

ACP, une spécialité masochiste ?

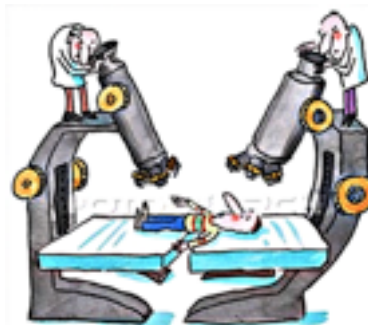
« Double lecture » et « Second avis »

Où est l'intérêt du patient ?

La double lecture obligatoire est en train de discréditer l'ACP plus tôt que nous l'avions prévu. La perte de confiance envers la spécialité se généralise au sein de la HAS, de l'INCa, du Ministère, des réseaux de cancérologie et chez nos confrères en général. A titre d'exemple, certains oncologues vont jusqu'à demander des relectures de carcinome baso-cellulaire. Cette initiative, condamnée par la grande majorité des pathologistes, s'est parfois doublée de paroles malheureuses à l'encontre des pathologistes français, ce qui a jeté la **suspicion sur l'ACP** et encouragé les divisions au sein de la profession

Après avoir travaillé, depuis 3 ans, à revaloriser notre profession (le premier Plan Cancer 2003-2009 avait oublié l'ACP), le syndicat ne peut que déplorer le gâchis actuel. Il est malheureusement très facile de jeter la suspicion sur la compétence de n'importe quel pathologiste alors qu'il est, en effet, un des rares médecins à signer un diagnostic.

Si l'ACP française est si mauvaise, il serait souhaitable que chacun reconnaisse sa part de responsabilité. Si les critiques sont infondées, il est urgent d'arrêter la « double lecture » considérée comme une sanction et de faire reconnaître le « second avis » ne mettant pas en cause la compétence des pathologistes pour essayer de reconquérir la confiance des tutelles et de nos confrères au seul bénéfice des patients. L'intérêt des patients passe avant celui de l'INCa, des pathologistes et des experts.



Voici un nouveau faisceau d'arguments mêlés à d'anciens écrits également consultables sur le site du syndicat (*ndlr* : création d'une sous-rubrique dans *Dossiers du SMPF*) insistant sur les conséquences futures, que nous pensons désastreuses, de la « double lecture » systématique ainsi que nos propositions. Récemment, nous avons pu les présenter à l'INCa et aux responsables de réseaux lors d'une réunion à l'INCa le 8 septembre 2010.

1- Procès à charge contre l'ACP

La double lecture imposée par les mesures de l'INCa risque de transformer une spécialité compétente, consciencieuse et dynamique en une spécialité

dévalorisée, démotivée et assistée. De graves accusations infondées, parfois issues de propos maladroits de quelques confrères, sont portées sur notre spécialité : « *Les études*

AU SOMMAIRE

- 1 **PROCÈS À CHARGE CONTRE L'ACP**
- 2 **L'ERREUR ET L'EXPERT**
- 3 **L'INTÉRÊT DES PATIENTS N'EST PAS TOUJOURS RESPECTÉ**
- 4 **«DOUBLE LECTURE» OU «SECOND AVIS» : QUEL EST L'INTÉRÊT DU PATIENT ?**
- 5 **CONCLUSION**

montrent notamment l'existence de forts pourcentages de faux positifs et faux négatifs dans les diagnostics de cancers ». Cette accusation, contenue dans un compte-rendu provisoire de réunion à la HAS (Haute Autorité de Santé) est grave. Dans les couloirs de l'INCa, de la HAS, de l'Assurance Maladie circulent les mêmes bruits : les



pathologistes ont d'importants taux d'erreurs en cancérologie : 8%, 25%, voire 30%. Certains articles médicaux mal interprétés peuvent apporter des arguments aux sceptiques dont la méfiance a pu être entretenue par le débat autour du « scandale » des facteurs pronostiques au Québec en 2008-2009.

Cela rappelle les accusations portées dans les années 80 contre le frottis cervical aux USA (soit

disant taux d'erreurs dépassant 50 %) relayées par certains lobbies en Europe. Le frottis cervical reste aujourd'hui l'examen de dépistage ayant fait baisser fortement le taux d'un cancer alors que parallèlement on a assisté à l'explosion des infections à HPV oncogènes et de la fréquence globale des cas de cancer.

Quel est le taux de discordance entre experts ?

2- L'erreur et l'expert

L'erreur existe en médecine, en ACP comme dans les autres spécialités.

Est-elle plus fréquente ? Il faudrait alors s'interroger sur la qualité de la formation des médecins pathologistes, leur qualification et la formation continue ? **Les médecins ACP sont pourtant parmi les médecins les plus assidus aux formations** ou autres recyclages **sans aucun soutien institutionnel ou de l'industrie.**

Pourquoi une telle accusation est-elle exclusivement dirigée contre les pathologistes ? Du diagnostic au traitement, tout intervenant peut entraîner tout autant que le pathologiste, si ce n'est plus, une « perte de chance » pour les patients en cas de tumeurs rares.

Qu'est-ce qu'une erreur en ACP ?

Une grave erreur de diagnostic ? Une erreur nosologique ou l'utilisation d'une classification antérieure ? Une insuffisance de compte-rendu ? Certains chiffres issus de statistiques d'activité et de concordance faites par les services ayant une forte activité de consultation pour avis sont discutables. A titre d'exemple, les chiffres avancés s'appuyant sur des « consultations de second avis » n'ont aucune valeur puisque, par définition, les diagnostics évoqués



ne sont pas des conclusions définitives.

Qu'est-ce qu'un « expert » en ACP ?



L'exercice hospitalier est insuffisant pour octroyer au praticien un permis d'expertise. Un sondage réalisé auprès de plus de 400 pathologistes libéraux et hospitaliers donne des informations intéressantes : **une dizaine de noms pour les lymphomes et quelques individualités pour les sarcomes. Nous sommes loin des 60 à 85 pathologistes désignés (1 par CHU ou CLCC).**

Veut-on appliquer à l'ACP les « seuils d'activité chirurgicaux » à l'envers et limiter le droit de diagnostic en ACP pour certains cancers qu'aux CHU/CLCC. Par ce système, dans certaines régions, les structures privées ayant un recrutement histologique 10 à 20 fois supérieur au service hospitalier voisin se verraient dans l'obligation de s'adresser à lui pour les doubles lectures. Quel sombre avenir pour l'ACP française qui verrait la création de médecins hospitaliers de toutes spécialités « experts » et de médecins libéraux de « seconde classe » !

Dans un récent courrier, un chef de service en hématologie regrettant la centralisation trop grande des doubles lectures nous écrit : « *Un expert apprend et devient expert quand il a la possibilité d'analyser un nombre suffisant de cas. En dispersant les prélèvements sur d'autres sites, nous pourrions aussi craindre un appauvrissement de l'expertise local. Avec pour corollaire une diminution de la capacité à former de jeunes anatomopathologistes à ces pathologies. Si une relecture systématique hors des sites d'expertises locaux devait se généraliser, ce risque d'appauvrissement aussi sera à prendre en compte dans une discipline dont on connaît les difficultés de recrutement* ».

Ce constat, s'applique encore plus à l'ensemble du secteur libéral diagnostiquant les 2/3 des cancers en France et il est à la base même des fortes réticences syndicales. Le pathologiste, étiqueté « non expert », ne peut être que déresponsabilisé, dé-motivé par cette obligation de relecture entraînant à terme sa dé-qualification et donc la perte de sa capacité d'expertise ; Elle rend inutile la formation continue.

La logique même de la double lecture est, en effet, celle de « l'excellence » en recourant aux rares experts nationaux reconnus, cela au bénéfice du patient.

3- L'intérêt des patients n'est pas toujours respecté

Lors des facturations hospitalières pour second avis

Il est étonnant que le problème de la consultation de second avis n'ait pas été résolu avant l'instauration des double lectures qui s'est faite sans concertation avec la profession.

Tout acteur de santé, médecin généraliste, spécialiste et même secteur para-médical, a la liberté d'adresser son patient en consultation auprès d'un confrère expert dans un domaine particulier ; Cet acte est pris en charge par la sécurité sociale. Ceci, partout, sauf en ACP ! Pour le pathologiste, c'est la « double peine » : on lui demande d'honorer les factures hospitalières de son patient et, à la lumière des derniers événements, sa compétence est mise en cause.

Depuis toujours, le syndicat réclame la prise en charge de la « consultation de second avis » par l'Assurance maladie en cas de tumeur rare ou de diagnostic difficile. La réponse de certains services administratifs hospitaliers et, parfois, des pathologistes eux-mêmes, est de facturer au demandeur le coût de l'expertise à des prix parfois inacceptables associant P et PHN ! Dans ce contexte, on doit considérer que les pathologistes français sont particulièrement consciencieux et désintéressés.

Quel serait le taux d'erreurs diagnostiques ou thérapeutiques chez tout autre médecin s'il avait à honorer les factures des spécialistes ou des services hospitaliers à qui il adresse ses patients et quelles en seraient les conséquences pour les patients ?

A cause de l'inégalité de moyens entre public et privé pour un même acte

Cette **inégalité de moyens entre secteur public et privé a été souligné par le Directeur de l'Assurance Maladie** dans un courrier adressé à la directrice de

la DGOS : « *Leur maintien (ndlr : les PHN) crée également une forte iniquité de traitement en fonction des modes d'exercice et ne respecte pas le code de la sécurité sociale* ».

L'hôpital bénéficie, en effet, de financements MIGAC (grâce à des cotations supplémentaires « PHN » ou P hors nomenclatures) et autres fonds spécifiques qui permettent aux services de réaliser des actes ACP dans de meilleures conditions de ressources humaines, de matériel et de fonctionnement. **Le secteur libéral est totalement exclu de ces financements alors que la nomenclature ACP actuelle est, en terme tarifaire, inchangée depuis plus de 20 ans. Il est regrettable qu'on mette en cause des pathologistes qui, en terme de diagnostic, font le plus souvent aussi bien avec des moyens dix fois moindres.**

Enfin, **pourquoi restreindre artificiellement la « double lecture » à quelques types de cancers « rares »**, elle serait tout autant justifiée pour des pathologies « frontières » ou complexes. voire fréquentes.

Ces cotations supplémentaires PHN appliquées lors des « consultations de second avis » par les services hospitaliers devraient formellement interdire leur facturation au pathologiste demandeur puisqu'il s'agit, en fait, d'une double facturation.

Les radiologues ont mis en place une double lecture des mammographies dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein. Mais celle-ci, financée par la tutelle, est réalisée entre radiologues locaux, sans expert hospitalier extérieur et ne concerne que les mammographies normales. Les radiologues reconnaissent 7 à 8% d'erreurs sur

les mammographies. A titre de comparaison, le GELA (Groupe lymphome) estime à environ 8% le taux d'erreurs graves sur les lymphomes. Or, certaines factures hospitalières voire les commandements d'huissier ont malheureusement pu dissuader des pathologistes à envoyer leurs cas difficiles à expertiser. **On peut donc s'interroger sur le taux d'erreurs résiduelles si la consultation de « second avis » n'était pas facturée au pathologiste en difficulté diagnostique : Probablement très faible.**

Croire que la « double lecture » va permettre le diagnostic exhaustif des « tumeurs rares » est une erreur. Il faut au pathologiste un minimum de compétence pour détecter un tel type tumoral, sinon il sera incapable d'en faire le diagnostic et n'enverra donc rien au réseau. Là, également, la consultation de « second avis » est préférable à la « double lecture » qui ne corrigera pas les « faux-négatifs ».

CONSULTATION DE SECOND AVIS :
PUBLICATION D'UNE
CIRCULAIRE DE LA DGOS



Seul un PHN 100 (28 €) peut être facturé par l'administration hospitalière aux pathologistes demandeurs, ceci dans l'attente de la prise en charge de cet acte par l'Assurance Maladie.

Le SMPF recommande la contestation de toute facture pour consultation de 2nd avis d'un montant supérieur à 28€, dans un délai de 2 mois, en faisant référence à cette circulaire.

Cette circulaire étant rétro-active, les factures plus anciennes peuvent également être contestées.

4- « Double lecture » ou « second avis » : Quel est l'intérêt du patient ?

Si un diagnostic de lymphome nécessite un panel de 10 anticorps, tous pourront être facturés en PHN en secteur hospitalier alors qu'un seul le sera en secteur libéral. Il s'y ajoute les cotations de techniques moléculaires auxquelles le secteur libéral n'a pas accès, leur remboursement n'existant pas en ACP.



COTISATIONS 2010 APPEL AUX RETARDATAIRES

Plus de 700 pathologistes ont validé leur fiche individuelle sur le site pour nous permettre de continuer à les informer.

Parmi eux, **323 n'ont toujours pas réglé la cotisation 2010.**

Les actions syndicales sont nombreuses et parfois coûteuses. Les membres du CA ne perçoivent aucune indemnité financière et le syndicat a toujours refusé le parrainage de l'industrie pour préserver sa liberté de jugement.

Le SMPF a toujours souhaité l'information régulière pour tous.

Adhérer au SMPF n'offre pas d'avantage mais **il en résulte de la responsabilité de chacun.**

Vos idées, vos critiques, votre soutien à nos actions et le règlement de votre adhésion sont les garants de notre enthousiasme à vous défendre.

VOUS AVEZ BESOIN DU SYNDICAT ET LE SYNDICAT A BESOIN DE VOUS.

Utilisez le mail de rappel ou prenez contact avec notre assistante (Christine : 01 44 29 01 24) pour cotiser au plus vite pour 2010. Merci.

Rappelons que l'INCa réclame une « double lecture » obligatoire pour certaines pathologies tumorales alors que la profession recommande la « consultation de second avis ».

Une double lecture est imposée quelle que soit la compétence du pathologiste. Elle le désresponsabilise et renvoie vers le secteur hospitalier / CLCC.

Une consultation de second avis est optionnelle et de recours pour le pathologiste en difficulté diagnostique. Elle responsabilise le pathologiste et ne met pas en cause sa compétence.

Les données produites par les « double lecture » alimentent d'autres démarches que le soin : épidémiologie et recherche.

Le GRAP (Groupe de Réflexion en Anatomie Pathologique), représentatif des acteurs de la spécialité, comme l'AFAQAP (Association Française d'Assurance Qualité en AP) et le SMPF ont émis un avis négatif sur la double lecture systématique en ACP. Le Conseil National de l'Ordre reste également très réservé. Quant aux pathologistes, 84% des pathologistes y sont opposés (Enquête SMPF).

En marge des arguments déjà mentionnés, nous n'insisterons que sur certains points essentiels.

La double lecture a théoriquement un intérêt

immédiat ; Ses conséquences négatives sont à plus long terme :

. Efficacité discutable car ne prend pas en compte le risque de faux négatifs.

. Désresponsabilisation, démotivation et, à terme, déqualification des pathologistes.

. Mise en cause de la compétence du pathologiste et risque de discrédit auprès des cliniciens induisant une perte de confiance vis-à-vis de la spécialité

. Remise en cause des formations continues en ACP

. Perte définitive de l'attractivité de l'ACP

. Perte de la capacité d'expertise globale de la profession, les experts restant compétents exclusivement dans leur domaine précis.

La double lecture, c'est la « prime au mauvais », c'est-à-dire une aubaine pour le pathologiste qui ne suit aucune formation continue. Enfin, elle est déontologiquement critiquable, d'une part, par son caractère obligatoire sans choix possible hors liste d'« experts », d'autre part, à cause de la création de deux catégories de médecins de mêmes diplômes et spécialités.

Avant de proposer la double lecture, il aurait fallu démontrer que l'officialisation de la consultation de second avis n'aurait pas une efficacité identique, sinon meilleure, sans entraîner d'effets délétères.

5- Conclusion

- Tout patient porteur d'un cancer a le droit aux meilleurs médecins, chirurgiens, pathologistes et oncologues ! **L'excellence n'est pas d'avoir le meilleur diagnostic pour quelques uns avec la « double lecture » mais un meilleur diagnostic pour tous**

grâce au « second avis » ; Elle n'est certainement pas de créer un désert ACP autour de quelques pôles d'excellence en améliorant la compétence de quelques experts aux dépens de celle de l'ensemble des pathologistes.

- Dans l'intérêt du patient, nous recommandons la « consultation de second avis », meilleur gage de la qualité de l'ACP et d'une organisation cohérente et complémentaire des ACP et des experts.

La qualité diagnostique ne passe pas par la double lecture systématique en cas de tumeur rare (< 5% des cancers) mais par la prise en charge par l'assurance maladie de la « consultation de second avis » pour tout problème diagnostique ACP complexe (c'est-à-dire pour tous les cas difficiles correspondant à moins de 1% des dossiers d'ACP). **Tout retard de son inscription à la CCAM va contre l'intérêt des patients** ; or, la « double lecture » existant, l'Assurance Maladie repousse l'inscription de la « consultation de second avis » à la nomenclature.

- **L'intérêt des patients n'est aucunement respecté** lorsqu'un pathologiste consciencieux reçoit une facture hospitalière à l'occasion d'une demande d'avis, facture d'autant plus étonnante qu'elle fait double emploi avec les cotations PHN, source de financements MIGAC.

- **L'intérêt des patients ne peut passer par une déqualification générale des pathologistes libéraux, de CHG ou des PSPH au profit des CHU/CLCC** aggravant ainsi la faible attractivité de l'ACP en transformant les pathologistes en postier ou coursier.

- La **suspicion jetée sur l'ensemble de la profession** est d'autant plus inacceptable qu'elle est infondée et anti-déontologique, que les moyens sont particulièrement inégaux selon les secteurs et que l'instauration de la **double lecture semble être plus à finalité épidémiologique que de soins**.

Si on dénie au pathologiste « non expert » la capacité à faire correctement son travail, il serait légitime de proposer des doubles lectures pour les cas diagnostiqués bénins ou normaux afin de limiter le nombre de faux négatifs.

**LA PROPOSITION DU SMPF :
AMÉLIORER LA COMPÉTENCE
DU PATHOLOGISTE**

- **Abandonner les modalités actuelles de la « double lecture » obligatoire en ACP,**
- **Recommander la « Consultation de second avis » pour les tumeurs rares ou de diagnostic difficile et obtenir au plus tôt son inscription dans la CCAM ainsi que sa prise en charge par l'assurance maladie,**
- **Recommander les pratiques de lecture collégiale et de double lecture entre les médecins d'une même structure,**
- **Formaliser la validation des formations continues, les rendre obligatoire tous les 3 ans pour certains cadres de la pathologie,**
- **Revoir la mission de santé publique des pathologistes et leur rôle auprès des instituts nationaux, InVS et INCa .**

« Le mieux est l'ennemi mortel du bien ».
Montaigne

EN ATTENDANT QUE LA SITUATION ÉVOLUE,
le pathologiste « non expert » a **deux solutions** :

- **SOIT assumer ses responsabilités de pathologiste en choisissant l'inertie OU la double lecture / double signature en interne,**
- **SOIT n'envoyer qu'à des experts reconnus** par l'ensemble de la profession (conclusion de l'enquête : moins d'une dizaine pour les lymphomes, quelques individualités pour les sarcomes et les autres tumeurs rares) afin d'éviter toute perte de chance pour le patient et d'éviter de créer, à terme, deux catégories de pathologistes : le pathologiste hospitalier « obligatoirement expert » et le pathologiste hors CHU/CLCC dit « de seconde zone ».

La conduite à tenir est également sur le site du syndicat :
> Dossiers du SMPF > Double lecture