

**En anatomie
et cytologie
pathologiques,
il faut appliquer
le Plan Cancer,
enfin !**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/41

Date de parution : lundi 17 octobre 2011

Sujet : Urgence en anapath

Mots types : Octobre Rose - B. Couderc - INCa - M. Guiu - SMPF - Anatomie et cytologie pathologiques - ACP - J. P. Grünfeld - Second avis - Double lecture systématique - Cancers rares - Lymphomes

Auteur : G. Parmentier

Les choses changeraient-elles enfin en ce qui concerne la prise en considération de la cancérologie libérale et hospitalière privée par nos Tutelles ?

Peut-être que oui... A l'occasion d'**Octobre Rose**, le Président de la République, M. **Nicolas Sarkozy**, a réuni lundi quatre de ses Ministres, quelques représentants des patients dont la Présidente d'Europa Donna et quelques cancérologues¹. Parmi ces derniers, le Président de l'UNHPC, le Dr **Bernard Couderc**. Il s'agit bien d'une première, d'autant plus remarquable qu'il y avait très peu de monde invité à cette "rencontre". On peut espérer que les choses vont bouger et que les Tutelles sauront maintenant, comme le Président de la République lundi dernier, faire leur juste place à notre secteur.

Peut-être que non... Les troisièmes Rencontres annuelles de l'INCa intitulées : « **Plan cancer : vers des approches de plus en plus individualisées** » se dérouleront mercredi 24 novembre 2010 à la Maison de la Chimie à Paris². Selon la vieille et longue habitude notre secteur est complètement oublié. A tort, le découragement nous gagne et il nous est apparu inutile de le relever une fois de plus.

Les pathologistes eux aussi sont complètement absents, alors même que les sujets retenus devraient faire une place centrale à l'anatomie et cytologie pathologiques. Ils ont réagi, eux, et ils ont bien raison. Le Dr Michel Guiu, Président du Syndicat des médecins pathologistes français (SMPF - secteur hospitalier et libéral) a adressé une lettre aux journalistes de la presse spécialisée qui apparaissent sur le programme comme "animateurs" pour leur rappeler le rôle central de cette spécialité en matière de "médecine personnalisée"³. C'est bien.

L'actualité de cette semaine était particulièrement chargée. Pourtant, il nous semble nécessaire de nous arrêter longuement sur l'ACP⁴, justement.

Une fois de plus les pathologistes de tous statuts ont de grands soucis. On connaît l'action déstabilisante, parfois autoritaire, sans concertation voir conflictuelle, de l'INCa à leur rencontre et plus particulièrement encore concernant l'anatomopathologie libérale⁵. Ce qui est remarquable, soulignons-le une fois de plus ici, c'est la solidarité

que montre toute l'interprofession face à cette adversité. Que se passe-t-il aujourd'hui qui crée tant d'émoi chez les pathologistes ? La parution d'un rapport de l'INCa faisant l'évaluation de la "double lecture systématique". Il faut donc revenir sur le contexte et se pencher sur ce rapport.

"Soutenir la spécialité d'anatomopathologie"

Les deux premiers Plans Cancer ne connaissaient pas l'ACP. Grâce aux alertes du Pr Jean-Pierre Grünfeld, le Plan Cancer 2009-2013 lui consacre une recommandation importante⁶. Il faut "soutenir la spécialité d'anatomopathologie" car elle est "incontournable pour la qualité des soins, la recherche et l'observation des cancers". Au lieu de quoi l'INCa n'a de cesse de vouloir contrôler, capter les informations, organiser des filières, favoriser la guerre entre les statuts en renforçant par ses financements propres des écarts de rémunération aussi croissants qu'exorbitants.

Au fil des années, extraordinaire et réconfortante est la réaction de l'interprofession des pathologistes qui arrive à maintenir son unité sur une conception de la médecine et de ses responsabilités au-delà de ses intérêts corporatistes exacerbés par les Tutelles.

"Second avis" ou "double lecture systématique" ?

Nous en avons une illustration supplémentaire cette semaine avec la réaction unanime de la profession au rapport que vient de diffuser l'INCa sous le titre "**Synthèse de l'activité 2010 de double lecture des cancers rares⁷ de l'adulte et des lymphomes⁸**". Cette première réponse à l'INCa a du poids car elle émane du Conseil National des Pathologistes⁹. Elle prend la forme d'une lettre signée du Pr Frédérique Capron et qui est adressée au nom du Conseil au Pr Agnès Buzyn, Présidente de l'INCa, avec copie à Mme Annie Podeur, Directrice Générale de la DGOS, à Mme Marie Ange Desailly-Chanson, Conseillère médicale auprès de la Directrice Générale, au Dr Jean-Yves Grall, Directeur Général de la Santé et à l'APM qui avait repris les conclusions du rapport dans une de ses dépêches¹⁰.

Les choses y sont pudiquement dites : "**L'objectif de la mesure 20 du Plan Cancer 2009-2013 est de « soutenir la spécialité d'anatomie pathologique » ; dans ce cadre,**

L'UNHPC est membre de la  **MCO**, du Conseil National de Cancérologie et de la Plateforme commune de la cancérologie libérale et hospitalière privée

il est urgent de préciser la place respective de la demande de deuxième avis en cas de difficulté diagnostique et de la double lecture telle que mise en place par l'INCa, expérience dont la poursuite mérite d'être discutée. Le risque de la double lecture systématique est la déresponsabilisation et la perte de compétence des pathologistes."

Le débat est de première importance, mais il est compliqué. Il est donc sans doute nécessaire de le réexpliquer.

Depuis des années, les pathologistes poussent au "second avis" pour les "cas difficiles" et donc, forcément, beaucoup de "cancers rares". Tout d'abord, ils sont seuls et personne ne les aide. Puis, ils obtiennent enfin un soutien de la HAS¹¹. Comme le dit alors le communiqué du SMPF¹² : *"Après vingt ans d'attente, la HAS vient enfin de reconnaître l'intérêt de la consultation de « second avis » en anatomie et cytologie pathologiques pour des tumeurs rares ou de diagnostic difficile."* En effet la HAS se prononce pour le *"Second avis en anatomie et cytologie pathologiques pour les "lésions de diagnostic anatomocytologique difficile" : "L'ASA¹³ de cet acte est estimée importante (II) dans les indications précisées dans le rapport par rapport à l'absence de consultation de second avis du fait de :*

- *la gravité des pathologies concernées ;*
- *l'impact direct sur la stratégie thérapeutique."*¹⁴

Mais, après s'être réjoui, le communiqué du SMPF s'inquiétait doublement :

- *"Six mois à un an seront encore nécessaires pour que cet acte soit inscrit à la CCAM-ACP". Hélas, aujourd'hui, deux ans après et malgré le Plan Cancer, toujours rien¹⁵...*
- *"Parallèlement, c'est en quelques semaines que l'INCa tente d'imposer la "double lecture" en ACP sans la moindre concertation avec les organisations professionnelles et sans l'avis de la HAS. Limitée d'abord à quelques tumeurs rares, celle-ci correspond en réalité à une relecture obligatoire réalisée en secteur hospitalier CHU/CLCC et risque, ultérieurement, de s'étendre à des pathologies plus fréquentes."*¹⁶

Voilà la difficulté. Comment faire comprendre simplement la distinction entre "second avis" et "double lecture systématique" ? Beaucoup sont tentés de voir ici un faux débat qui cache au mieux une question de gros sous, au pire une défense corporatiste et de mauvaises pratiques. Car enfin, comment peut-on s'opposer à un deuxième avis ou à une relecture par un expert lorsque c'est très compliqué ?...

Justement, non seulement les pathologistes ne sont pas contre, mais ils le demandent en vain depuis 20 ans !...

Mais même l'INCa le reconnaît dans son rapport de la semaine dernière, *"la double lecture a soulevé de nombreuses interrogations quant à son intérêt par rapport au second avis"*¹⁷. Et l'INCa précise immédiatement : *"dans ce cas, le pathologiste sollicite l'avis d'un pathologiste expert avant de poser son diagnostic"*. Il avait rappelé en introduction *"la structuration de centres d'expertise anatomopathologique doit garantir à tout patient atteint de cancer rare une confirmation diagnos-*

*tique via une double lecture"*¹⁸.

Dans un cas on qualifie et on responsabilise le pathologiste, dans l'autre on centralise et on aspire sous prétexte de "structuration".

Pourquoi la double lecture systématique déresponsabilise et déqualifie-t-elle ? La réponse vient d'une question de bon sens : *"pourquoi me mouiller et risquer d'être contredit ? : laissons l'expert décider à ma place, en plus j'aurai moins d'ennuis en cas d'erreur..."*.

Il y a une grande différence entre celui qui demande *"Qu'est-ce que c'est ?"* et celui qui demande *"Je pense que c'est un lymphome "t", mais je voudrais votre avis"*. Sans compter que la désignation de certains "experts" par l'INCa a été contestée car elle ne faisait pas l'objet d'une reconnaissance par les pairs d'une véritable expertise. Le soupçon d'organisation structurante de "filiales" plutôt que d'expertise s'était aussi exprimé. En la matière, l'expertise est rare et donc d'autant mieux connue. D'ailleurs, le rapport de l'INCa constate aujourd'hui que *"ce bilan d'activité met en évidence une hétérogénéité importante du niveau d'activité des centres experts régionaux."*¹⁹ Certes ! : *"en 2010, sur l'ensemble des 95 centres experts constituant les quatre réseaux, 38 centres experts réalisent moins de 50 doubles lectures annuelles, parmi lesquels 14 sites se situent en deçà de 20 doubles lectures, 6 n'ayant enregistré aucune activité d'expertise. Il est à noter que l'examen d'au moins 200 cas de lymphomes par an était un critère exigé par le réseau pour qu'une structure soit désignée comme centre expert régional. En 2010, bien que l'activité d'expertise ne soit recensée que sur 9 mois, 20 sites sur les 33 se situeraient en dessous de ce seuil"*²⁰. Mais, face à ce qui ressemble à un désastre, l'INCa conclut néanmoins : *"Il serait donc souhaitable d'optimiser la répartition de l'activité entre les centres experts régionaux en encourageant par exemple les pathologistes à adresser les cas au centre expert de leur région."* Alors, sommes-nous encore dans "l'expertise" ? Ne serions-nous pas plutôt, une fois encore, dans l'organisation de filiales, d'organisations hiérarchiques organisées en tuyaux d'orgue ? Les pathologistes sérieux devront-ils alors demander, pour protéger leurs patients, un *"avis après relecture"* ? A moins que, découragés, ils ne s'en lavent les mains...

Quant à considérer, comme l'INCa dans sa conclusion, que la double lecture systématique peut s'assimiler à de la formation continue, il est permis d'en douter.

On le voit, le débat est un vrai débat. Il en va de la qualité des soins, de la qualification et de l'avenir d'une profession réputée "irremplaçable"²¹ ou, selon la mesure 20 du Plan Cancer déjà citée, *"incontournable pour la qualité des soins, la recherche et l'observation des cancers"* et pourtant déjà en sous-effectif.

Voilà encore une autre conséquence. Un jeune doué et prometteur s'investira-t-il dans une profession qui le déresponsabilise au profit d'experts dont il risque, à l'avenir, de dépendre pour tout acte qualifié ? Là où le second avis le responsabilise et le forme²², la seconde lecture systématique le déresponsabilise et le déqualifie.²³



Première évaluation de la "double lecture systématique"

C'est dans ce contexte que paraît le rapport d'évaluation de l'INCa.

Ce rapport souffre de défauts méthodologiques. Le danger vient alors d'une communication de chiffres alarmants car issus d'un amalgame entre tous les cas envoyés en "seconde lecture" alors qu'ils sont de nature différente. Les pathologistes craignent donc que la grande presse ou le lecteur non averti comprennent qu'il y a erreur dans un cas sur deux²⁴.

La question de l'évaluation et de la connaissance des erreurs médicales est une vraie question. Celle de la communication sur l'erreur l'est aussi. Le sujet sera fort heureusement pris en charge lors du prochain "Carrefour Pathologie 2011" en novembre prochain²⁵.

Mais revenons au rapport et citons la lettre du Conseil national : "*Le CNPath (Conseil National des Pathologistes) relève dans les conclusions et surtout dans le résumé, repris par l'APM International, un amalgame concernant les taux de discordance diagnostique. Cela conduit à majorer artificiellement les erreurs et à laisser penser que, pour pratiquement 1 tumeur sur 4, il y a une erreur diagnostique qui est redressée par un expert. Il constate également que ce document prend peu en compte la pratique des demandes d'avis réalisée de tous temps par la profession en cas de diagnostic difficile et ne rend pas compte du taux de discordance parmi les experts.*

Les chiffres de discordance publiés mêlent les « demandes d'avis » sollicitées spontanément par les pathologistes en cas d'hésitation diagnostique et la « double lecture systématique ». Si l'on ne retient que la double lecture systématique des cas adressés pour validation, les chiffres de discordance sont faibles. C'est le cas par exemple des lymphomes non-cutanés avec 4,8 % de diagnostics modifiés (avec ou sans incidence sur la prise en charge des patients). Dans bon nombre de cas, le diagnostic de l'expert a recouru à des techniques moléculaires, illustrant sa difficulté."

Le rapport de l'INCa précise en effet : "*Toutes pathologies confondues, en 2010, la double lecture a entraîné une révision du diagnostic de 1.596 patients sur 7.003 cas expertisés par les quatre réseaux nationaux anatomopathologiques (22,8 %), parmi lesquels 944 patients ont vu leur prise en charge thérapeutique modifiée (13,5 %)*"²⁶.

Que dit la moyenne lorsqu'on précise un peu plus loin que "*le diagnostic a été modifié par la double lecture (avec ou sans incidence sur la prise en charge) dans 4,8 % (58/1.208) des cas adressés pour validation et 29,0 % (376/1.298) des cas transmis pour avis.*" ?²⁷

Pourquoi ne pas dire que le taux d'erreurs entre experts est lui aussi de l'ordre de 5 %, sans compter les différences entre experts de différents pays.

Pourquoi ne jamais mettre en garde sur l'absence de données concernant les faux négatifs à l'effet pourtant désastreux ?...

En 2009, à la suite d'une publication de ce type sur les récepteurs aux œstrogènes, le Québec avait connu un énorme scandale qui avait, entre autres, suscité une grande inquiétude bien compréhensible auprès des patients et jeté le discrédit sur une profession entière. Pour redresser la situation, le Canada a dû faire de très gros investissements. En France, l'AFAQAP²⁸ en avait profité pour faire une révision des procédures en cours dans une démarche qui se voulait "*d'anticipation de crise*". Elle avait fait le point sur la mise en œuvre des contrôles qualité externes. Elle en avait informé l'INCa. Aujourd'hui, au vu de ce rapport, faut-il se préparer à une onde de choc de type québécois ?

Rappelons qu'en France il n'y a pas de crédit pour la formation des pathologistes sur ces cancers rares. N'est-ce pas pourtant une priorité qui devrait s'imposer à l'INCa ?

En l'état, la publication de ce rapport par l'INCa est dangereuse pour toute l'anatomopathologie car inadaptée aux buts poursuivis : la qualité, la qualification, l'évaluation, l'accessibilité. L'INCa donne ici l'impression d'une volonté de restructuration en leur défaveur. Plutôt que de partir d'une analyse objective et contradictoire de la réalité pour monter le niveau d'exigence pour tous, l'INCa prend le risque d'être accusé de jouer la déqualification²⁹. Dans ce cadre, qui justifie la position unanime des anatomopathologistes, la situation des libéraux est particulièrement vulnérable.

Il faut en outre rappeler deux éléments complémentaires. Les libéraux assurent les 2/3 des analyses portant sur une suspicion de cancer. Alors que les "publics" demandent et obtiennent souvent des moyens supplémentaires, l'écart de rémunération se creuse en défaveur des libéraux. Il n'y a que l'INCa pour penser que cela peut encourager les jeunes à s'installer en libéral et que cela favorise à terme la "qualité".

Au-delà des contrôles externes, les anatomopathologistes demandent depuis longtemps une consultation de second avis, sa prise en charge, son couplage éventuel à une double signature, son articulation à des formations spécifiques validées pour certaines pathologies rares. Cet ensemble de propositions est cohérent. Y répondre enfin positivement, voilà qui améliorerait la qualité des diagnostics en ACP.

La position de l'INCa, le rôle qu'il se donne, les propositions alternatives et très anciennes des anatomopathologistes valent débat au sein de toutes les organisations en charge de la cancérologie, y compris au sein des organismes d'assurance-maladie et au sein des organisations représentatives des patients. Quand on connaît l'importance de l'ACP pour le diagnostic, le traitement du cancer et son financement, il y a urgence. Tous les professionnels de la cancérologie devraient se sentir concernés et devraient se montrer solidaires. Les établissements, les 3C et les réseaux devraient susciter ou organiser des débats. Les CME, maintenant responsabilisées sur la qualité des soins, aussi.

On peut enfin se poser la question de savoir s'il faut rajouter une surcouche aux multicouches actuelles... Les critères d'agrément sur lesquels repose le dispositif d'autorisation prévoient en effet le passage en réunion de

concertation pluridisciplinaire. Quelle meilleure garantie de second avis pour les cas difficiles ? Les dossiers des patients atteints de sarcomes des os et des parties molles doivent être discutés dans une réunion de concertation pluridisciplinaire régionale ou interrégionale spécifique. Le recours est prévu et organisé. Qu'est-ce qui est le plus efficace : rajouter encore une couche d'obligations institutionnelles au risque de décrédibiliser la RCP avec tout ce qu'elle porte d'auto régulation et de formation ou, au contraire, élever le niveau d'exigence mutuelle lors de ces réunions pluridisciplinaires ? Aux RCP de se saisir de la question posée par et aux anatomopathologistes pour évaluer leurs pratiques et les réajuster si nécessaires. La qualité des soins s'en trouvera certainement plus vite améliorée que par le dessaisissement "systématique" au profit de filières organisées en tuyaux d'orgue.

On comprend l'émoi justifié que suscite ce rapport chez les pathologistes.
Il est grand temps de se mettre autour d'une table pour

donner corps à la recommandation n° 20 : "soutenir la spécialité d'anatomopathologie".

Il est urgent que l'INCa entende enfin la HAS et les professionnels concernant l'utilité du "second avis" et en tire, avec eux, les conséquences organisationnelles nécessaires.

Il est urgent que l'Assurance-maladie entende enfin la HAS et les professionnels et permette la prise en charge du second avis dans la CCAM.

En ce qui nous concerne, nous soutenons les anatomopathologistes dans leur combat exigeant pour une meilleure qualification et une meilleure organisation de leur profession. Nous avons saisi le Conseil national de cancérologie afin qu'il exprime son soutien aux pathologistes, sur la base de la prise de position du Conseil national des pathologistes y compris dans le cadre de ses missions concernant le développement professionnel continu (DPC).

¹ Communiqué de l'Elysée consécutif à la rencontre avec les acteurs de la lutte contre le cancer du sein, à l'occasion d'octobre rose : "Le président de la République a reçu lundi 10 octobre 2011 des acteurs de la lutte contre le cancer du sein, soignants, patients, associations, à l'occasion d'octobre rose, mois du dépistage organisé contre le cancer du sein, en présence de M. Xavier BERTRAND, ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Mme Valérie PECRESSE, ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État, Mme Nora BERRA, Secrétaire d'État chargée de la santé et Mme Marie-Anne MONTCHAMP Secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la cohésion sociale.

A cette occasion, le chef de l'État a rappelé l'importance de ce dépistage organisé pour prévenir et lutter contre le cancer du sein et qui fait partie des actions prioritaires du Plan Cancer 2009-2013.

Parce que le cancer du sein représente aujourd'hui la première cause de décès par cancer chez les femmes avec plus de 11 000 décès par an, la mobilisation pour encourager les femmes entre 50 et 74 ans à pratiquer ce dépistage organisé doit être générale.

Le président de la République a pu saluer l'ensemble des initiatives prises par les acteurs associatifs, les soignants, les services de l'État et de l'Assurance Maladie pour assurer cette mobilisation."

<http://www.elysee.fr/president/les-actualites/communiqués-de-presse/2011/communiqué-consecutif-a-la-rencontre-avec-les.12200.html>

² Le programme a été transmis par mail UNHPC 11/541 le 6 octobre 2011

L'adresse d'inscription a changé : <http://www.e-cancer.fr/agenda/details/434>

³ Après avoir rappelé le rôle central de l'anatomie et cytologie pathologiques sur les sujets retenus pour les tables rondes animées par ces journalistes (*Vers une individualisation des traitements du cancer ? ; Un parcours personnalisé et coordonné pour mieux répondre aux besoins de la personne - Partager les données entre professionnels de santé : l'apport du dossier communicant de cancérologie (DCC) ; Personnaliser la prévention, prédire les cancers et mieux les dépister*), le Président Guiu poursuit :

"Vous comprendrez, donc, notre étonnement de constater l'absence totale de la spécialité dans les discussions portant sur ces sujets alors que la mesure 20 du Plan Cancer recommande de « soutenir la spécialité d'anatomopathologie »

Depuis huit mois, la DGOS a lancé une grande concertation avec le Conseil National Professionnel des Pathologistes. Cinq groupes de travail ont été constitués auxquels s'ajoutent des réunions plénières en vue d'élaborer un projet médical pour cette spécialité, faute de quoi une crise sanitaire risque de voir le jour.

Président du Syndicat des Médecins Pathologistes Français, aussi bien du secteur public que privé, je suis également étonné de constater une autre absence : le secteur libéral. En effet, connaissant les chiffres, je tiens à préciser que 2/3 du diagnostic cancérologique (donc anatomopathologique) se font en secteur privé. Le cancer ne choisit pas son secteur d'activité.

Vous trouverez, en PJ, un récent article paru en juin dernier dans « Le nouveau cancérologue » pour expliquer plus précisément le rôle et la situation actuelle de notre spécialité. Je me tiens, par ailleurs, à votre disposition pour participer à toute discussion sur l'ACP, discipline méconnue du grand public mais incontournable."

Lettre du Docteur Michel Guiu Président du Syndicat des médecins pathologistes français adressée le 14 Octobre 2011 aux journalistes animateurs des Rencontres INCa du 24 novembre 2011

⁴ Anatomie et cytologie pathologiques

⁵ Cf. le document de synthèse diffusé en début d'année par le Syndicat des Médecins Pathologistes Français (SMPF) : *L'anatomie pathologique, une spécialité médicale au bord de l'implosion* (mail UNHPC 11/105 du 24 février 2011)

⁶ Mesure 20 "Soutenir la spécialité d'anatomopathologie" - Plan Cancer 2009-2013 p. 88

"Contexte : Le diagnostic du cancer est signé morphologiquement par le médecin anatomopathologiste, qui fournit également aux médecins cliniciens des informations indispensables pour le pronostic de la maladie, voire le caractère prédictif de la réponse thérapeutique. Cette spécialité incontournable pour la qualité des soins, la recherche et l'observation des cancers traverse une période charnière. Tout en devant répondre à de plus en plus d'enjeux sanitaires et de santé publique, l'anatomocytologie-pathologie (ACP) doit faire face à des mutations scientifiques et à des difficultés démographiques qui justifient, en relais du projet Pathologie porté par la profession, la mise en place d'un programme d'actions spécifiques."

⁷ Définition des cancers rares adoptée par l'INCa (Institut National du Cancer - Structuration de l'offre de soins pour les patients adultes atteints de cancers rares - Soins et vie des malades - mars 2011 - p. 1 / Cf. mail UNHPC 11/123 du 1^{er} mars 2011)

- "On regroupe sous le terme « cancers rares » les cancers :
- dont l'incidence est inférieure à 3/100 000 personnes par an (1) ;
 - ou nécessitant une prise en charge hautement spécialisée, du fait de leur siège particulier, de leur survenue sur un terrain spécifique, ou complexes (2).
1. Casali PG, et al, European Cancer conference Copenhagen, sept 2003
 2. Gatta G, et al, Europ J Cancer 2003 ; 1 (5, Suppl) : S312»
- 8 Synthèse de l'activité 2010 de double lecture des cancers rares de l'adulte et des lymphomes - INCa - Collection Rapports & Synthèses - Soins et vie des malades - Mesure 20 et mesure 23 - octobre 2011 - 26 pages
Cf. mail UNHPC 11/545 du 7-10-2011
- 9 Le Conseil National des Pathologistes est le représentant des sociétés savantes les plus importantes numériquement et des groupements professionnels principaux de la discipline : Association pour le Développement de l'Informatique en Cytologie et Anatomie Pathologiques (ADICAP) et Fédération des Centres de Regroupement Informatique et Statistique en Anatomie Pathologique (CRISAP), Association Française d'Assurance Qualité en Anatomie Pathologique (AFAQAP), Académie Internationale de Pathologie (AIP - Division Française), Collège National des Pathologistes des Hôpitaux Généraux (CNPHG), Collège Universitaire Français des Pathologistes (CoPath), Groupe des Pathologistes Libéraux (GPL), Société Française de Cytologie Clinique (SFCC), Société Française de Pathologie (SFP), Syndicat des Médecins Pathologistes Français (SMPF).
- 10 Nous avons diffusé cette lettre : cf. mail UNHPC 11/558 du 15-10-2011
- 11 Haute autorité de santé
- 12 Syndicat des médecins pathologistes français (le SMPF rassemble les pathologistes de tous statuts - www.smpf.info)
- 13 ASA : Amélioration du service attendu. Rappel : l'ASA est cotée de I à IV. La cotation ASA II a pour libellé "amélioration importante", l'ASA I correspondant à une "amélioration majeure"
- 14 Avis : Consultation de second avis en anatomie et cytologie pathologiques - Document d'avis HAS - Service évaluation des actes professionnels - décembre 2009 - 13 p.
Rapport : Second avis en anatomie et cytologie pathologiques - Rapport d'évaluation technologique - Haute Autorité de Santé / Service évaluation des actes professionnels - décembre 2009 - 54 pages
Les deux ont été diffusés par mail UNHPC 09/581 du 29-12-2009
Cf aussi la note de cadrage "Deuxième lecture en anatomie et cytologie pathologiques" - HAS - Service évaluation des actes professionnels - Juin 2009 (diffusé par mail UNHPC 09/313 du 28 juillet 2009). Les différences d'approche entre le second avis et double lecture y était déjà mentionnées. La demande d'avis était formulée auprès de la HAS par la Société Française de Pathologie sous cette forme : « *Recommandations pour une bonne pratique de la consultation expertale en anatomie et cytologie pathologiques* ».
- 15 Officiellement l'INCa verse 15 € pour toute tumeur envoyée en "double lecture systématique" pour encourager l'envoi que l'on peut considérer comme obligatoire puisqu'il doit être "systématique". L'INCa n'a jamais payé ces 15 € et les pathologistes ne les ont jamais réclamés. De fait les Tutelles ont donc choisi la subvention et non le prix (CCAM). Une fois de plus, n'est-on pas en face d'une prime aux médiocres... ?
- 16 Le communiqué du SMPF précisait aussi : "Lors de sa dernière réunion, le 5 décembre dernier, le GRAP (Groupe de Réflexion en Anatomie Pathologique) regroupant toutes les associations ACP a unanimement dénoncé le principe de cette "double lecture". Si de nombreux hospitaliers s'interrogent sur la faisabilité d'un tel système et sur le travail supplémentaire qu'il engendrera, le syndicat ne s'inquiète que de la suspicion et du discrédit jetés sur une spécialité qui ne le mérite aucunement et s'interroge sur le but réel de l'INCa." (cf. mail UNHPC 09/581 du 28 décembre 2009)
- 17 Rapport INCa "Synthèse de l'activité 2010..." p. 20 (conclusion et discussion)
- 18 Rapport INCa "Synthèse de l'activité 2010..." p. 5 (introduction)
- 19 Rapport INCa "Synthèse de l'activité 2010..." p. 20 (conclusion et discussion)
- 20 Rapport INCa "Synthèse de l'activité 2010..." p. 19 (activité des centres experts régionaux)
- 21 Dans son Rapport au Président de la République, le Pr J. P. Grünfeld parlait de "spécialité déterminante" et soulignait le "rôle méconnu mais irremplaçable" des médecins pathologistes :
- "3.6. L'anatomo-cyto-pathologie : une spécialité déterminante :
Les médecins pathologistes ont un rôle méconnu mais irremplaçable en cancérologie tant dans le domaine des hémopathies malignes que dans celui des tumeurs solides.
[...]
Mesure : Soutenir la discipline d'anatomopathologie en renforçant les postes de médecins et de techniciens dans les laboratoires d'anatomopathologie et les plates formes régionales. Un effort prioritaire doit être réalisé pour que le secteur privé soit pris en compte au même titre que le public, avec, en premier lieu, la mise en application effective de la CCAM ACP. L'ouverture d'un travail de fond sur la réalité aujourd'hui de ce métier en terme d'actes et de nomenclatures doit ensuite être entrepris, incluant la totalité des activités concernées qu'elles soient cliniques (en particulier le nombre de blocs nécessaires et leur archivage), de recherche et de santé publique."
Pr Jean-Pierre Grünfeld - Rapport au Président de la République - Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013 - Pour un nouvel élan - 14 février 2009 - p. 75
Nous avons diffusé ce rapport par mail UNHPC 09/111 du 25 mars 2009, ainsi que le récapitulatif des recommandations et une base de donnée (au format FilemakerPro) constituée à partir des ces recommandations en pièces jointes du mail UNHPC 09/119 du 29 mars 2009
- 22 La lettre du Conseil National des Pathologistes datée du 14 octobre 2011 précise : "La reconnaissance de la « demande de second avis » est une demande récurrente de la profession pour améliorer les pratiques et sécuriser le diagnostic. Elle a le mérite de continuer à responsabiliser les pathologistes et de couvrir tout le champ des erreurs possibles, faux-positifs, comme faux-négatifs (non recrutés par la double lecture systématique), quelles que soient les pathologies, rares ou fréquentes."
- 23 La FNCHP (Fédération nationale de cancérologie des hôpitaux publics) disait sagement dans une lettre adressée le 1er septembre 2010 à Dominique Maraninchi, Président de l'INCa par son Président Norbert Ifrah : "Le diagnostic des tumeurs rares n'est pas toujours difficile. A l'opposé, le diagnostic de certaines tumeurs, plus fréquentes, peut l'être. Le principe de la consultation des seconds avis, validé par la HAS, pour les dossiers anatomopathologiques difficiles et non pas de façon systématique, paraît plus adapté à la problématique de la cancérologie, sous réserve d'un financement par l'Assurance-maladie. Cette organisation diagnostique en réseaux avec avis surspécialisé sur des dossiers complexes éviterait la saturation des centres d'expertise, assurerait le maintien de l'implication de l'ensemble des pathologistes et participerait à la formation post-universitaire". Cette lettre avait pour objet "Double lecture des tumeurs rares : organisation et financement".
- 24 Extraits de la lettre du Conseil national des pathologistes du 14 octobre : "Traiter de l'erreur médicale n'est pas chose aisée. La profession abordera le sujet en novembre lors de son congrès national sur le thème « Sécuriser le diagnostic ACP en 2011 - L'erreur diagnostique : entre discours et réalité ». La communication sur l'erreur en médecine, qu'elle émane des cliniciens, des patients, des médias ou

des pathologistes eux-mêmes, mérite d'être fidèle à la réalité, au risque de générer inutilement de l'anxiété chez les patients et de mettre abusivement en cause la qualité des acteurs de soin".

²⁵ Le "Carrefour Pathologie 2011" aura lieu du 21 au 25 novembre 2011 à la Maison de la Chimie à Paris

Le mercredi 23 novembre, à 14 h 30 au Grand Amphithéâtre, il y aura un symposium AFAQAP sur le thème : *Sécuriser le diagnostic en anatomie et cytologie pathologiques - L'erreur diagnostique : entre discours et réalité.*

Ce symposium est organisé par Jean-Pierre Bellocq (Strasbourg) sous l'égide de l'Association Française d'Assurance de Qualité en Anatomie et Cytologie Pathologiques (AFAQAP), avec la participation de : Eric Anger (Alençon), Philippe Camparo (Suresnes), Frédérique Capron (Paris), Jérôme Chetritt (Nantes), Béatrix Cochand-Priollet (Paris), Marie-Christine Copin (Lille), Jean-François Michels (Nice), Jean-Paul Saint-André (Angers), Marie-Cécile Vacher-Lavenu (Paris)

Ses objectifs sont : cerner la notion d'erreur diagnostique en anatomie et cytologie pathologiques. Comment l'identifier, comment l'éviter ? Définir une stratégie de communication en direction des médecins pathologistes, des cliniciens, des patients, des organismes institutionnels.

Programme, inscription et informations pratiques : <http://www.sfpathol.org>

²⁶ Rapport INCa "Synthèse de l'activité 2010..." p. 13 (impact de la double lecture)

²⁷ Rapport INCa "Synthèse de l'activité 2010..." p. 14 (impact de la double lecture en fonction du « degré de certitude » du premier diagnostic)

Il est pourtant relativement rassurant de constater que, si on reprend les résultats du réseau « North Central London Lymphome Network » pour les lymphomes cités dans le même rapport INCa, on peut, au contraire de ce qui est dit, considérer que le taux d'erreurs des pathologistes français sur les lymphomes est exceptionnellement bas : 32 % en Angleterre versus 4,9 % en France la première année de fonctionnement. *"Les résultats, publiés récemment, du dispositif de double lecture des lymphomes effectuée au sein du réseau « North Central London Lymphoma Network » (NCLLN) montrent une diminution progressive et continue du pourcentage de discordances diagnostiques, passant de 32 % à 13 % au cours des 6 années de fonctionnement"* (Proctor IE, McNamara C, Rodriguez-Justo M, Isaacson PG, Ramsay A. Importance of expert central review in the diagnosis of lymphoid malignancies in a regional cancer network. *J Clin Oncol.* 2011 Apr 10;29(11):1431-5).

²⁸ Association française d'assurance qualité en anatomie et cytologie pathologiques

²⁹ On a souvent eu l'occasion de regretter ici un comportement similaire en ce qui concerne l'oncologie médicale.