Plan Cancer 1, 2, 3 : le compte n'y est pas en ACP[1] !

Communiqué de la section libérale du Syndicat des Médecins Pathologistes Français
et du Groupement des Pathologistes libéraux

Il ne peut y avoir de grandes "politiques nationales", cohérentes pour un pays, que dans la continuité. C'est ce qu'ont voulu les trois derniers Présidents de la République en organisant trois Plans Cancer successifs destinés à marquer la continuité de l'effort de la nation dans sa lutte contre cette maladie. Hélas, le rapport final de l'INCa concernant le Plan Cancer 2009-2013 comme le rapport préparatoire du Pr Vernant font comme s'il n'y avait que des tranches politiques successives. Leur parution nous oblige à faire au moins deux graves constats.

❖ Le **« Rapport final du plan cancer 2009-2013 »** faisant le bilan des propositions et mesures réalisées en ACP ne reflète aucunement la réalité en secteur libéral.
La mesure 20 demandait de «Soutenir la spécialité d'anatomie pathologique »…. Il n'était pas précisé « exclusivement en secteur public » ! Or, financement de l'ACP, pathologie moléculaire, adaptation aux évolutions techniques et scientifiques, transmission des comptes rendus, double lecture : le secteur libéral a été systématiquement exclu de toutes les avancées.
Un exemple : La nomenclature des actes ACP (CCAM-V2) et leur revalorisation présentées comme indispensable dès 2003 lors du premier plan cancer n'est toujours pas effective dix ans après. Parallèlement, l'ACP hospitalière a bénéficié de multiples financements supplémentaires : MIGAC/MERRI, Financement DGOS/INCa, autres…).

❖ **Dans leurs «Recommandations pour un troisième Plan Cancer», on doit constater que les auteurs ne connaissent pas la réalité de la situation en ACP pourtant parfaitement analysée dans le rapport DGOS 2012. Il n'y a pas un mot sur l'ACP libérale qui prend pourtant en charge plus des deux tiers des diagnostics de cancer en France à des coûts trois à quatre fois inférieurs à ceux du secteur public.**
Le rapport Vernant l'ignore ; et reprenant certains points du rapport précédent, il en fait une lecture souvent erronée favorisant systématiquement le secteur public. Ainsi :

-Démographie : La « *pénurie de médecins qualifiés en ACP* » signalée en secteur hospitalier est fausse. Elle touche exclusivement le secteur libéral. Entre 2007 et 2012, on a constaté une baisse de la démographie libérale ACP de 18% en 5 ans et une augmentation de la démographie hospitalière de 8,6%, , pour un nombre total de pathologistes en augmentation globale de 2%. La chute du nombre de pathologistes libéraux couplée à une productivité insuffisante du secteur public engendrera, d'une part un coût énorme pour la collectivité, d'autre part des conséquences négatives sur la répartition territoriale. Notre devoir est de répéter que la politique favorisant systématiquement le secteur hospitalier conduit « dans le mur »

-*« transmission des données à visée épidémiologiques »* : les pathologistes qui sont les seuls à pouvoir proposer des données cancérologiques fiables et exhaustives ne feront aucune « difficulté » si les promesses maintes fois répétées concernant la nomenclature ACP et les modalités de transmissions sont respectées.

-*« double lecture »* : il est faux d'écrire que seul le secteur libéral s'oppose à cette mesure puisque le Conseil National Professionnel des Pathologistes comme l'AFAQAP (association française d'assurance qualité en ACP) deux organismes paritaire public-privé, sont également extrêmement critiques .Par ailleurs, L'INCa n'a fait que reprendre à son compte, une très ancienne demande de la profession auprès de l'Assurance Maladie mais aux dépens du secteur privé, pourtant largement prépondérant dans le diagnostic, dans ses modalités de mise en œuvre. Curieusement, le chiffre de 15% d'erreurs en pathologie lymphoïde avancé dans ce rapport est faux puisque l'audit réalisé par les experts eux-mêmes et l'INCa ne rapporte qu'un taux de 6,1% (soit 94% de bons résultats), sachant que le taux de discordance entre experts peut atteindre 5%.

-Enfin, si le rapport demande de « *soutenir l'évolution de l'ACP vers la biologie moléculaire* », les conditions sont tellement restrictives pour le secteur libéral qu'on comprend que la seule vraie recommandation est de réserver cet examen aux hôpitaux publics quelque soit le coût et la compétence du secteur libéral. Il y a 25 ans, un rapport Vernant aurait surement recommandé de restreindre l'IRM à quelques services de CHU, sous prétexte, bien sûr, d'une crainte de « dérive » du secteur privé.

❖ **En conséquence, le Plan Cancer a créé et continue à créer de nouvelles inégalités.** :
- **le secteur libéral prend en charge plus de 2/3 des patients** atteints de cancer
- les **importantes différences de moyens** entre secteur public et privé sont **source d'inégalités pour le patient**
-le **coût pour la collectivité** pour un acte (à difficulté égale) est en libéral le tiers, voire le quart, de son coût en secteur public

L'Etat, l'Assurance Maladie, peuvent-ils l'entendre? Faudra t-il un «*problème de santé publique*» comme évoqué dans la conclusion du rapport DGOS sur l'ACP pour enfin faire preuve d'un minimum de pragmatisme et abandonner l'hospitalocentrisme en ACP.
Les pathologistes libéraux, à travers le Syndicat des Médecins Pathologistes Français (SMPF) et le Groupe des Pathologistes Libéraux (GPL) ne se reconnaissent pas dans le rapport Vernant dont ils sont exclus et sont contraints de refuser ses recommandations concernant leur profession. Ils demandent que soient d'abord appliquées, en urgence, les recommandations des plans cancers I et II et du rapport DGOS. **« Soutenir la spécialité d'ACP » doit devenir une réalité pour tous et pas seulement pour le secteur public. Ils sont prêts à apporter tous les éléments confirmant leur analyse sur l'ACP pour la suite du Plan Cancer.**

Contact : Michel Guiu
Président du Syndicat des Médecins Pathologistes Français
mèl : pathologie.66@wanadoo.fr – Tél : 06 86 57 77 40

Jérome Chetritt
Président du Groupement des Pathologistes Libéraux
mèl : ihp.chetritt@wanadoo.fr

[1] ACP : Anatomie et Cytologie Pathologiques

<u>NB</u> : Analyse du « Rapport final sur le Plan Cancer 2009-2013 » et du rapport Vernant

Le cancer n'existe-t-il qu'en secteur public ?

Le « rapport final sur le Plan Cancer 2009-2013 » comme les « Recommandations pour le troisième Plan Cancer » publiés fin août pourraient nous le laisser croire, particulièrement pour l'Anatomie et Cytologie Pathologiques (ACP). Or, dans cette spécialité dite à juste titre « irremplaçable» plus des 2/3 du diagnostic cancérologique sont faits en secteur libéral (3/4 des nouveaux diagnostics, 1/2 des pièces opératoires et 90% des frottis cervico-utérins). Pourtant, lors de ces plans, les moyens humains, techniques et financiers mobilisés sont attribués de manière particulièrement discriminatoire au secteur hospitalier. La mesure 20 du Plan cancer 2 demandait de « soutenir la spécialité d'anatomie pathologique » ; Il n'était pas précisé « publique » . Aujourd'hui, les recommandations pour le troisième Plan cancer vont dans le même sens.

❖ *Appliquons pour l'ACP les recommandations du 1er plan Cancer avant de se lancer dans un 3ème Plan Cancer*

Les actions présentées comme réalisées dans le rapport final du Plan 2009-2013 (p.106-107) sont inexistantes pour l'ACP libérale :

❖ **Action 20.1 :**

« *Nomenclature ACP* » : La nomenclature des actes ACP (CCAM-V2) et leur revalorisation présentées comme indispensable dès 2003 lors du premier plan cancer[2] n'est toujours pas effective dix ans après. Parallèlement, l'ACP hospitalière a pu bénéficier de multiples financements supplémentaires : MIGAC/MERRI , Financement DGOS/INCa, autres…). Quant à l'inscription des actes de pathologie moléculaire à la nomenclature, elle a déjà deux années de retard faute d'évaluation par la HAS qui ne respecte pas ses obligations calendaires.

❖ **Action 20.2 :**

↳Dans le cadre de « *L'adaptation de l'anatomie pathologie aux évolutions technologiques et scientifiques* », l'INCa a exclu le secteur libéral, quel que soit sa compétence, afin de retarder pour le privé l'accès à la caractérisation génétique des tumeurs (Mesure 20.3 et 21). Le rapport Grünfeld préparant ce plan préconisait pourtant d' « *intégrer les médecins pathologistes dans les plateformes de biologie moléculaire qui doivent être ouvertes aux pathologistes des deux secteurs ….avec des plages de temps dédiées.* »

↳Le rapport de la DGOS sur l'ACP est comme son nom l'indique un rapport de la DGOS avec une forte participation des pathologistes et ne peut être mis au crédit du Plan Cancer ou de l'INCa.

↳Aucune *« condition de transmission des comptes-rendus ACP dans le cadre du dossier communicant en cancérologie* » ou des études épidémiologiques n'a, à ce jour, été définie avec la profession.

Action 20.3 :

↳L'organisation de la *« double lecture »* en ACP telle qu'elle a été mise en place par l'INCa reste extrêmement controversée. Le SMPF la réclame depuis vingt ans auprès de l'assurance maladie. Mais dans sa forme actuelle et réservée, sans raison et sans seuil d'activité, au seul secteur hospitalier, elle risque de provoquer une perte de compétence chez les pathologistes par déqualification et perte d'intérêt pour ces pathologies. Elle ne résout en rien les éventuels faux-négatifs. La mise en place de la consultation de second avis validée en 2009 par l'HAS aurait évité de tels effets pervers.

↳**Seul** le soutien à la *« démarche qualité* » attribuant à l'AFAQAP, organisme d'assurance qualité de la spécialité, une subvention de 50 000 sur deux ans a été réel. Mais, sur un budget prévisionnel de 51,8 M€ pour l'ACP dans le plan cancer 2009-2013, l'ACP libérale n'a donc bénéficié que d'une aide de 50 000 €, soit moins de 1 pour mille.

Les deux plans cancer qui se sont succédés de 2003 à 2013 n'ont bénéficié qu'au secteur public ACP (CLCC, CHG, CHU). Aucune mesure n'a bénéficié au secteur libéral ACP pourtant largement prépondérant dans le diagnostic (2/3 des actes) malgré les nombreux rapports[2] insistant sur la complexité croissante des actes et sur leur nécessaire revalorisation en secteur libéral.

❖ *Les « Recommandations pour le troisième Plan Cancer » excluent toujours autant le secteur libéral ACP*

Cinq sujets sont abordés (p.63-65) : la pathologie moléculaire, la double lectures systématique, la démographi, la transmission des données ACP à visée épidémiologique et les nouveaux métiers.

-<u>Pathologie moléculaire</u> : Si le rapport demande de « *soutenir l'évolution de l'ACP vers la biologie moléculaire* », les conditions sont tellement restrictives pour le secteur libéral[3] qu'on comprend que la seule vraie recommandation est de réserver cet examen aux hôpitaux publics quelque soit le coût et la compétence du secteur libéral.

---

[2] **<u>Rapport de la commission d'orientation sur le cancer (2003)</u>** : *"Le secteur libéral ACP se trouve confronté à une augmentation importante des dépenses engendrées par les techniques d'immuno-histochimie à visées diagnostique, pronostique et thérapeutique devenues indispensables et par les nouveaux protocoles exigibles en cancérologie… sans que la nomenclature permette des cotations adaptées. Le secteur privé se trouve confronté à un déficit de la valorisation des techniques nouvelles en particulier d'histochimie, des actes multiples, de la participation des anatomopathologistes aux RCP et des procédures d'assurance de qualité…**La commission recommande une revalorisation de la rémunération de l'anatomopathologie** adaptée à la pratique de techniques nouvelles coûteuses"(p. 194)*

• **<u>Arrêté du 28 juillet 2005</u> concernant la convention nationale des médecins (JO du 7 août 2005)** : *"L'anatomo-cytopathologie (ACP) est une spécialité en évolution constante…Pour autant, **la nomenclature des actes d'ACP n'a pas suivi l'évolution des pratiques professionnelles**. **La cotation de certains actes n'est plus en rapport avec leur technicité et leur difficulté d'exécution."***

• **<u>« Pour un nouvel Elan » Pr. JP.Grünfeld (mars 2009)</u>** : *« Les tâches exigées en cancérologie des spécialistes ACP, dans le secteur public et dans le secteur libéral, sont ainsi progressivement devenues plus lourdes et plus nombreuses, sans redéfinition des actes ni revalorisation du service rendu…(p. 74)* ***Un effort prioritaire doit être réalisé pour que le secteur privé soit pris en compte*** *au même titre que le public. »* (p. 75)

• **<u>Recommandations du Rapport DGOS 2012</u> :** *« Le déséquilibre croissant en termes de moyens humains, techniques et financier entre secteur public et secteur privé menacerait, s'il persistait, l'existence même de ce dernier.* ***Une concentration excessive des moyens vers le secteur public pourrait être préjudiciable à l'ensemble de la spécialité et poser un problème de santé publique.»***

[3] Il est inacceptable de suspecter le secteur libéral de « possibles dérives » quand le coût hospitalier par acte est plus du triple qu'en libéral, que les dépassements d'honoraires en ACP n'atteignent que 3,6% des honoraires totaux et que l'assurance maladie n'a jamais constaté de dérives dans les actes d'immunohistochimie.

-Double lecture : La recherche de financements et la nécessité de publications ne sont toujours synonymes d'intérêt des patients et, à moyen terme, cette organisation aura des effets pervers sur le diagnostic[4]. Des dispositions plus contraignantes mais responsabilisant les pathologistes auraient eu plus d'impact sur la qualité en ACP que la solution de facilité et la déqualification que représente la double lecture telle qu'elle a été mise en place. L'exemple donné pour la justifier est erroné : sur 3101 cas de lymphomes, la seconde lecture aurait *« rectifié le diagnostic et permis une modification de la prise en charge dans 15% des cas »*. Le rapport sur cette double lecture réalisé par les experts et l'INCa et non par un audit extérieur (ce qui est contestable) ne mentionne que 6,1% d'erreurs (http://www.e-cancer.fr/rss-soins/7244) et non de 15%, soit près de 94% de bons diagnostics. Or, entre les experts eux-mêmes, le taux de discordance peut avoisiner 5%. En fait, il y a confusion entre demande d'avis et double lecture !
-Démographie : La « *pénurie de médecins qualifiés en ACP* » signalée en secteur hospitalier est fictive. Elle touche exclusivement le secteur libéral[5]. Les derniers chiffres publiés par le CNOM montrent, entre 2007 et 2012, une baisse de la démographie libérale ACP de 18% en 5 ans et une augmentation parallèle de la démographie hospitalière de 8,6%, soit un écart de 26,8%, pour un nombre total de pathologistes en augmentation globale de 2%. La chute du nombre de pathologistes libéraux couplée à une productivité insuffisante du public secteur aura, d'une part un coût énorme pour la collectivité, d'autre part des conséquences négatives sur la répartition territoriale. Ce déséquilibre public-privé laisse présager un effondrement de l'ACP libérale qui représente pourtant les 2/3 de l'activité totale avec les conséquences qui en découleront.
-Les nouveaux métiers sont en grande partie justifiés par la pseudo-pénurie de pathologistes dans les hôpitaux. Enfin, matériel et personnel nécessaires à la télépathologie et à la digitalisation d'images ne seront évidemment attribués qu'aux hôpitaux sans tenir compte de la « faisabilité » financière.
-Dans le chapitre sur les « systèmes d'information » et « la transmission des données à visée épidémiologique » (p.115 à 118), le rapport souligne le « *différent avec les anatomo-cytopathologistes qui retentit sur la transmission de leurs données essentielles aux registres* » et , demain, au DCC avec comme recommandation « *Rendre obligatoire la transmission des informations cliniques et anatomo-pathologiques aux registre des cancers* ». Les pathologistes sont à l'origine des premières études épidémiologiques grâce à leur informatisation ancienne et leur codage national des lésions (ADICAP) qui permet d'extraire les données statistiques. Peut-être faudra t-il un jour, pour obtenir des registres de cancers exhaustifs et développer le DCC, soutenir d'abord les pathologistes, incontournables car seuls producteurs de données fiables, plutôt qu'augmenter sans fin le financement des diverses agences sanitaires et structures impliquées: ASIP, INCa, InVS, registres des tumeurs, structures de dépistage,… eu égard aux faibles résultats concernant l'épidémiologie.

❖ *Les inégalités devant le cancer ne se trouvent pas toujours là ou on le prétend*

-Les moyens humains, techniques et financiers dont bénéficie le professionnel de santé peuvent jouer un rôle dans les inégalités surtout quand ils concernent le diagnostic ACP donc l'impact est majeur, humain pour le patient et économique pour la collectivité, car il détermine le coût du traitement (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, voire thérapies ciblées) . Or les moyens dont bénéficie le secteur hospitalier sont sans commune mesure avec ceux dont dispose le libéral et les Plans Cancer ont accentué les différences**. Aucun service hospitalier ACP ne serait actuellement en mesure de fonctionner avec la tarification des actes telle qu'elle est proposée au secteur libéral par l'Assurance Maladie**. Les financements Merri/Migac, INCa/DGOS/ collectivités locales y pallient car l'allocation de financement par acte (pour une même complexité) est à l'hôpital, en moyenne, le triple voire le quadruple de ce qui est offert au pathologiste libéral. **Ne pas donner les mêmes moyens pour faire un même diagnostic ne peut être que source d'inégalités pour le patient**

-**Depuis plus de dix ans, il existe une déconnexion totale entre les multiples obligations et recommandations des Plans cancer successifs, toujours financées en secteur public, et l'Assurance Maladie** qui , considérant que ces recommandations ne les concernent pas, bloque le financement du secteur libéral à travers une nomenclature non réévaluée depuis 25 ans. Cette situation aggravant les inégalités entre secteurs d'activité risque d'avoir des conséquences sur les patients pris en charge en secteur privé.

-**La Rapport DGOS sur l'ACP** concluait en 2012: *« Le déséquilibre croissant en termes de moyens humains, techniques et financier entre secteur public et secteur privé menacerait, s'il persistait, l'existence même de ce dernier. Une concentration excessive des moyens vers le secteur public pourrait être préjudiciable à l'ensemble de la spécialité et poser un problème de santé publique.»*

-**Pour les professionnels de l'ACP, le Rapport Vernant** est très en retrait sur le rapport de la DGOS. Si ses recommandations sont suivies, cela ne fera qu'aggraver la situation de l'ACP et encourager les divisions au lieu de, comme il est souhaité dans sa préface, *« de tenter de régler les difficiles problèmes ….. entre médecine hospitalière et médecine de ville qui débordent largement le cadre du cancer »*.

Contact : Michel Guiu
Président du Syndicat des Médecins Pathologistes
Mèl : pathologie.66@wanadoo.fr – Tél : 06 86 57 77 40

Jérome Chettrit
Président du Groupement des Pathologistes Libéraux

---

[4] il est faux de prétendre que seul le secteur libéral s'oppose à cette mesure puisque le Conseil National Professionnel des Pathologistes et l'AFAQAP (association française d'assurance qualité en ACP) , organismes paritaires public-privé, ont également été extrêmement critiques.

[5] Entre une activité moyenne de 7500 examens histologiques par pathologiste libéral (auxquels il faudrait ajouter 7500 FCU) et 1000 examens par pathologiste dans certaines structures hospitalières, le rapport en productivité varie de 1 à 8 et le coût moyen par acte est le triple voire le quadruple. A cette activité se surajoute pour le pathologiste libéral la gestion du cabinet, les déplacements pour les examens extemporanés externes, etc.. Exemple récent : une agglomération de 105 000 habitants située à 90 km d'un CHU vient de perdre son dernier pathologiste libéral, brutalement décédé, alors qu'il faisait 27000 examens/an. A 300 km de là, une agglomération de 36 000 habitants à 28 km d'un CHU possède un service ACP de CHG de cinq pathologistes pour réaliser 9500 examens/an.