

C'est la rentrée !

1- Le mot du Président

J'ai l'habitude de me considérer comme quelqu'un de foncièrement optimiste, plutôt porté à faire confiance à mes semblables, et ce, pour certains, jusqu'à la naïveté.

Pourtant, malgré ces « mauvais penchants », la situation actuelle me semble particulièrement inquiétante.

Sans bien entendu atteindre, ni même approcher, l'intensité et la gravité du chaos dans lequel le monde semble petit à petit s'enfoncer, je ne peux que constater l'état de désorganisation, de court termisme et d'idéologie, pour ne pas dire de clientélisme qui semblent être la nouvelle donne au sein de nos « autorités de tutelle ».

De promesses non tenues en promesses non tenues, de « yaka foquevous » en « cépasmoicélaautre », de réunions sans décision, en réunions où les absents finissent toujours par avoir raison et de « laisser faire » en démission devant le simple fait de faire respecter la loi, se dessine un déclin inexorable de notre « feu meilleur système de santé du monde ».

Le pire est qu'en tant que président d'un syndicat mixte, hospitalier et libéral, je ne peux même pas

me consoler en me disant que cette désorganisation ne toucherait que l'un des secteurs au profit de l'autre à qui l'on donnerait les moyens d'assurer l'ensemble de l'activité ACP du territoire : l'hospitalo-centrisme dont est taxé le gouvernement actuel ne profite manifestement pas aux ACP publics, et la perspective d'accès du secteur libéral aux actes de pathologie moléculaire semble finalement plus loin que jamais !

Heureusement, un optimiste ne se refait pas et la situation actuelle n'empêchera pas la spécialité de continuer à construire son avenir. Nos gouvernants ont visiblement perdu la capacité à organiser. Profitons-en pour nous organiser nous-mêmes.



AU SOMMAIRE

LE MOT DU PRÉSIDENT

PRÉCISIONS SUR LE
COMMUNIQUÉ DE PRESSE

JOURNÉE DU 18 JUIN 2016

DÉPISTAGE DU CANCER DU
COL

NOUVELLE CONVENTION
MÉDICALE

RIHN

TIERS-PAYANT

POINT DE NOMENCLATURE

LE DPC EN 2016-2017

DONNÉES ET COMPTES
RENDUS ANAPATH

2- Précisions sur le communiqué de presse diffusé par le SMPF le 12/09 et daté du

Le Communiqué de presse récemment diffusé par la SMPF a été ressenti par certains comme une critique des plateformes de génétique moléculaire, ce qu'il n'est pas. Les plateformes sont, et resteront, à l'initiative de l'innovation et du progrès médical dans le champ de la pathologie/biologie moléculaire.



Ce texte vise l'attitude de la DGOS, de la HAS et de la CNAM sur le sujet de la pathologie moléculaire et ne remettait en cause, ni les plateformes, succès du plan cancer, ni, à fortiori, les pathologistes qui collaborent avec ces plateformes, dont l'implication en pathologie moléculaire est essentielle pour la spécialité.

Par manque de communication interne au sein du CA du SMPF, ce dont j'assume la responsabilité, la branche

hospitalière, non sollicitée avant publication, a exprimé sa désapprobation devant la publication de phrases pouvant être interprétées comme mettant en opposition l'hôpital et le secteur privé.

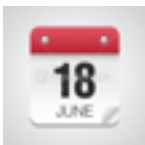
La diffusion, contrôlée, des techniques de pathologie moléculaire de routine hors des contours des plateformes actuelles est un enjeu pour la spécialité mais pose néanmoins différentes questions. Il apparaît donc nécessaire de mettre en place, sous l'égide du CNPath, une commission sur ce sujet impliquant des pathologistes privés, des CH, des responsables de plateformes et des ACP impliqués dans ces plateformes pour arriver avec des propositions consensuelles.

3- Journée du 18 Juin 2016

Satisfecit !

Organisation de la journée : moyenne : 4,64 sur 5

Autre journée à organiser : moyenne : 4,82 sur 5



Le CA du SMPF remercie tous les ACP qui ont pris du temps, un samedi, et de l'argent pour y participer. La petite enquête de satisfaction montre que cette journée a su « trouver » et intéresser son public. Il s'agit donc d'un encouragement fort à répéter cette formule, et à l'améliorer. Dans l'environnement « chaotique » qui est actuellement le nôtre, l'information « professionnelle » non médicale prend une place importante pour pouvoir mener nos services et cabinets.

Communications

Les communications de la journée du 18 (celles que nous avons pu récupérer !) sont disponibles en téléchargement sur le site.

AG du syndicat

Lors de l'AG du SMPF les deux mesures suivantes ont été décidées après vote :

Election : Mme le Pr Béatrice VERGIER (CHU Bordeaux) et Mme le Pr Cécile BADOUAL (Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, PARIS) ont été élues membres de la section hospitalière du CA du SMPF.

Cotisation : Le niveau de cotisation 2015 est reconduit pour 2016.

4- Dépistage du cancer du col

Dans le cadre du 3ème plan cancer, l'INCa a reçu pour mission de généraliser le dépistage du cancer du col de l'utérus.

La mise en place d'un dépistage organisé, quel qu'il soit, nécessite le respect d'un cahier des charges assez précis. Les maîtres mots sont participation, qualité, suivi et évaluation.

Le choix de telle ou telle méthode de dépistage repose sur un ensemble de paramètres médico-économiques et sociétaux. Deux pays, de richesse comparable, peuvent être amenés à choisir pour la même pathologie des tests différents, en fonction par exemple de l'organisation de leur système de santé. Il est plus facile d'adapter le test que le système !

Concernant le dépistage du cancer col, l'INCa ne part pas de zéro, bien au contraire. Le cahier des charges est défini au

niveau européen, des questions comme « dans un système idéal, le test HPV est-il plus performant que le FCU en dépistage primaire ? » sont scientifiquement tranchées : le test HPV est plus performant.

Ce cahier des charges européen a été « francisé » en 2012 par la HAS. Les critères de qualité nécessaires au statut « organisé » de ce dépistage par rapport à son statut actuel « non organisé » sont également connus.

C'est donc dans ce contexte que la SFCC, le SMPF et l'AFQAP, ont travaillé en partenariat avec l'INCa pour définir, pour notre profession, quelles modifications à nos pratiques actuelles nous devons adopter pour respecter ce cahier des charges.

Ces modifications techniques et organisationnelles sont :

- Techniques :
 - o Normalisation de nos comptes rendus avec respect du Bethesda 2014,
 - o Milieu liquide très encouragé, avec respect des couples « milieu/test HPV » préconisés par le centre de référence HPV de l'institut Pasteur. (http://www.pasteur.fr/sites/www.pasteur.fr/files/trousses_vs_milieus_25012016.pdf).
- Organisation :
 - o Mise en place de procédures décrivant les phases « pré-analytiques », « analytiques » et « post-analytiques »,
 - o Suivi des non conformités,
 - o Mise en place d'indicateurs qualité,
 - o Transmission de l'ensemble des données en lien avec le cancer du col aux centres de gestion des dépistages.



Les structures ACP souhaitant être partie prenante du dépistage, seront amenées à contractualiser avec leur structure de gestion en s'engageant à respecter ce cahier des charges.

Pour aider les pathologistes dans ces démarches, l'AFAQAP mettra en place, sur son site, des « formulaires de procédures » que les structures pourront directement renseigner en ligne. Cette méthode permettra en parallèle aux structures de disposer d'une attestation AFAQAP.

Concernant la transmission des données et les indicateurs qualité, le SMPF mettra à disposition des ACP (gratuitement pour les adhérents) un logiciel d'utilisation très simple qui devrait permettre de gérer simplement ces deux problématiques.

Quelques explications concernant les comptes rendus :

Chacun est libre d'utiliser les codes bibles qu'il souhaite pour appeler tel ou tel CR. La forme et la partie descriptive du CR sont également totalement libres.

Il est par contre impératif que :

1. Tous les CR contiennent les items minimaux,
2. Seules, les conclusions définies soient utilisées à l'exclusion de tout autre (une zone commentaire peut bien sûr être ajoutée), et que pour chacune de ces conclusions, le code ADICAP correspondant, indiqué dans le cahier des charges, soit utilisé (chacun étant libre de mettre des codes ADICAP en plus). Le respect du code ADICAP est impératif pour que le logiciel qui sera développé puisse fonctionner correctement.

Quatre remarques essentielles :

- Respecter ce cahier des charges donnera une place irremplaçable à notre spécialité dans le dépistage du cancer du col. Notre implication permettra de simplifier de façon drastique l'organisation du dépistage, par la centralisation

des différents examens (FCU, Test HPV, Biopsie, conisation) et en assurant une qualité optimale.

- Dans cette logique, il est indispensable que nous nous saisissons tous du test HPV et que nous arrêtons de le soustraire à d'autres spécialités. Nous aurons ainsi toute la légitimité nécessaire à assumer un dépistage par HPV primaire lorsque la phase de mise en place de l'organisation du dépistage sera terminée (5 à 10 ans).

- Le non-respect du cahier des charges amènerait vraisemblablement, dans un court délai, les autorités à opter pour un dépistage par test HPV primaire en comptant sur la collaboration des « gros » laboratoires de biologie. Cette situation ne serait pas optimale pendant quelques années, compte tenu de l'absence actuelle de « structuration » de ce dépistage au niveau de l'ensemble des acteurs, mais serait, à terme, meilleur qu'un dépistage « mal » organisé par FCU.

- Dès le début de travail avec l'INCa, tous les ACP présents ont de façon unanime précisé que ce cahier des charges n'est pas soutenable avec un FCU tarifé à 15,40 € et qu'un tarif de 20 € était une condition *sine qua non* à un équilibre financier.

Si nous n'obtenons pas gain de cause, le SMPF appellera à la désobéissance tarifaire : Il n'est pas acceptable de demander à notre spécialité d'être en déficit sur chaque FCU en milieu liquide réalisé à 15,40 €, alors que cette activité représente plus de la moitié des actes que nous réalisons.

A titre de comparaison, la consultation médicale (le C) était à 13,72 € en 1990 et sera à 25 € en 2017, grâce à la nouvelle convention. Sur cette base, le FCU, à 15,40 € en 1990 aurait dû atteindre en 2017 28,10 €. Notre demande à 20 € est donc on ne peut plus raisonnable, et légitime.

**Cahier des charges complet
en téléchargement sur le site du SMPF**

smpf.info > La spécialité > Appels à projets

5- Nouvelle convention médicale

La nouvelle convention, signée par MG France, le BLOC et la FMF (la CSMF et le SML ayant voté contre) est particulièrement décevante pour notre spécialité. Le résumé est simple, aucune mesure pour l'ACP.

Nous pouvons tout à fait comprendre la nécessité de revaloriser certaines spécialités cliniques, dont la médecine générale, mais il est plus que regrettable que cette convention ne résolve aucun problème structurel de la médecine libérale.

Concernant la spécialité, nos demandes étaient simples, et à coût quasi constant pour la collectivité.

- La mise à la nomenclature des principaux actes de pathologie moléculaire (RAS, RAF, EGFR, ..) est indispensable à la simple pérennité d'une ACP libérale et en hôpital général. L'absence d'évolution sur ce sujet montre d'une part que le fameux « virage ambulatoire » soi-disant prôné est une tartufferie, et que d'autre part, nos autorités ne semblent pas comprendre qu'un progrès médical qui ne « diffuse » pas n'est pas un progrès. A noter que le coût de cette mesure était nul puisque les actes faits en HG ou en libéral ne seraient pas faits au sein des plateformes.

- L'augmentation des cotations des actes de fœtopathologie était également indispensable à la simple survie de cette activité. Les volumes de cette activité en secteur libéral sont très faibles, le coût d'une telle mesure aurait donc été minime. En 2016, la France semble avoir décidé qu'elle n'avait plus les moyens d'assurer cette activité et l'abandonne donc en rase campagne.

- Concernant le FCU, le coût direct d'une augmentation du tarif a bien sûr un impact important. Mais, comme nous l'avons dit, le respect du cahier des charges permettrait des économies ailleurs (amélioration de la prise en charge des patientes, frais de gestion des données, ...)



6- RIHN

Ce sujet a été largement abordé lors de la journée du 18 Juin. Pour rappel, il s'agit d'un référentiel d'actes « innovants » non-inscrits à la nomenclature CCAM, en cours d'évaluation. La réalisation de ces actes est financée par une « enveloppe » spécifique, l'enveloppe MERRI.

Ce référentiel contient, entre autres, tous les actes de pathologie moléculaire qui devraient déjà être à la nomenclature, ou qui ont vocation à y entrer.

Tous les établissements de soins, publics comme privés, peuvent prétendre à bénéficier de ces financements MERRI. Mais, les cabinets libéraux d'ACP ne sont pas des établissements.

Le SMPF a donc travaillé avec la DGOS, et les établissements, à l'élaboration d'une convention, passée entre un établissement de soins privé et un cabinet ACP, qui permettrait aux structures qui le peuvent de réaliser ces actes et d'être financés par les MERRI, par l'intermédiaire de l'établissement de soins ayant pris en charge le patient. Compte tenu du désengagement de l'assurance maladie, cette mesure nous semblait aller dans le sens d'une égalité de chance pour les patients. La part de cancérologie effectuée par le secteur libéral et les CHG représente nettement plus de 50%. Les patients qui, de plein droit, choisissent ce secteur n'ont pas à être discriminés.

Ce travail dure depuis plus d'1 an. Lors de la journée du 18, les représentants de la DGOS ont, devant toute la salle, promis ce texte pour la semaine à venir. Et bien sûr, toujours rien...

Pire, des informations nous font craindre que l'Etat décide finalement de réserver ces MERRI au secteur public.

Donc, d'un côté l'assurance maladie et la HAS freinent des 4 fers pour l'inscription de ces tests à la CCAM, et de l'autre, on nous refuse ces nouveaux financements, même si nous respectons scrupuleusement les contraintes de réalisation !

Le SMPF ne peut accepter cette situation qui pénalise en premier lieu les patients aujourd'hui, et encore plus demain où la plupart des diagnostics en cancérologie devront intégrer des tests moléculaires morphologiques (hybridation), ou non morphologiques.

Il y a maintenant une urgence absolue à réformer en profondeur un système dont la lourdeur bureaucratique et la pseudo-logique idéologique sont manifestement inadaptées à gérer l'indispensable diffusion du progrès médical. Ça n'est pas en hyperconcentrant ces nouvelles techniques dans de rares centres « spécialisés » que les patients seront mieux soignés mais en augmentant le niveau de technicité de tous les acteurs de la prise en charge, au plus près des patients.

Le SMPF vous demande devant cette situation, d'alerter tous vos correspondants impliqués en cancérologie dans les établissements privés, et dans les établissements publics sans plateforme, car eux aussi, vont rapidement, et lourdement, être impactés.

Nous ne sommes pas sans moyens pour faire entendre notre voix.

D'une part, nous demandons à tous les ACP de facturer aux plateformes, lorsque nous envoyons un bloc sélectionné, de facturer en plus du désarchivage (30 €) l'acte RIHN correspondant au travail de sélection :

N005

Sélection et préparation d'un échantillon tissulaire fixé et inclus en paraffine pour analyse de génétique somatique des cancers

AHC 200 56,00 €
inclut le compte rendu signé par un ACP

N006

Sélection et préparation d'un échantillon tissulaire congelé pour analyse de génétique somatique des cancers

AHC 300 84,00 €
inclut le compte rendu signé par un ACP

Le bloc devra être accompagné d'un compte rendu, signé, indiquant la richesse tumorale et d'une lame HE entourant la zone à prélever.

D'autre part, si nous ne sommes pas jugés dignes de réaliser des actes de pathologie moléculaire, nous sommes par contre très demandés pour adresser du matériel pour les essais cliniques. Logique, puisque nettement plus de la moitié des patients atteints de cancer sont pris en charge par le secteur libéral ou en CHG. Nous pourrions donc conditionner cette participation à l'inscription des tests de pathologie moléculaire de routine à la nomenclature.

7- Tiers payant

Après un démarrage difficile, l'assurance maladie semble avoir pris sérieusement le sujet en main, et nous avons actuellement des interlocuteurs réactifs

Nous avons obtenu que les médecins ACP puissent officiellement avoir accès à une base de données de l'assurance maladie particulière (base CDR). Cette base permettra, à partir du nom, prénom, et date de naissance du patient, de récupérer le numéro de sécu (NIR). Avec ce numéro, il sera donc possible, en « SESAM sans vital » de réaliser des FSE et le tiers payant sur la part obligatoire.

En parallèle, l'assurance maladie, et nous-mêmes, demanderons à nos prescripteurs de joindre au bon de demande d'examen un « ticket » imprimé à partir de leur propre lecteur SESAM VITAL. Ce « ticket », outre toutes les données assurance maladie, contiendra également, pour la grande majorité des patients les données d'assurance maladie complémentaire.



De leur côté, les assurances complémentaires mettent également en place une base de données similaire à l'ADR où nous pourrions normalement de façon fiable connaître les droits de nos patients. A noter qu'actuellement le dialogue avec les complémentaires est difficile.

Enfin, l'implication de nos fournisseurs de SGL est bien sur très importante. Nous ne manquerons pas de vous signaler ceux qui « jouent le jeu » en travaillant en concertation avec le SMPF et ceux qui ne le joue pas.

Il n'en reste pas moins que ces systèmes nécessiteront du temps secrétariat de « resaisie » pour les ACP alors qu'au contraire, l'augmentation massive du taux de télétransmission des ACP sera pour l'assurance maladie un gain de temps et d'argent indéniable.

Nous militerons donc pour que soit mise en place des solutions le plus automatisées et sécurisées possibles.

8- Point de nomenclature

Les trois actes de prise en charge ACP d'un lambeau cutané à visée carcinologique de plus ou moins 5 cm² peuvent prêter à confusion : comment mesurer ? Sur pièce fraîche ? Sur pièce fixée ?

Il faut être en cohérence sur ce sujet avec l'acte chirurgical correspondant. Ces actes sont également segmentés en plus ou moins 5 cm². L'idéal est donc de savoir ce que le chirurgien a mesuré. En tout état de cause la mesure doit être faite sur pièce fraîche. Il faut donc tenir compte de la rétraction liée au formol.

Le DPC a été réformé par la loi de santé du 26 janvier 2016, dans son article 114 : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/article_114

L'obligation de formation devient triennale : chaque professionnel de santé (PS) doit justifier de son engagement dans une démarche : soit de formation et/ou d'analyse de pratique (programmes intégrés) soit d'accréditation.

Seuls les programmes correspondant aux nouvelles orientations nationales (Arrêté du 8/12/2015) sont éligibles au DPC.

L'université participe par son expertise pédagogique à la dimension scientifique du DPC...

L'Ordre est chargé du contrôle de l'obligation.

L'OGDPC devient en juillet 2016 l'Agence Nationale du DPC (ANDPC) <https://www.agencedpc.fr/>, dirigée par Michèle Lenoir-Salfati. Il s'agit d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP) dont le pilotage et la gestion sont assurés par l'Etat et les Caisses des 3 régimes (Général, Agricole et Indépendants).

Il s'agit d'une magnifique « usine à gaz » qui comporte :

- Le Haut Conseil du DPC présidé par le Dr Jean François Thébaut, membre du collège de la HAS,
- Le comité d'éthique qui arbitre les conflits d'intérêts,
- Le comité de liaison avec les OPCA des salariés,
- Les 8 Commissions Scientifiques Indépendantes (CSI) dont 1 pour les médecins comportant 2 sections (MG et SPE) et 1 pour les biologistes (regroupant pharmaciens et médecins) avec de nouvelles fonctions,
- Le conseil de gestion qui répartit l'enveloppe financière entre les PS,
- Les 10 sections professionnelles (une seule pour les médecins) responsables de la gestion de leur enveloppe.

L'ANDPC assure le pilotage du dispositif, l'évaluation des organismes, la mise en œuvre des méthodes HAS, le financement des actions, étudie l'impact du DPC et l'efficacité du dispositif...

Le Haut Conseil du DPC détermine les critères d'évaluation scientifiques et pédagogiques des actions et des programmes de DPC. Il propose le plan annuel de contrôle des organismes. Il contribue à l'évaluation de l'impact des actions sur l'amélioration des pratiques professionnelles.

Les Orientations Nationales définies par l'arrêté du 8 décembre 2015 : 17 pages sur propositions des syndicats, des CNP via la FSM, du collège MG, de l'Etat et des Caisses. L'arrêté s'articule en 3 annexes dont la seconde fait la liste des orientations spécifiques par professions de santé et par spécialités, exclusivement centrée sur le soin.

Ce qu'il faut retenir : **rôle majeur des Conseils Nationaux Professionnels (CNP)** qui :

- Définissent les parcours professionnels idéaux pour chaque verticalité et selon les 3 modalités : renforcement cognitif (= formation), apprentissage par problème (APP), gestion des risques. Dans son parcours, le PS doit s'inscrire dans au moins une de ces 3 démarches et dans au moins une orientation nationale.
- Adaptent les méthodes de la HAS : Briques ou programmes intégrés,
- Proposent le contenu du portfolio (traçabilité de la démarche),
- Ce portfolio est un document électronique personnel mis à disposition par l'agence qui contiendra les actions classées par ordre chronologique, le médecin étant seul détenteur des droits d'accès.
- C'est l'Ordre des Médecins qui contrôle l'obligation triennale. Attention, il semblerait que ce portfolio puisse devenir un support de la re-certification.

Gestion de la période transitoire 2016 :

- Forfait unique présentiel et non présentiel décliné en astreintes par ½ journée de travail soit une indemnité inchangée de 172,50 € pour le participant et de 300 € pour l'opérateur,
- Plafond annuel de 3700 € inchangé,
- Inscriptions ouvertes jusqu'au 31/12/2016 mais **épuisement de l'enveloppe dès juillet 2016.**

Prolongation possible de la période transitoire au début de l'année 2017 avant passage probable au décompte de l'unité de formation à l'heure en 2017.

9- Données et comptes rendus Anapath

Le 5 avril 2016, une instruction ministérielle cosignée par l'INCa actualise la "cible d'information du dossier communicant de cancérologie (= DCC)", précisant la cible fixée aux ARS pour le déploiement du Dossier Communicant en Cancérologie. Il est ainsi défini que le compte rendu opératoire, la fiche RCP, le programme personnalisé de soins, de suivi et de surveillance ainsi que le compte rendu anapath structuré*, soient dématérialisés et alimentent 100% des DCC fin 2017.



Parallèlement, une réunion ministérielle avec les représentants de pôles de biologie (sans les anapaths...) s'est tenue le 22 juillet 2016, visant à organiser, entre autres, les procédures de signature numérique et de communication sécurisée de résultats dématérialisés. Les arrêtés sont en projet.

Enfin, s'ajoutent les demandes des structures de dépistage, friandes des données issues des structures d'ACP..

Face à cet afflux de demandes, l'ensemble de la profession, sous l'égide du CNPath, a déclaré que d'une part, les délais étaient peu réalistes et que, d'autre part, la spécialité entendait garder la main sur un projet informatique global, au service de

la profession, et permettant en sus de répondre aux attentes des autorités.

Les besoins de la profession, en termes d'informatique dépassant la simple question du DCC, il nous paraissait indispensable, pour garder une cohérence globale, que nous restions les maîtres d'ouvrages.

Pour la réussite de ce projet 5 prérequis nous semblent indispensables :

- **Disposer d'un identifiant patient unique,**
- **Obtenir la participation de toutes les structures ACP, privées et publiques,**
- **Disposer d'un outil mutualisé afin que chaque ACP dispose de la bonne version des CR, et de supports harmonisés,**
- **Impliquer les éditeurs de logiciels,**
- **Faire reconnaître et valoriser le rôle des ACP en santé publique.**

Ce projet informatique est, aux yeux du SMPF, aussi important pour l'avenir de notre profession que l'intégration dans nos pratiques de la pathologie moléculaire.

* Nota 1: compte rendu anapath structuré - selon la norme CDA R2N3 = selon référentiel INCA/ASIP/SFP (cf items minimaux et bloc identifiants: patient-signataire...etc).

