

25 JANVIER
2011

Inégalités

Les Français peuvent-ils avoir un « égal accès aux soins » s'ils n'ont pas, au préalable, un égal accès au diagnostic ?

De fortes inégalités entre pathologistes dans les moyens financiers mis en œuvre pour faire un diagnostic de cancer ne peuvent, à terme, qu'avoir un impact négatif sur la qualité des diagnostics, donc des soins.

L'INCa, dans sa gestion « unijambiste » de l'ACP, ne soutient que le secteur hospitalier et déstabilise le secteur libéral. A lui qui met régulièrement en avant l'intérêt des patients, nous rappellerons les recommandations du rapport Grünfeld et du Plan Cancer 2009-2013 qu'il a écrit : « *Un effort prioritaire doit être réalisé pour que le secteur privé soit pris en compte au même titre que le public* »« *Soutenir la spécialité d'anatomopathologie* » ...« *Stabiliser les métiers de l'anatomopathologie et maintenir le maillage public-privé* »

Ces inégalités de financement s'ajoutent à l'absence de revalorisation des actes d'ACP depuis deux décennies :

1-Inégalités avec les laboratoires de biologie

- Le frottis cervico-utérin à 18,09 € au lieu de 15,40 € (+ 17,5 %),
- La biopsie à 32,13 € au lieu de 28 € (+ 14,75%),
- Le test HPV à 41,04 au lieu de 37,8 € (+ 7,9%),
- L'IHC à 59,13 au lieu de 56 € (+ 5,6%),

Vous en rêviez ! Et bien ce sera la réalité à partir du 11 février si vous exercez en laboratoire et non en cabinet de médecins spécialiste !

Près d'1 million d'actes d'ACP/ 11 millions vont bénéficier de ces augmentations. Ils concernent exclusivement les examens réalisés dans des structures de biologie.

Qu'est-il arrivé ?

Ces dernières années, les biologistes ont subi de fortes baisses de cotations de leurs actes (hors actes d'ACP). En compensation, ils ont obtenu un « petit cadeau » leur permettant de bénéficier,

- d'une part, d'un forfait de prise en charge pré-analytique du patient (code acte : 9005) soit $B12 = 0,27 \text{ €} \times 12 = 3,24 \text{ €}$.

- d'autre part, (très probablement applicable aux actes d'ACP) d'un supplément pour les actes de biologie effectués en établissements de soins privés (code acte : 9107) soit $B7 = 0,27 \text{ €} \times 7 = 1,89 \text{ €}$.

Ces forfaits qui existaient depuis deux ans étaient moins importants.

Aujourd'hui chaque nouveau dossier ACP enregistré en structure de laboratoire peut, selon le cas, bénéficier d'un supplément de : $3,24 \text{ €} \pm 1,89 \text{ €}$, ce qui représente, pour la trentaine de pathologistes (sur 700 libéraux) y



AU SOMMAIRE

INÉGALITÉS

DCC ET ACP

NEWS

ADHEREZ AU SMPF
L'APPEL À COTISATIONS A
ÉTÉ LANCÉ PAR MAIL
MERCİ D'Y RÉPONDRE AU
PLUS VITE
**Nous avons besoin de
votre adhésion pour
continuer à vous
informer**

exerçant, une augmentation non négligeable.

Très rapidement, le syndicat a réagi, non pas pour réclamer la disparition de ces suppléments pour nos confrères, mais pour demander l'équivalent

pour les pathologistes exerçant en spécialité. Il est évident que nous ne pouvons accepter qu'une telle différence provoque une importante distorsion de concurrence entre pathologistes. Les discussions sont en cours mais, comme d'habitude, l'Assurance Maladie gagne du temps !

2- Inégalités avec les services hospitaliers

Nous avons plusieurs fois évoqué dans les ActuPath une seconde source d'inégalités, celle concernant l'utilisation dans les hôpitaux des PHN (P hors nomenclature) s'additionnant aux P et permettant d'obtenir des financements MIGAC supplémentaires dont est exclu le secteur libéral.

Rappelons, pour les moins initiés, que les PHN initialement réservés aux « actes innovants » en milieu hospitalier, ont peu à peu été appliqués à l'ensemble des actes ACP. Ils correspondent à une tarification à

l'activité (par exemple : PHN100 pour chaque bloc coupé, PHN200 par anticorps pour les études immunohistochimiques, PHN300 pour chaque prélèvement extemporané, ...). On a ainsi vu fleurir des cotations hospitalières surprenantes avec des extrêmes atteignant P+PHN 6940 ou P+PHN 5900, le record ayant dépassé P+PHN 10 000. Ceci permet d'expliquer certaines factures hospitalières illégales pour « second avis » atteignant

600 € à 1000 € ! A la demande du Syndicat, une circulaire officielle de la DGOS limite désormais cette facturation hospitalière à PHN 100 soit 28 € pour les consultations de 2nd avis (facture que le syndicat continue à contester par principe).

Dans un courrier adressé en janvier 2010 à Mme A. Podeur, directrice de la DHOS, le directeur de l'Assurance Maladie, M. F. van Roekeghem, s'élevait contre cette tarification : « *La suppression de ces actes de la nomenclature HN s'impose et leur tarification conduit à une double tarification pour l'assurance maladie..., cette pratique aboutit à surévaluer l'enveloppe MIG. 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* »

Aujourd'hui, avec l'arrivée de la CCAM, les PHN ont été transformés en AHC (Actes Hors CCAM). Selon l'Assurance Maladie, seuls les actes « véritablement innovants » donneraient alors droit à des financements MIGAC en 2011.

http://www.chu-montpellier.fr/publication/inter_pub/R300/A7155/referentiel.BHN.v3.1.htm

Cette dualité de cotation a cependant entraîné :

- ♦ une distorsion de concurrence entre secteur libéral et secteur public. Elle a également faussé le système des appels d'offre hospitaliers.
- ♦ un risque d'inflation des dépenses de santé. La logique PHN encourage à la multiplication des blocs et des lames sous couvert de protocoles et de référentiels toujours plus complexes
- ♦ un risque de perte de chance pour les patients pris en charge en secteur privé et de

discrédit des pratiques libérales en insinuant que celles-ci sont insuffisantes en nombre de blocs, d'anticorps, en technique cytologique, en qualité des locaux,...

- ♦ un risque d'envoi des prélèvements déficitaires et de l'IHC vers les hôpitaux qui bénéficient de MIGAC.
- ♦ et, surtout, le constat de l'inadaptation de la NGAP/CCAM-ACP à l'évolution des pratiques ACP.

Le secteur libéral ne conteste aucunement la nécessité pour le secteur hospitalier, en particulier pour les CHU en charge de pathologies complexes ou rares, d'obtenir des financements MIGAC. Ces subventions, obtenues grâce aux PHN, leur permettent de bénéficier de ressources humaines, de locaux, de matériel et de frais de fonctionnement supplémentaires mais desservent fortement le secteur libéral puisqu'il en est exclu. Leur existence a même fait considérer, par certains, comme inutile la revalorisation des actes de cancérologie. Mais, si l'ACP hospitalière a besoin de financements parallèles pour compenser la sous-cotation de ses actes, pourquoi en irait-il différemment en secteur libéral pour les mêmes actes ?

L'ensemble du financement de l'ACP doit être revu au niveau de l'Assurance Maladie

**Un même acte
= Une même qualité
= Un même financement**

Dossier Communicant en Cancérologie (DCC) et ACP

L'INCa, l'INVS et l'ASIP veulent contrôler les données ACP et légiférer sur leur transmission obligatoire !

Depuis plusieurs années, nous insistons sur la nécessaire reconnaissance du rôle de l'ACP en santé publique pour les études épidémiologiques (Registre des cancers, Structures de dépistage) comme pour le Dossier Communicant en Cancérologie.



Parallèlement, les agences sanitaires (INCa, InVS, aujourd'hui ASIP) tentent d'obtenir sans contrepartie pour la profession, les données cancérologiques que l'ACP concentre grâce à l'informatisation très ancienne des cabinets ou des services d'ACP et à la codification ADICAP des lésions ; ces données sont, en effet, essentielles pour évaluer les politiques de santé publique et pour le DCC/DMP. Les consignes syndicales de blocage de la transmission des données médicales ACP vers les structures épidémiologiques ont été évoquées à plusieurs reprises dans un rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (2009) et ont eu un fort retentissement.

Aujourd'hui, l'importance des Comptes-rendus ACP structurés et informatisés, pivot des RCP et du DCC comme du « système d'observation des cancers », est officiellement reconnue mais les efforts des agences sanitaires pour contourner la profession et lui imposer la transmission sans concertation continuent malgré les

multiples réunions auxquelles nous avons participé.

Le DCC va être lancé dans 7 régions pilotes. Naturellement, on s'adresse à l'ACP, seule profession correctement informatisée et habituée à la codification des lésions, pour transmettre bénévolement ses données sous forme de CR-ACP structuré, d'items minimum, de code ADICAP, ... sans la moindre reconnaissance pour le travail réalisé depuis trois décennies par les médecins pathologistes. Mieux, après avoir, dans le passé, utilisé les CRISAP, on leur coupe aujourd'hui les vivres et on torpille le DMPATH, préfiguration du « Dossier Médical Pathologique ».



Alors que les pathologistes ont mis en place, sans aucune aide, les outils informatiques et les Comptes Rendus structurés et qu'ils s'astreignent, au quotidien, à la codification ADICAP de chacun de leurs diagnostics, l'INCa, l'InVS et l'ASIP veulent totalement contrôler ces données ACP et légiférer (Décret, Projet de loi) sur leur transmission obligatoire. La réussite du DCC restera cependant toujours tributaire de la validation par les pathologistes de l'information transmise, de la qualité de leur système de gestion informatique et du personnel qui y est dédié.



Le titre du Quotidien du Médecin du 21 janvier 2011 est, à ce titre,

Nous écrivions déjà dans un Actu-Path, il y a deux ans : « *Le compte-rendu ACP (comme les lames et blocs) appartient au patient ; le pathologiste n'en est que le dépositaire; il fait partie du "dossier médical" et peut être soumis à une contre-expertise. La structuration des données, l'informatisation et leur transmission, dépendent à la fois de l'accord du patient mais également de celui du créateur de données médicales : le médecin pathologiste. Ce dernier étant un passage obligatoire pour le diagnostic de cancer concentre à lui seul la quasi-totalité des données cancérologiques qui ne sont soumises à aucune obligation légale de transmission. Le recueil, la gestion, l'archivage, la transmission des données médicales au sein d'un compte-rendu ACP structuré et informatisé comme des prélèvements ACP deviennent un enjeu majeur pour la spécialité. Leur destinataire peut être les RCP, le futur DCC, les réseaux de cancérologie, les registres des tumeurs, les structures de dépistages, l'InVS, les tumorothèques, les PHRC, l'industrie pharmaceutique et, aujourd'hui, les centres de référence des cancers rares ainsi que les plates-formes de génétique moléculaire, ... »*



intéressant : « **Comptes-rendus médicaux : le casse tête.** La saisie et la gestion des comptes-rendus médicaux, obligatoires pour certains spécialistes, comme les radiologues ou les chirurgiens, représentent pour les praticiens et les secrétaires médicales une masse de travail considérable »..... « L'enjeu est aussi qualitatif. Un compte rendu nécessite un savoir-faire, et la frappe réalisée par des secrétaires médicales formées possède une véritable valeur ajoutée que ne saurait remplacer la machine ».... « Les secrétaires médicales sont incontournables au sein d'une équipe, elles sont garantes de la qualité car elles ont de réelles responsabilités. »
Que dire alors des cabinets et services d'ACP, de leurs secrétaires et des systèmes de gestion qui concentrent toutes les

données cancérologiques françaises, les gardent trente ans et conservent également blocs d'inclusion et lames au moins dix ans ! Que dire des médecins pathologistes à qui on impose de travailler bénévolement pour que, demain, les agences sanitaires qui les surchargent en contraintes nouvelles se targuent, dans les médias, de la « grande réussite du DCC ». L'intérêt des patients passe, certes, avant l'intérêt de la spécialité mais plus encore plus avant l'intérêt des agences sanitaires à travers la réussite de leurs campagnes de communication.

A la mi-décembre, le syndicat a adressé un courrier à Monsieur Xavier Bertrand, Ministre du Travail et de la Santé (disponible sur le site du SMPF > News). **Nous**

demandons à tous les pathologistes sollicités dans les 7 régions concernées par la mise en place du DCC (Alsace, Aquitaine, Lorraine, Midi-Pyrénées, Pays de Loire, Picardie, Rhône-Alpes) de transmettre cette lettre à leur organisme régional de gestion et d'attendre une réponse officielle du Ministère de la Santé avant de répondre favorablement aux demandes de transmission de données et de Comptes-rendus ACP.

Le titre de l'ActuPath du 6 septembre 2009 (« **Faut-il en arriver à une grève ?** ») et son contenu restent d'actualité et sont encore disponible sur le site.

Toute l'actualité syndicale
sur www.smpf.info

News

GROUPE DE TRAVAIL ACP avec la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins)

Une bonne nouvelle pour 2011 ! Le CNPath (Conseil National Professionnel des Pathologistes et sa présidente, F. Capron ont obtenu de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) qu'un groupe de travail spécifique à l'ACP soit mis en place durant l'année 2011 pour aborder tous les sujets brûlants de la spécialité, dont celui des rapports ACP-Biologie.

NOMENCLATURE CCAM-V2

Les réunions se succèdent au siège de l'Assurance Maladie pour préparer la nouvelle CCAM-ACP : Coût de la Pratique avec le Syndicat / Libellés des nouveaux actes avec les sociétés savantes.

RAPPEL

- **Consultation de second avis** : En bonne voie ...

Aujourd'hui, au maximum, PHN 100 = 28 €.

Informations sur le site > Dossiers du SMPF > Cs de 2nd avis

- **Tarifification des feuilles de Sécurité Sociale** : Le SMPF a obtenu l'exclusion des médecins pathologistes de cette disposition. « Contribution forfaitaire due par les professionnels qui n'assurent pas la transmission électronique pour la facturation de leurs actes ». Les médecins pathologistes sont exclus par l'article 1 : « à l'exclusion des supports concernant les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat, les nourrissons de moins de trois mois et les prestations effectuées dans leur totalité hors de la présence du patient ».

Informations sur le site > CCAM