réglons-le : 0,5% des cas de pathologies courantes sont problématiques, soit sur 7 à 8 millions d'actes histologiques environ 40 000 consultations de second avis. Demandons donc simplement que 0,5% des actes en moyenne puissent donner lieu à une demande de second avis remboursée. Il y a des précédents : les frottis ASCUS par exemple (4 à 5 % de 6 millions de FCU annuels soit environ 300 000 frottis susceptibles d'avoir un test HPV).

Sur un plan organisationnel, il paraît très dangereux d'avoir pour notre discipline, une vision hiérarchisée et pyramidale. Tout pathologiste pouvant-être confronté, à tout moment, à une tumeur rare ou de diagnostic difficile, il est souhaitable de former des pathologistes multi-compétents de haut niveau et sectorisés pour éviter l'erreur diagnostique dès le départ. Où trouvera t-on demain cette qualité de pathologiste indispensable pour

assumer la mission diagnostique de l'ACP. C'est lui qui doit être valorisé et non l'expert ! Cette vision hiérarchisée entraîne la démotivation, la déresponsabilisation et, demain, la perte de compétence d'une majorité de la profession. L'obligation de double lecture systématique est antinomique avec l'obligation de responsabilité et de compétence qui incombe au professionnel de santé.

La solution semble se trouver dans une réorganisation de la profession avec des structures publiques ou privées de taille critique, sectorisées, organisées autour d'un large plateau technique et présentant un seuil d'activité minimal. La sectorisation et les formations validantes régulières (DPC) permettront d'avoir dans les structures ACP des domaines d'expertise propres à chaque pathologiste.

En conclusion, Le terme d'expert n'est utilisé dans aucune autre spécialité médicale, (que ce soit par les instances universitaires ou par les

instances ordinales), excepté dans le domaine juridique. Le SMPF a refusé une liste nominative de plus de 300 experts ainsi que le terme même d'expert. Celui-ci doit être

réservé à une petite minorité d'hyper-spécialistes exerçant quasi-exclusivement une sous-spécialité. C'est le cas, par exemple, des responsables de réseaux de tumeurs dites rares.

Proposition : Le terme d'expert devrait être abandonné pour la consultation de second avis et réservé à quelques hyperspécialistes dans des domaines particuliers. Le terme de « consultant » étant utilisé dans la convention médicale (terme de la CNAM), il pourrait être employé en ACP dans le cadre des « consultation de second avis » ou des « consultation de recours ».

Les structures de CHU et de CLCC où se sont proposés des consultants de second avis (après enquête de la SFP), seraient considérées comme des structures agréées pour les CSA (Consultation de Second Avis) après accord du chef de service. Le PU-PH chef de service serait responsable de cette activité de CSA pour laquelle il aurait déclaré son service pour un nombre limité de pathologies, quitte à déléguer cette responsabilité à un PH de son service reconnu compétent dans une spécialité

particulière. Si on exclut le secteur libéral et les CH généraux. 50 à 60 sites pourraient être agréés pour les CSA. Ce nombre est en accord avec l'enquête du SMPF en 2009.

Les pathologistes des CHG et des structures libérales devraient également pouvoir être agréés pour les CSA. Leur participation régulière aux EPU, aux clubs de spécialités et leur seuil d'activité (2/3 de l'activité cancérologique est réalisé en secteur privé.) pourraient être des critères pour valider leur agrément. L'accès aux techniques nouvelles (moléculaires) reste cependant un problème.

Une charte devrait être signée par tous les pathologistes hospitaliers comme libéraux agréés pour des consultations de second avis. Les délais de réponse y seraient précisés

en même temps que l'engagement de ne pas interférer dans les relations entre médecin prescripteur et pathologiste demandeur de CSA.



Echange épistolaire transmis au SMPF

De :

Envoyé : mercredi 14 novembre 2012 15:13

À :

Objet : Relecture Mme DAU

Bonjour Docteur ...,

Je me permets de vous contacter concernant les demandes de relecture de Mme DAU... (référence N°...) qui vous ont été adressées par fax les 17/09, 10/10, 26/10 et ce jour. En effet, selon nos procédures, votre diagnostic de môle partielle doit faire l'objet d'une relecture par le référent de notre centre, le DR P.... C'est pourquoi, je vous remercie de bien vouloir lui transférer les lames de cette patiente, afin que nous puissions lui confirmer ce diagnostic et qu'elle puisse ainsi interrompre son suivi qui touche bientôt à sa fin.

*Vous remerciant par avance,
Bien cordialement,*

S...

Mademoiselle S...

*Attachée de Recherche Clinique
Centre des maladies trophoblastiques*

Bonjour,

Je suis content d'avoir de vos nouvelles autrement que par un Fax.

« selon nos procédures, votre diagnostic de môle partielle doit faire l'objet d'une relecture par le référent de notre centre »

Je suis aussi content que vous m'expliquiez vos procédures, mais ce ne sont pas les nôtres.

A ma connaissance, je n'ai pas été radié de l'ordre des médecins et possède une spécialité en anatomie cyto pathologie reconnue après un internat en médecine et même un temps d'assistantat.

Je signe mon compte rendu et en suis responsable. Je ne pense pas vous avoir demandé un avis sur ce diagnostic et je ne connais pas le Dr P... pour lequel une rapide analyse de Pubmed ne me montre pas de référence.

La création de réseau « experts » auto proclamés multiples au financement non pérenne ne pourra qu'être péjoratif au niveau médian des pathologistes, ne résout en rien le problème des faux négatif et à terme sera péjoratif pour les malades. Voir les différents « actu path » à ce sujet sur le site smpf.info

*Si vous en jugez différemment les lames sont disponibles sur rendez vous au
Cordialement,*

Dr ...