

**RAPPORT  
ANATOMIE et CYTOLOGIE  
PATHOLOGIQUES  
(DGOS 2012)**

*Analyse  
de la section libérale du  
Syndicat des Médecins  
Pathologistes Français  
(SMPF)*



*Septembre 2012*



**SYNDICAT DES MÉDECINS PATHOLOGISTES FRANÇAIS**

79, rue de Tocqueville 75017 PARIS - Tél. : 01 44 29 01 24 - Fax : 01 40 54 00 66 - contact@smpf.info

Secrétariat : Christine Le Pahun Glas

Paris le 25 octobre 2012

Objet : *Anatomie et Cytologie Pathologiques*

- Rapport DGOS mai 2012,

- Rapport complémentaire SMPF.

Lettre d'accompagnement

Madame, Monsieur,

L'ACP (**Anatomie et Cytologie Pathologiques**) est une spécialité médicale considérée comme « **irremplaçable** » (Plan Cancer 2009-2012), et « **déterminante** » (2009 - Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013). Elle occupe « **une position « pivot » aux différentes étapes de la prise en charge du patient** » et a « **une place incontournable et privilégiée à toutes les étapes du processus** » (Commission d'orientation sur le cancer - 2003).

Malgré ces qualificatifs, l'ACP, spécialité discrète et méconnue, traverse une grave crise. Depuis 10 ans, les conclusions les recommandations et les engagements officiels sur l'Anatomie et cytologie pathologiques se succèdent et se ressemblent mais, ne sont jamais appliqués.

Le SMPF (Syndicat des Médecins Pathologistes Français) a voulu éditer le « Rapport Anatomie et Cytologie Pathologiques » paru en mai 2012 à l'initiative de la DGOS pour sensibiliser tous les acteurs sur ses importantes préconisations.

Un additif, sous forme d'analyses et de propositions complémentaires, a été rédigé par la section libérale du SMPF en septembre 2012.

Veuillez trouver ci-joint ces deux documents, sous format de livre, en souhaitant qu'ils vous aident dans votre action pour que les recommandations qui y sont contenues soient suivies d'effets.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments confraternels.

Dr Michel GUIU

Président

du Syndicat des Médecins Pathologistes Français

Contacts : Dr Michel Guiu - Mobile : 06 86 57 77 40

Secrétariat SMPF : 01 44 29 01 24

N.B. : Notre publication est la reprise intégrale du rapport officiel, sous une présentation plus accessible et complétée d'un index. Si vous voulez néanmoins vous référer à l'édition officielle originale, cette dernière est téléchargeable, sur le site officiel du Ministère de la Santé : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Anatomie\\_cytologie\\_pathologiques.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Anatomie_cytologie_pathologiques.pdf)

Le SMPF (Syndicat des Médecins Pathologistes Français), sous la Présidence du Docteur Michel Guiu, a voulu éditer le Rapport Anatomie et Cytologie Pathologiques paru en avril 2012 à l'initiative de la DGOS afin de le faire mieux connaître.

Le présent ouvrage en est un complément, sous forme d'analyses et de propositions complémentaires. Il a été rédigé par la section libérale du SMPF.

Les deux ouvrages - Rapport officiel mise sous forme de livre et complété d'un index ; la présente analyse de la section libérale du SMPF - sont aussi téléchargeables au format .pdf sur le site du SMPF :

<http://www.smpf.info/infopath/index.php?idfamille=32>

Le rapport, dans sa forme originale, sur le site officiel :

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Anatomie\\_cytologie\\_pathologiques.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Anatomie_cytologie_pathologiques.pdf)

© SMPF (Syndicat des Médecins Pathologistes Français) - septembre 2012

Siège : 79, rue de Tocqueville - 75017 PARIS

Tél. 01 44 29 01 24 - [contact@smpf.info](mailto:contact@smpf.info)

Conception et réalisation : Véronique Dovergne - UNHPC (Union Nationale Hospitalière Privée de Cancérologie)

Impression : Présence Graphique



 <p>Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé</p> <p><b>RAPPORT ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES</b></p> <p><i>Le 15 avril 2012</i> <small>Reproduit à l'initiative du Syndicat des Médecins Pathologistes Français (SMPF)</small></p>	<p>Le Syndicat des Médecins Pathologistes Français (SMPF) a voulu éditer le rapport "Anatomie et Cytologie Pathologiques" publié en avril 2012 par le Ministère de la Santé à la suite de travaux initiés et animés par la DGOS. Il ne fallait pas que ce rapport tombe dans l'oubli.</p> <p><b>Le présent ouvrage en est le complément.</b> La section libérale du SMPF a en effet voulu compléter ce rapport officiel d'une publication de son point de vue et de ses analyses. Il s'agit donc ici d'une <b>contribution à la prise en charge des conclusions du rapport officiel.</b></p>
---	--

# RAPPORT ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES (DGOS 2012)

*Analyse de la section libérale du  
Syndicat des Médecins  
Pathologistes Français (SMPF)*



**Avertissements :**

- Comme il est précisé dans le titre, cette analyse n'engage que la section libérale du SMPF
- Les citations en italique sont directement extraites du rapport de la DGOS. La pagination indiquée est celle de notre édition.

**Le SMPF a entrepris une double édition  
(rapport et additif)  
pour que ce rapport soit mieux connu  
et que ses recommandations aboutissent enfin !**

La mesure 20 du Plan Cancer 2009-2013 recommandait de « *soutenir la spécialité d'anatomopathologie* ». Les conclusions du présent rapport confirment celles présentées dans trois rapports antérieurs<sup>(1)</sup>.

Ceux-ci insistaient en particulier :

- sur le rôle « *irremplaçable* » de la spécialité,
- sur la nécessité de « *faire évoluer la nomenclature des actes afin de mieux prendre en compte l'évolution des techniques* ».

et demandaient un « *effort prioritaire pour le secteur privé* ».

Les recommandations du rapport 2012 doivent permettre à toute l'ACP française :

- de sécuriser et d'assurer la qualité du diagnostic ACP,
- de maîtriser la complexité croissante des innovations en cancérologie,
- d'optimiser le coût économique de la prise en charge des patients

**Il est temps que l'Etat,  
ses Agences  
et les organismes de Sécurité Sociale  
appliquent  
ce à quoi ils se sont engagés depuis 10 ans !**

---

<sup>(1)</sup> - Rapport de la commission d'orientation sur le cancer (2003) ;  
- Arrêté du 28 juillet 2005 concernant la convention nationale des médecins (JO du 7 août 2005) ;  
- « Pour un nouvel Elan » Pr. J.-P.Grünfeld (mars 2009)

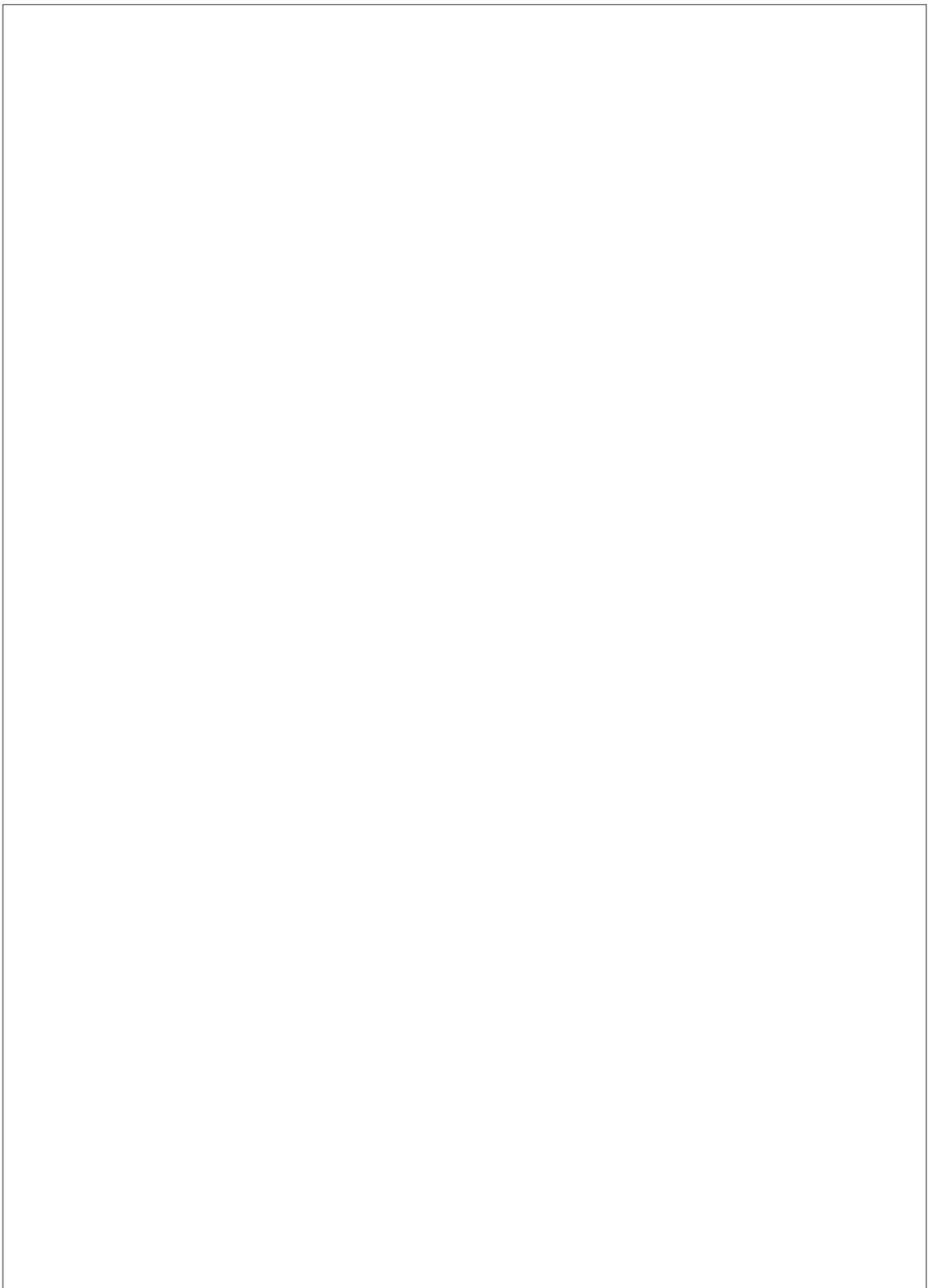
# 10 ans !

2003 - 2012

Depuis 10 ans,  
les conclusions,  
les recommandations  
les engagements officiels  
sur l'Anatomie et Cytologie Pathologiques  
(ACP)  
se succèdent et se ressemblent

Hélas, ils n'ont pas été appliqués...

**La section libérale  
du Syndicat des Médecins Pathologistes Français  
(SMPF)  
demande l'application sans délai  
des recommandations  
du Rapport Anatomie et Cytologie Pathologiques  
publié en Avril 2012 par  
le Ministère de la Santé**



## Table des matières

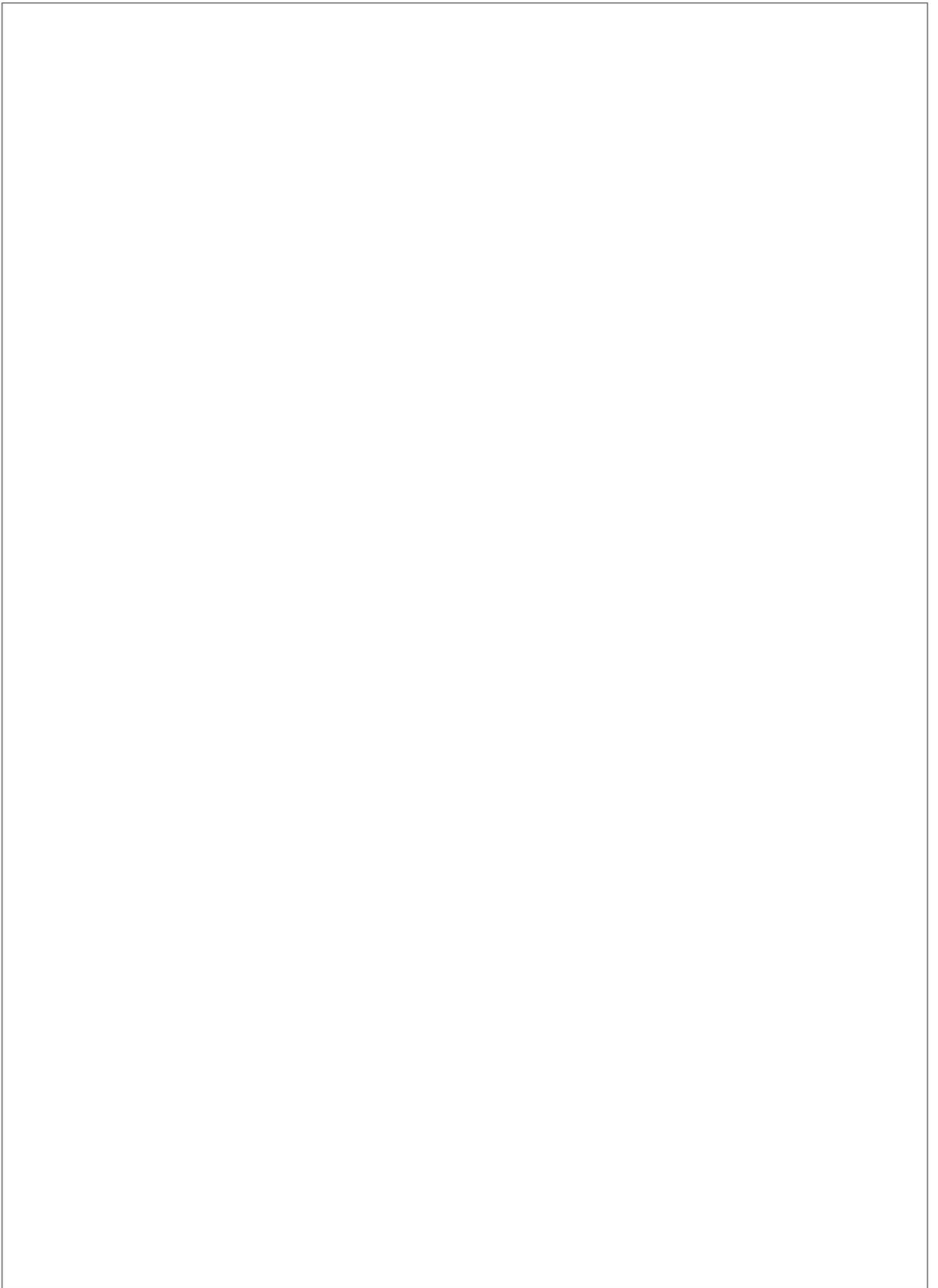
<b>Préambule</b> .....	<b>9</b>
<b>1. Une avancée majeure</b> .....	<b>9</b>
<b>2. Avec ses limites, un "bon" rapport...</b> .....	<b>9</b>
<b>3. Hiérarchiser les données...</b> <b>Articuler ce qui est interdépendant</b> .....	<b>11</b>
<b>4. Signaler ce qui vient exclusivement des autorités</b> <b>"de tutelle"</b> .....	<b>12</b>
<b>Diagnostic complémentaire de la section libérale du SMPF</b> .....	<b>13</b>
<b>1. Quelques avancées majeures...</b> .....	<b>14</b>
1-1 Concernant notre exercice .....	14
1-2 Concernant son financement .....	14
<b>2. Mais l'avenir de l'ACP libérale n'est pas éclairci</b> .....	<b>15</b>
2-1 Sa place dans le système de santé n'est ni confirmée, ni mieux définie .....	15
2-2 L'évolution pyramidale et hiérarchique de l'ACP semble tolérée malgré son effet préjudiciable à la qualité des prestations .....	16
<b>3. Le rapport n'est pas assez clair sur la nécessaire</b> <b>restructuration de l'ACP</b> .....	<b>18</b>
3-1 Constat .....	18
3-2 Propositions concernant la nécessité de fixer des seuils d'activité propres à l'ACP .....	19
<b>4. L'urgente nécessité de mise en place d'un "Comité</b> <b>de suivi" et d'un "new deal" en ACP</b> .....	<b>20</b>
4-1 Un comité de suivi .....	20
4-2 Quelques éléments d'un "new deal" en ACP .....	21
<b>5. Récapitulatif des préconisations de la section</b> <b>libérale du SMPF</b> .....	<b>23</b>

<b>Annexes</b> .....	<b>27</b>
<b>A I : Qu'est-ce que l'ACP ?</b> .....	<b>29</b>
1.1. Rôle de l'ACP .....	31
1.1.1. Une identité forte .....	31
1.1.2. Un impact médico-économique majeur .....	31
1.1.3. Un rôle central en santé publique .....	32
1.2. Statut juridique .....	32
<b>A II : Un besoin urgent de réformes</b> <b>Extraits de rapports sur l'ACP</b> .....	<b>35</b>
2.1. De 2003 à 2012, plusieurs rapports sur l'Anatomie et Cytologie Pathologiques .....	37
2.2. Recommandations du Rapport DGOS 2012 .....	38
<b>A III : Les hommes : démographie et activité</b> .....	<b>41</b>
3.1. Démographie .....	43
3.1.1. Démographie .....	43
- Productivité .....	43
- Productivité médicale .....	43
- Productivité technique .....	45
- Hyperspécialisation et activité de « niches » ACP .....	47
- Difficulté des diagnostics .....	47
- Missions de service public .....	47
- Personnel technique et de secrétariat .....	48
- En conclusion .....	49
3.1.1. Formation .....	50
3.2. Activité selon les secteurs .....	50
<b>A IV : L'organisation de l'offre de soins en ACP</b> .....	<b>57</b>
4.1. Structures ACP : Public/Privé .....	59
4.2. Organisation de l'ACP .....	61
4.2.1. Structuration INCa : un système hospitalo-centrique démotivant et déqualifiant .....	61

*Analyse de la section libérale du SMPF : Table*

---

4.2.2. Recours diagnostique : experts et consultation de second avis .....	64
4.2.3. Archivage - Télépathologie .....	66
<b>4.3. Données médicales ACP : ASIP et InVS .....</b>	<b>66</b>
<b>4.4. Qualité et sécurité - Formol - Accréditation .....</b>	<b>70</b>
<b>A V : Le financement de l'ACP .....</b>	<b>73</b>
5.1. Evolution de la lettre clé P et nomenclature ACP.....	75
- Rapport DGOS .....	76
- En réalité, selon le SMPF .....	77
- Comparaison entre les nomenclatures NABM (laboratoires) et CCAM (cabinets de spécialité) .....	82
- Comparaison avec les nomenclatures étrangères .....	85
- Comparaison avec les autres spécialités .....	86
5.2. Financement .....	86
5.2.1. Secteur hospitalier .....	87
5.2.2. Secteur libéral .....	90
5.3.3. Evolution prévisible de l'activité de l'ACP .....	93
<b>A VI : Tableaux et graphiques complémentaires .....</b>	<b>99</b>
6.1. Rapport d'étape du Plan Cancer 2009-2013 .....	101
6.2. Autres graphiques sur l'activité en libéral .....	102
- Répartition de l'activité FCU française en 2009 .....	102
- Répartition de l'activité totale en libéral en 2009 .....	102
- Répartition de l'activité libérale en 2009 .....	103
6.3. Tableau récapitulatif libéral.....	104
6.4. Tableau récapitulatif hôpital .....	105
6.5. Tableau récapitulatif hôpital + libéral .....	106
6.6. Tableau de synthèse.....	107
<b>A propos du 5<sup>e</sup> Rapport au Pt de la République .....</b>	<b>109</b>
<b>Liste des acronymes .....</b>	<b>115</b>
<b>Pour aller plus loin sur la double lecture systématique .....</b>	<b>119</b>





## **Préambule**

---

- 1- Une avancée majeure...
  - 2- Avec ses limites, un "bon" rapport...
  - 3- Hiérarchiser les données - Articuler ce qui est interdépendant
  - 4- Signaler ce qui vient exclusivement des autorités "de tutelle"
- 

### **1- Une avancée majeure...**

La publication de ce rapport en avril 2012 sous l'égide de la DGOS du Ministère de la Santé est une avancée majeure pour notre spécialité. Le SMPF s'en félicite. C'est la première fois que les services centraux de l'Etat explorent directement les problématiques de notre discipline. Malgré les nombreux rapports déjà cités, ils l'ignoraient jusqu'ici totalement. Nous devons maintenant agir pour que les recommandations soient appliquées.

### **2- Avec ses limites, un "bon" rapport...**

Ce rapport, qui n'est pas un consensus entre les différents acteurs qui y ont participé, dresse un état des lieux et fait des préconisations afin de favoriser l'évolution de la spécialité.

Sa rédaction et ses conclusions sont sous la responsabilité de la présidente de la commission, le Docteur Marie Ange Desailly-Chanson qui a réalisé un arbitrage entre les contributions des différents intervenants.

Pour la section libérale du SMPF il ne s'agit pas de critiquer les arbitrages du Docteur M. A. Desailly-Chanson. Elle a dirigé ces travaux avec une compétence, une conviction et une honnêteté in-

telle que nous saluons. Il s'agit de mettre en exergue les points qui ont été « omis » ou noyés dans un texte parfois touffu.

En effet, si l'administration répugne à s'auto-critiquer, il faut reconnaître que la plupart des intervenants officiels ont joué le jeu. Seuls le refus de l'INCa de faire le moindre geste en faveur du secteur libéral et le déni de réalité financière de la CNAMTS ont été des obstacles que le Docteur Desailly-Chanson n'a pu franchir.

Le SMPF, quant à lui, partenaire loyal présent lors de la totalité des réunions, a veillé à n'entreprendre aucune action, ne prendre aucune attitude risquant, de près ou de loin, de retarder l'élaboration du rapport. Les plus hautes instances de l'Etat préconisent de publier tous les rapports officiels complétés des "points de vue" des institutions concernées. C'est aussi pourquoi la section libérale présente ici sa propre analyse.

Notre propos n'est pas de mettre en cause tel ou tel secteur d'exercice en ACP.

Il est de souligner les passages de ce rapport officiel qui attirent l'attention sur le fait que la liberté de choix des patients et la qualité des prestations que nous leur devons justifient une attention, des autorisations, des évaluations et des moyens comparables pour une activité identique.

Tout médecin pathologiste, quel que soit son secteur d'activité, doit avoir les moyens (humains, techniques, financiers, juridiques, organisationnels) de finaliser les actes d'ACP concernant la plupart des pathologies sinon il se crée une grave inégalité d'accès aux soins pour les patients.

Un même acte ACP doit avoir les mêmes contraintes, la même qualité, le même financement, les mêmes contrôles, quel que soit le statut du praticien qui le réalise.

### 3- Hiérarchiser les données...

#### Articuler ce qui est interdépendant...

Dans ce rapport, très dense,

- certains sujets et certaines données chiffrées importants passent presque inaperçus, souvent pour des questions de présentation, alors que d'autres prennent une place trop grande du point de vue des enjeux pour la profession. Il paraissait utile de mettre en exergue ce qui mérite de l'être ;
- de nombreux sujets traités séparément pour des questions de lisibilité sont, en fait, interdépendants. Ainsi, peut-on parler :
  - de pénurie de pathologistes si on n'aborde pas l'activité, en volume, par pathologiste ?
  - de sécurité sanitaire, si les responsabilités juridiques dans le cadre de l'utilisation du formol ne sont pas clarifiées et unifiées ?
  - de transmissions de données ACP vers le DCC ou à visée épidémiologique, si aucun moyen n'est prévu ?
  - de financement, si les coûts hospitaliers ne sont pas transparents et mis en perspective avec les coûts du libéral ?
  - d'évolutions techniques, si les techniques moléculaires sont fermées à la quasi-totalité de la profession
  - d'égal accès aux soins, s'il existe d'énormes écarts de financements selon le secteur d'activité ?

Dans le rapport, la segmentation choisie a conduit à renvoyer à un chapitre séparé, un peu « fourre-tout », intitulé « *nomenclatures et financement* » ce qui aurait dû être abordé de façon plus articulée, dans chaque chapitre.

#### **4- Signaler ce qui vient exclusivement des autorités "de tutelle"**

Certains chapitres ont été imposés et quasiment exclusivement rédigés par des agences sanitaires telles que l'INCa, l'ASIP, sans recherche de consensus avec les professionnels. C'est le cas des tumorothèques, de la double lecture systématique, des données médicales. La présentation du chapitre concernant le financement, en grande partie imposé par la CNAMTS, rend très difficile l'analyse et les comparaisons entre les secteurs d'activité. On peut noter l'absence quasi totale de données sur le financement hospitalier alors que certaines sources d'information existent (base d'Angers, comptabilité analytique des établissements...).

Enfin, les institutionnels et les agences sanitaires ont listé un certain nombre de nouvelles contraintes et obligations (accréditation, sécurité sanitaire, transmission de données, recommandations de bonne pratique) sans donner le moindre éclairage sur leur financement futur.

---

Au-delà de ce justificatif sous forme de préambule et afin de faciliter la lisibilité de notre contribution, nous l'avons structurée en présentant successivement :

- ↳ notre proposition de diagnostic complémentaire ;
- ↳ une liste de nos préconisations ;
- ↳ une série d'annexes techniques justifiant nos positions.



## **Diagnostic complémentaire de la section libérale du Syndicat des Médecins Pathologistes Français (SMPF)**

---

- 1- Quelques avancées majeures...**
    - 1-1 Concernant notre exercice
    - 1-2 Concernant son financement
  - 2- Mais l'avenir de l'ACP libérale n'est pas éclairci**
    - 2-1 Sa place dans le système de santé n'est ni confirmée, ni mieux définie
    - 2-2 L'évolution pyramidale et hiérarchique de l'ACP semble tolérée malgré son effet préjudiciable à la qualité des prestations
  - 3- Le rapport n'est pas assez clair sur la nécessaire restructuration de l'ACP**
    - 3-1 Constat
    - 3-2 Propositions concernant la nécessité de fixer des seuils d'activité propres à l'ACP
  - 4- L'urgente nécessité de mise en place d'un "Comité de suivi" et d'un "new deal" en ACP**
    - 4-1 Un comité de suivi
    - 4-2 Quelques éléments d'un "new deal" en ACP
  - 5- Récapitulatif des préconisations de la section libérale du Syndicat des médecins pathologistes français (SMPF)**
- 

A partir des données actuelles, notre analyse porte sur l'évolution prévisible de la qualité du service rendu aux patients par notre spécialité.

C'est de ce point de vue que nous voulons souligner ici quelques points clés.

## **1- Quelques avancées majeures...**

### ***1-1 Concernant notre exercice***

Nous avons obtenu satisfaction sur plusieurs points majeurs :

- la reconnaissance du rôle essentiel du pathologiste dans le système de soins ;
- l'affirmation claire et nette que le seul mode d'exercice possible en libéral était celui de médecin spécialiste.

Dans un rapport provenant du Ministère, il s'agit d'avancées considérables.

Malheureusement les pressions multiples et les péripéties du feuilleton à rebondissements de la loi sur la biologie ne nous permettent pas encore d'avoir la certitude que cette clarification majeure sera définitivement traduite dans le droit. De plus, l'intérêt récent pour l'ACP des fonds d'investissements spéculatifs et l'inaction du Ministère sur ce sujet fragilisent l'ensemble de la spécialité, privée comme publique.

### ***1-2 Concernant son financement***

L'importante baisse de tarification<sup>(2)</sup> depuis trente ans et la complexification parallèle des actes ACP ont été reconnues par l'Assurance Maladie.

Elle a cependant renvoyé le sujet des revalorisations aux discussions sur la CCAM. Or, depuis 8 ans, celle-ci est toujours repoussée !

Par ailleurs, comme toute le monde l'admet, si le financement de l'ACP libérale est transparent, ce n'est pas le cas de celui de l'ACP hospitalière. L'existence de financements hospitaliers complémentaires importants (MIGAC, MERRI, INCa, DGOS, collectivités territoriales,...) a été reconnue mais il a été impossible d'obtenir une synthèse des financements absorbés par les

---

<sup>(2)</sup> Baisse moyenne de tarification supérieure à 40 % sur trente ans en euros constants (sans possibilité d'automatisation)

structures publiques d'ACP. L'ensemble des éléments recueillis montre clairement que celles-ci ne pourraient survivre si elles ne disposaient que de la nomenclature officielle pour financer leur activité. Par ailleurs, les éléments recueillis ne permettent pas de prétendre que la nature de l'activité de la grande majorité des structures publiques d'ACP est significativement différente de celle effectuée dans le secteur privé. En conséquence, si les financements hospitaliers traduisent la réalité des coûts en ACP, ils doivent bénéficier à l'ensemble de la profession.

## **2. Mais l'avenir de l'ACP libérale n'est pas éclairci**

### ***2-1 Sa place dans le système de santé n'est ni confirmée, ni mieux définie***

Rappelons que l'ACP libérale est largement prépondérante dans le diagnostic. Mais, voulu, organisé ou non, malgré les engagements que nous avons rappelés plus haut, le déséquilibre est rapidement croissant entre les secteurs d'activité en termes de moyens humains et financiers et d'accès aux technologies nouvelles.

Alors que l'impact médico-économique du diagnostic ACP est majeur sur la prise en charge des pathologies concernées, en particulier pour le cancer, d'importantes inégalités de ressources se sont créées entre les différents modes d'exercice. Ces écarts de financement soulignent que les moyens dont dispose le secteur ACP libéral sont inadéquats pour lui permettre de se restructurer, d'assurer la qualité de diagnostics à la complexité croissante et de répondre, à la fois, aux besoins générés par l'augmentation des cancers et l'explosion des thérapies ciblées. S'y ajoutent, au fil des ans, les obligations de santé publique (DCC, épidémiologie, RCP...) ainsi que les contraintes de sécurité sanitaire et d'accréditation...

Dans ce contexte de déséquilibre croissant, la question se pose donc de savoir quelle sera la place de l'ACP libérale dans l'évolution de notre système de santé ?

Dans sa conclusion, le rapport évoque :

*« Le déséquilibre croissant en termes de moyens humains, techniques et financiers entre secteur public et secteur privé qui menacerait, s'il persistait, l'existence même de ce dernier. Une concentration excessive des moyens vers le seul secteur public pourrait, en raison de multiples conséquences, être préjudiciable à l'ensemble de la spécialité et poser un problème de santé publique. »*  
(p. 176)

Un peu plus haut, dans ses "recommandations" le rapport notait, « concernant la démarche qualité » :

*« Le groupe a retenu les principes suivants comme essentiels : [...]*

*Afin de pouvoir les appliquer, le groupe insiste sur la nécessité : [...]*

*- de veiller à ne pas générer des déséquilibres de l'offre de soins et/ ou des modalités d'exercice. »* (p. 130)

Ainsi, l'intention de maintenir une activité libérale performante en ACP est affichée, mais, pour autant, les préconisations fortes permettant ce maintien sont absentes...

## ***2-2 L'évolution pyramidale et hiérarchique de l'ACP semble tolérée malgré son effet préjudiciable à la qualité des prestations***

Un schéma d'organisation irréaliste, coûteux et dangereux n'est pas assez condamné dans ce rapport :

- le secteur libéral et les centres hospitaliers, quasiment réduits à une étape pré-analytique (selon une terminologie venant de la biologie), auraient la charge de la collecte des prélèvements, de la technique de base et assureraient les diagnostics les plus faciles (avec de faibles moyens) ;
- les CHU et les CLCC se réserveraient les diagnostics nécessitant une expertise proclamée particulière et des techniques

innovantes (donc coûteuses) qui lui seraient prioritairement et, pour un temps, exclusivement dévolues.

A l'exception de quelques phrases lénifiantes, rien n'est proposé de significatif pour modifier cette évolution et nos craintes concernant une organisation pyramidale et hiérarchisée de la spécialité avec une ACP à deux vitesses sont donc loin d'être dissipées.

**Rappel :  
en quoi consiste  
la politique imposée par l'INCa ?**

Cette politique a été décidée du seul fait de l'INCa. Elle n'est en rien prévue par les Plans Cancer successifs. Il s'agit donc d'une dérive par rapport aux orientations officielles. Elle consiste à réserver les ressources humaines et financières aux seules structures hospitalières de type CHU ou CLCC pour pratiquer les actes nécessitant une soi-disant expertise. Malgré de nombreuses réactions professionnelles, l'INCa continue d'imposer son schéma organisationnel. Les contraintes réglementaires qui se profilent ne font qu'augmenter ce déséquilibre.

Cette politique de restructuration est, à la fois, absurde sur le plan démographique, démotivante et déqualifiante sur le plan professionnel pour la grande majorité des pathologistes. Elle ne peut qu'entraîner une perte de compétence quasi générale et s'avérera donc, demain, dangereuse pour la qualité du diagnostic ACP et coûteuse pour la collectivité.

N.B. : on se reportera au 5<sup>e</sup> Rapport d'étape concernant le Plan Cancer 2009-2013 paru le 2 octobre 2012, jour de l'envoi de ce livre à l'impression, et dont les extraits significatifs sont repris ci-après pp. 109 à 113

La multiplication erratique et souvent incohérente des « niches », des « experts » et des réseaux auto désignés, des doubles lectures, vorace en consommation humaine et financière doit être stoppée d'urgence.

Une coopération public-privée et entre structures hospitalières et cabinets libéraux est souhaitable et nécessaire mais elle ne pourra se faire que dans un cadre confraternel, équilibré, sur critères objectifs et non pour assurer la tutelle d'un secteur sur l'autre dans une finalité de centralisation hospitalo-universitaire.

### **3. Le rapport n'est pas assez clair sur la nécessaire restructuration de l'ACP**

Ce troisième point est essentiel. Il doit être abordé en cohérence avec les contraintes démographiques et financières actuelles. Il est lié aussi à la question de l'avenir de l'ACP libérale.

#### **3-1 Constat :**

L'allocation actuelle des ressources publiques pour l'ACP conduit à une impasse totale. Pourquoi ? :

- la « productivité » des pathologistes est beaucoup trop variable (de 1 à 4 entre secteur public et secteur libéral) ;
- les écarts de financement de l'acte ACP entre les deux secteurs sont également beaucoup trop importants (au moins de 1 à 3, au bénéfice du secteur hospitalier) ;
- la tendance naturelle d'un jeune pathologiste est, en conséquence, dans 90 % des cas aujourd'hui, d'intégrer un service hospitalier ;
- or les 2/3 de l'activité (voire les 3/4 si on intègre le FCU) sont actuellement assurés par le secteur libéral ;
- et la demande de soins restera croissante
- les budgets sont limités et ne permettront pas une augmentation significative du nombre de pathologistes, (1.450 actuellement) ni des moyens techniques ;

On peut en conclure sans risque d'erreur que l'Etat va aujourd'hui « droit dans le mur ». La politique actuelle mènera à la disparition

du secteur libéral. L'activité de soins actuellement assumée par ce secteur devra être reprise par le secteur public. Compte tenu du niveau moyen d'activité par pathologiste hospitalier, il faudra créer 2.000 postes supplémentaires de médecins pathologistes dans le secteur public pour assumer cette activité (auquel s'ajoutera le personnel auxiliaire). Le surcoût ainsi engendré n'a, d'une part, aucune justification et est, d'autre part, à l'opposé d'une démarche d'optimisation des coûts imposée par la situation financière des comptes publics.

Rappelons que les structures ACP les plus importantes se trouvent en secteur libéral. Si celui-ci continue à être pénalisé, sa perte d'attractivité aboutira à la fermeture de nombreux cabinets, à la non-pérennisation de la couverture territoriale avec risque de perte d'autorisation pour certaines cliniques, à l'augmentation des délais de réponse, à la difficulté d'assurer les examens extemporanés et de participer aux réunions de concertation pluri-disciplinaires, à la cessation de transmission des données. Le paysage libéral sera rapidement touché, spécialités médico-chirurgicales comme établissements de soins.

A terme, la disparition de l'ACP libérale entraînera un important surcoût de l'ACP et le secteur hospitalier sera dans l'incapacité d'assumer le surplus de travail provenant d'un secteur privé déserté.

### ***3-2 Propositions concernant la nécessité de fixer des seuils d'activité propres à l'ACP :***

Pour restructurer raisonnablement l'ACP, un objectif de départ peut être la proposition du rapport qui préconise des seuils d'activité : 4.000 examens annuels par pathologiste et 16.000 examens/structure (hors FCU).

Mais cet objectif reste insuffisant pour répondre à la demande et le seuil d'activité devra monter à 5.000 examens/pathologiste hors FCU, avec des structures plus importantes (40.000 à 50.000

examens hors FCU/structure, voire plus) justifiant la constitution de plateaux techniques complets.

#### **4- L'urgente nécessité de mise en place d'un "Comité de suivi" et d'un "new deal" en ACP**

##### ***4-1 Un comité de suivi***

Les rapports, les recommandations, les engagements se sont multipliés sans être traduits dans les faits.

La DGOS a su rassembler tous les acteurs autour d'elle pour mettre au point un nouveau rapport dans lequel tous se sont impliqués.

Il faut que ce rapport se traduise enfin dans les faits !

- ☞ Compte tenu du retard accumulé, des fautes d'orientations constatées, de l'urgence à agir, il est aujourd'hui indispensable d'installer un « comité de suivi » des préconisations contenues dans ce rapport et de définir la place qu'aura demain l'ACP dans le système de santé.

##### **L'exemple de la radiothérapie**

La radiothérapie a connu, elle aussi, une situation d'urgence ces dernières années. Pour réussir son redressement, les Gouvernements successifs ont bien compris la nécessité et l'utilité de nommer un responsable et de rassembler tous les acteurs dans un comité national de suivi des mesures du plan de redressement de la radiothérapie française. Ce comité, garant de la mise en place des publics évaluait régulièrement l'état d'avancement des travaux. Tous les acteurs de la radiothérapie y avaient leur place. Tous ont souhaité sa pérennisation à l'issue des Feuilles de route qui l'avaient fondé tellement il leur paraissait utile pour l'avenir.

#### **4-2 Quelques éléments d'un "new deal" en ACP**

La section libérale du Syndicat des Médecins Pathologistes Français, parfaitement consciente des difficultés économiques actuelles comme de l'évolution des connaissances médicales, en particulier en cancérologie, plaide pour un "New Deal" en ACP.

La pratique de la médecine change. Elle est appelée à devenir toujours plus prédictive et personnalisée<sup>(3)</sup> et on assiste à une mutation de son modèle économique (en médecine comme en pharmacie).

Placée à l'interface entre la clinique, la biologie moléculaire, la radiologie et totalement informatisée, l'ACP doit continuer, dans le cadre du soin, à remplir ses missions de base (diagnostic, pronostic et prédiction du traitement). Elle peut prétendre également jouer un rôle d'« intégrateur » de données et donc de synthèse entre des disciplines aux antipodes les unes des autres (chirurgien-clinicien-moléculariste et demain, biostatisticien).

Le SMPF propose que le pathologiste, garant du prélèvement du patient, joue un rôle central dans le parcours de soins.

Il intégrerait dans un compte-rendu ACP synthétique :

- d'une part, le diagnostic qu'il est le seul à pouvoir porter,
- d'autre part, les données pronostiques, prédictives pour le traitement, et théranostiques pour le choix d'une thérapie ciblée.

Ce « diagnostic cancérologique intégré » s'inscrit dans la volonté de remettre le patient au centre du parcours de soins et peut être l'axe central du Dossier Communicant en Cancérologie (DCC) développé par l'ASIP. Il empêcherait une démarche médicale fragmentée, préjudiciable aux patients. Il éviterait les examens multiples et redondants, les risques d'erreurs et le morcellement des responsabilités, conséquences directes d'un environnement diagnostique éclaté. Il est donc nécessaire pour que l'ACP joue pleinement son rôle dans un système de soins centré sur le patient

---

<sup>(3)</sup> « Médecine personnalisée », « Biologie des systèmes », « Biologie intégrative », voire « pathologie intégrative », les terminologies fleurissent

et la partage de l'information nécessaire à l'optimisation de sa prise en charge.

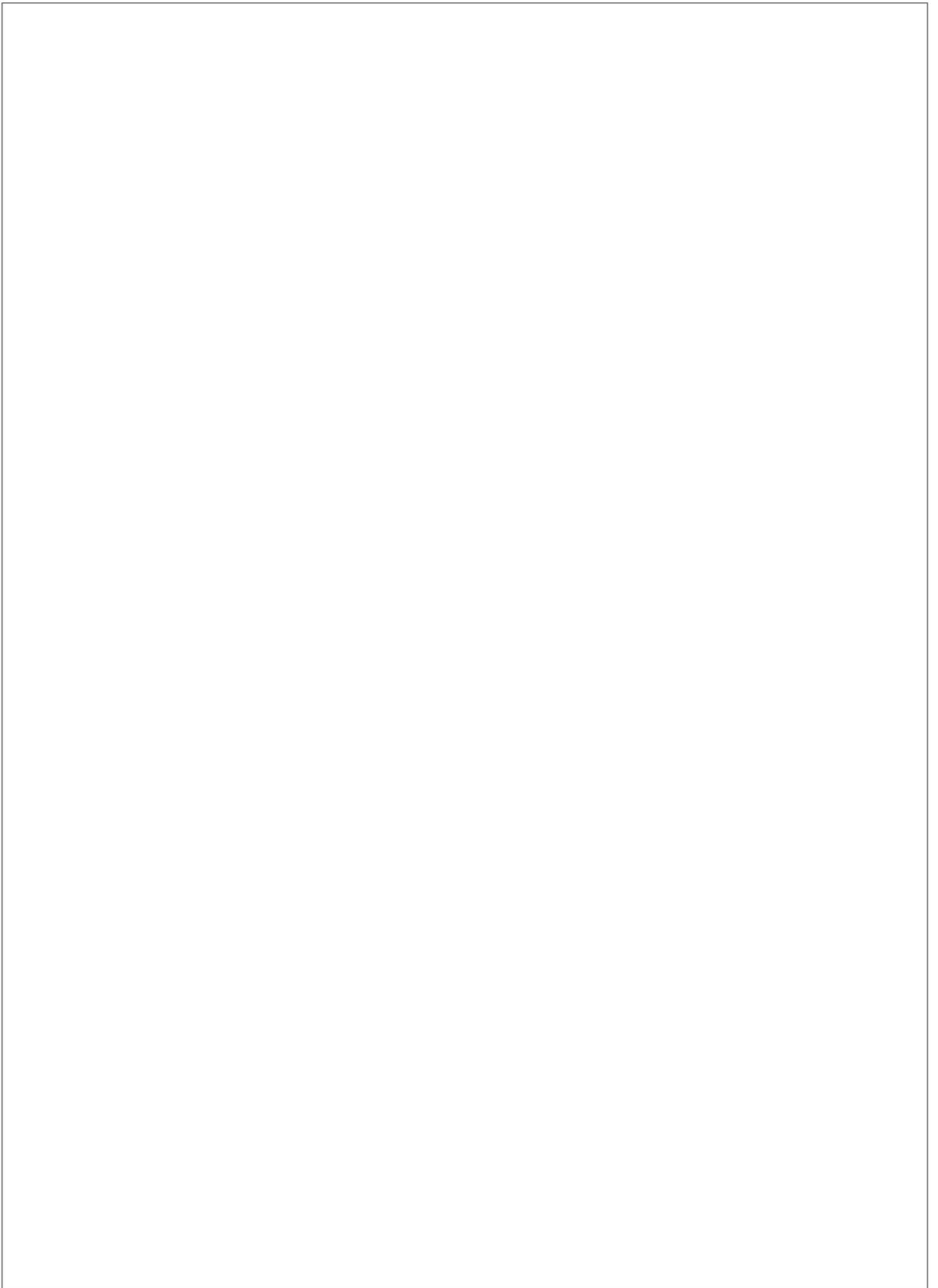
## 5- Récapitulatif des préconisations de la section libérale du Syndicat des médecins pathologistes français (SMPF)

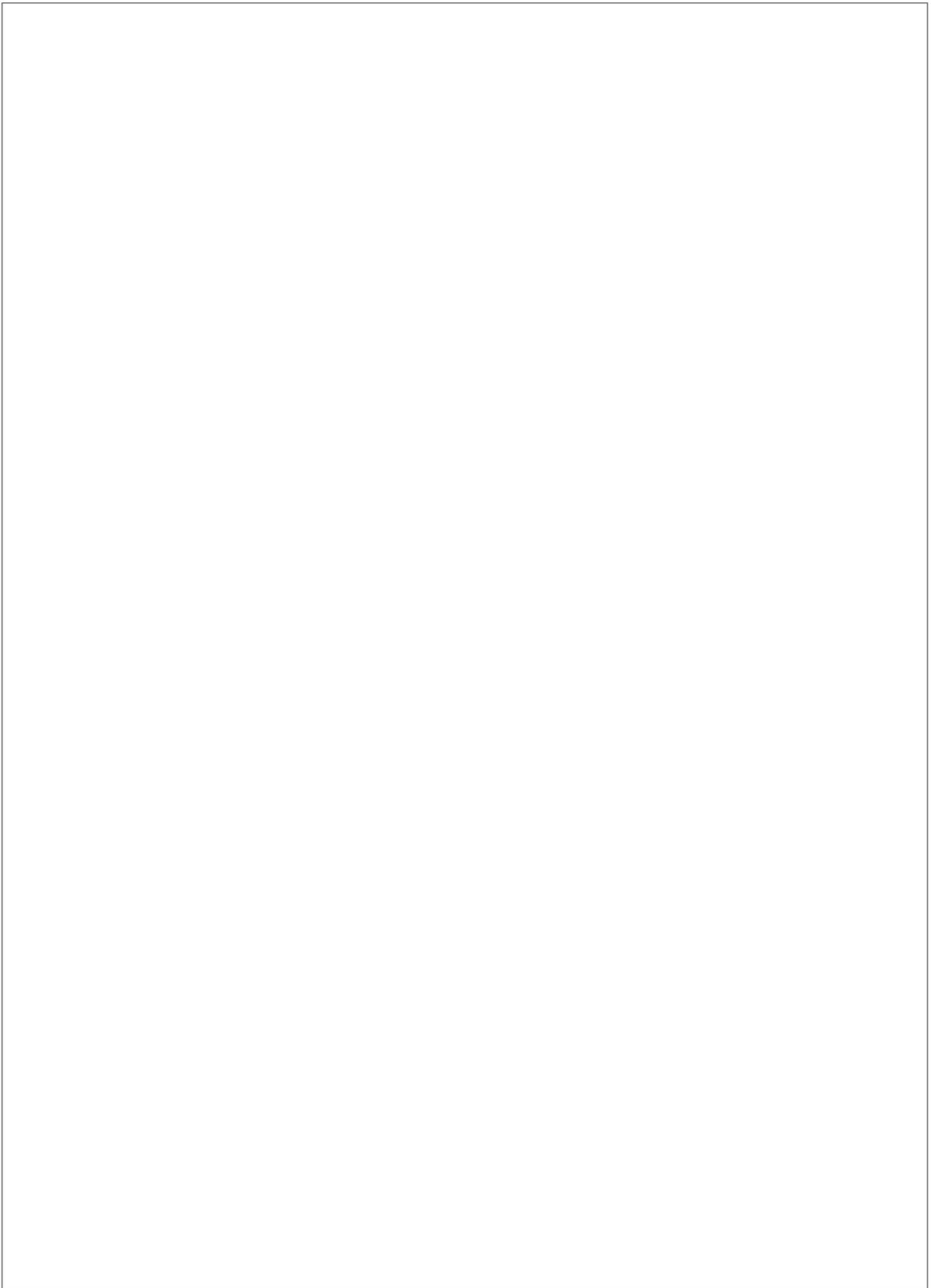
La plupart sont dans le rapport DGOS mais elles sont approfondies par le secteur libéral ACP dans les annexes qui suivent.

### Préconisations du SMPF

- ↪ 1 - Unifier le **statut** juridique de l'ACP sous forme de médecine de spécialité
- ↪ 2 - Rééquilibrer les **moyens** humains, techniques et financiers attribués aux différents secteurs en les reliant à l'activité
- ↪ 3 - Favoriser la **formation** des pathologistes et ouvrir les techniques moléculaires au secteur libéral
- ↪ 4 - Permettre un réajustement de la « **productivité** » médicale devenue excessive en secteur libéral en contrant la diminution des effectifs de pathologistes dans ce secteur et en valorisant à leur juste valeur les actes d'ACP
- ↪ 5 - Rationaliser la place de l'hyperspécialisation et de l'**expertise** en ACP
- ↪ 6 - Supprimer l'obligation déqualifiante de double lecture en la remplaçant par la **consultation de second avis organisée**
- ↪ 7 - Regrouper les **structures** ACP en unités de taille suffisante (supérieure à celle proposée dans le rapport) pour pouvoir prétendre à un plateau technique complet.

- ↪ 8 - Clarifier sur un plan juridique l'utilisation du **formaldéhyde** classé CMR1 et l'obligation de substitution
- ↪ 9 - Mettre en place des **seuils** d'activité cohérents avec les impératifs de qualité et d'efficience requis
- ↪ 10 - Rendre plus juste et plus équitable le **financement** des différents modes d'exercice. Valider immédiatement la CCAM-V2 en prenant en compte le coût réel de production des actes en revalorisant les actes ACP après un quart de siècle d'immobilisme et huit années de retard de la CCAM-ACP.
- ↪ 11 - Evaluer en terme de moyens humains et financiers les **nouvelles contraintes** de sécurité sanitaire, d'accréditation et de transmission des données ACP.
- ↪ 12 - Favoriser et définir un mode de **coopération** équilibré entre secteur public et privé et lui donner les outils juridiques nécessaires
- ↪ 13 - Redéfinir la **place de l'ACP** dans le système de soins
- ↪ 14 - Nommer d'urgence un responsable et installer un **comité de suivi** des préconisations du rapport de la DGOS. Celles-ci seraient inscrites dans un "Plan ACP" et seraient mises en application selon un agenda « contraignant ».





❖  
**ANNEXES**

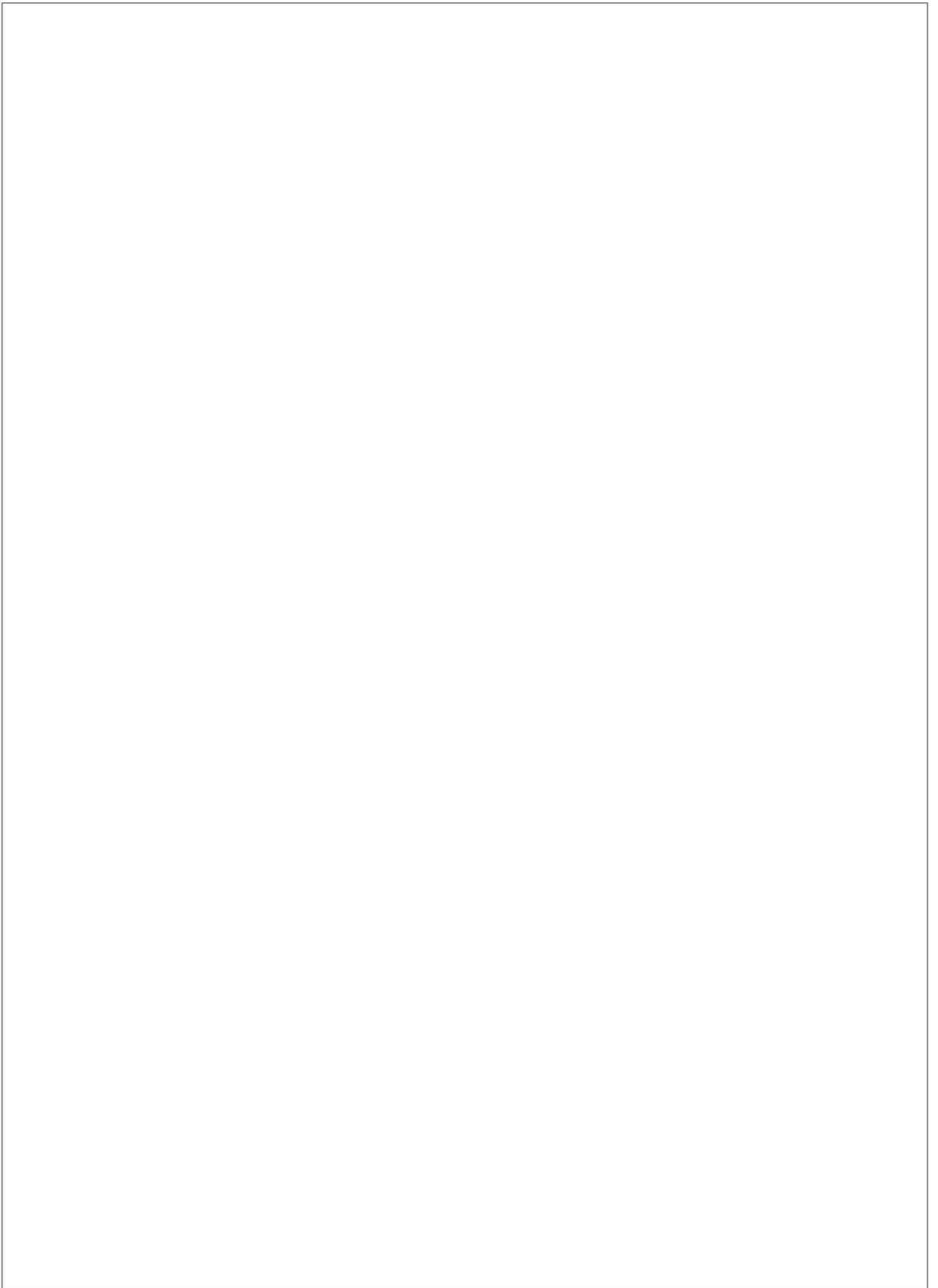
En annexes de cet additif au rapport de la DGOS, la section libérale du Syndicat des médecins pathologistes français (SMPF) présente les éléments justifiant son diagnostic et ses conclusions.

Certaines réserves sur les chiffres du rapport y sont également exprimées.

Le tout est complété de tableaux et graphiques aidant à mieux appréhender la réalité de l'ACP.

Quelques graphiques et tableaux complémentaires sont insérés en fin de document car ils nous semblent éclairants sur la situation de l'ACP.

- 
- **Annexe I : Qu'est-ce que l'ACP ?**
  - **Annexe II : Extraits de rapports sur l'ACP**
  - **Annexe III : Les hommes : démographie et activité**
  - **Annexe IV : L'organisation de l'offre de soins en ACP**
  - **Annexe V : Le financement de l'ACP**
  - **Annexe VI : Tableaux et graphiques complémentaires**



## ***Annexe I***

### **Qu'est-ce que l'Anatomie et Cytologie Pathologiques ?**

---

#### **1. 1. Rôle de l'ACP**

- 1.1.1. Une identité forte
- 1.1.2. Un impact médico-économique majeur
- 1.1.3. Un rôle central en santé publique

#### **1. 2. Statut juridique**

---

Un exercice très spécifique qui n'est comparable à celui d'aucune autre spécialité.

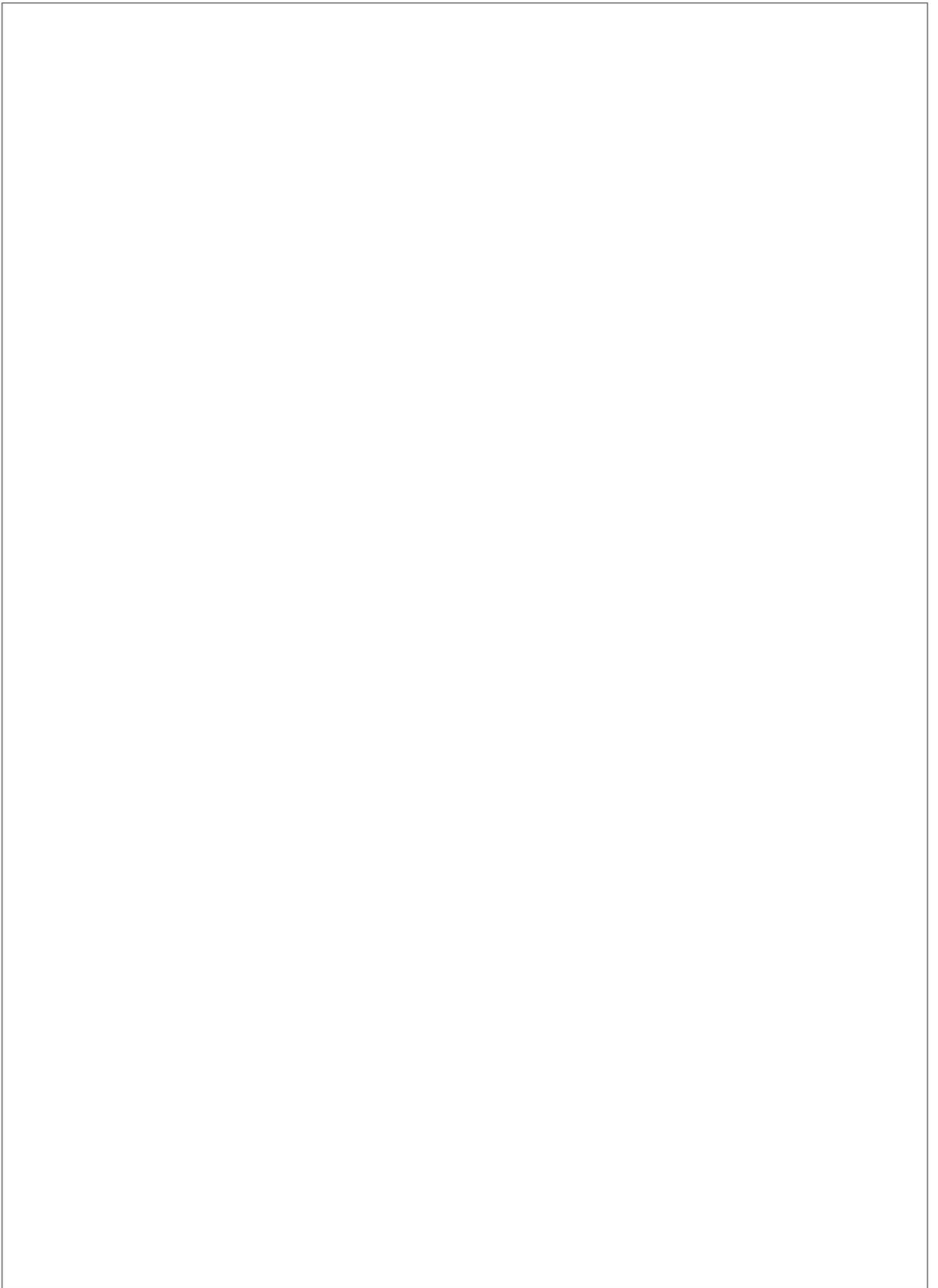
Un impact médico-économique majeur.

Un Service Médical Rendu très élevé au regard de son faible coût.

Un risque de confusion avec la biologie.

---

- ☞ Une exigence pour la qualité de l'ACP :  
La distinction entre ACP et biologie doit être rapidement rétablie dans la loi.



## **1.1. Rôle de l'ACP**

Le rapport insiste sur le rôle essentiel de l'ACP dans le diagnostic et les décisions thérapeutiques, en particulier en cancérologie, et relève sa place centrale dans le domaine de la santé publique.

### ***1.1.1. Une identité forte***

Pour évoquer l'importance de l'ACP, les qualificatifs se sont succédés au fil des rapports précédents (cf. Annexe II « Extraits de rapports »). Le rapport DGOS 2012 confirme qu'il s'agit d'une spécialité avec :

*« une identité particulière au carrefour de la clinique, de l'imagerie et de la biologie. Elle ne peut être exercée que par des médecins qualifiés en ACP. Les multiples missions diagnostique, pronostique, prédictive, épidémiologique, de recherche et d'archivage font du médecin pathologiste un acteur de santé publique unique dans le système de soins. Son exercice très spécifique n'est comparable à celui d'aucune autre spécialité. » (p. 14)*

### ***1.1.2. Un impact médico-économique majeur***

La réponse du pathologiste (diagnostic, facteurs pronostiques et prédictifs, marges chirurgicales, statut ganglionnaire, biomarqueurs, ...), guide le traitement et décide de son coût (acte chirurgical isolé, reprise chirurgicale, radiothérapie, chimiothérapie, voire thérapies ciblées). Selon le rapport DGOS 2012 :

*« L'acte d'ACP a un impact médico-économique majeur et un Service Médical Rendu très élevé au regard de son faible coût ».* (p. 14)

En nommant le cancer et en déterminant les facteurs prédictifs, l'ACP a ouvert la voie à la médecine dite « personnalisée ».

**A titre d'exemple :**

- le coût annuel d'une thérapie ciblée telle que le trastuzumab (molécule et frais induits) dans le cancer du sein représente, à lui seul, celui de toute l'ACP en secteur libéral (soit les 2/3 du diagnostic ACP en France)
- un écart de 1 % en plus sur le pourcentage annuel de test positif en France est susceptible d'entraîner un surcoût pour l'assurance maladie de 20 millions d'euros par an.

***1.1.3. Un rôle central en santé publique***

L'architecture du dossier communicant en cancérologie (DCC), telle que l'Agence Sanitaire d'Information Partagée (ASIP) l'a définie, est basée sur le compte rendu d'anatomie et cytologie pathologiques (CR-ACP) structuré et sur sa transmission informatique par le pathologiste.

Concentrateur de diagnostics, le pathologiste est également sollicité par les structures épidémiologiques (InVS, registres des tumeurs, dépistages) et les programmes de recherche clinique.

**1.2. Statut juridique**

En secteur libéral, l'ACP peut s'exercer sous trois modes d'exercice différents : en cabinet de spécialiste en ACP (à plus de 90 %), en structure de laboratoire limité aux actes d'ACP (très rares), en laboratoire de biologie (comprenant des médecins ACP).

En secteur hospitalier, la spécialité fait partie de « pôles de biologie », plus rarement de « pôles de cancérologie » ou de « pôles d'imagerie ».

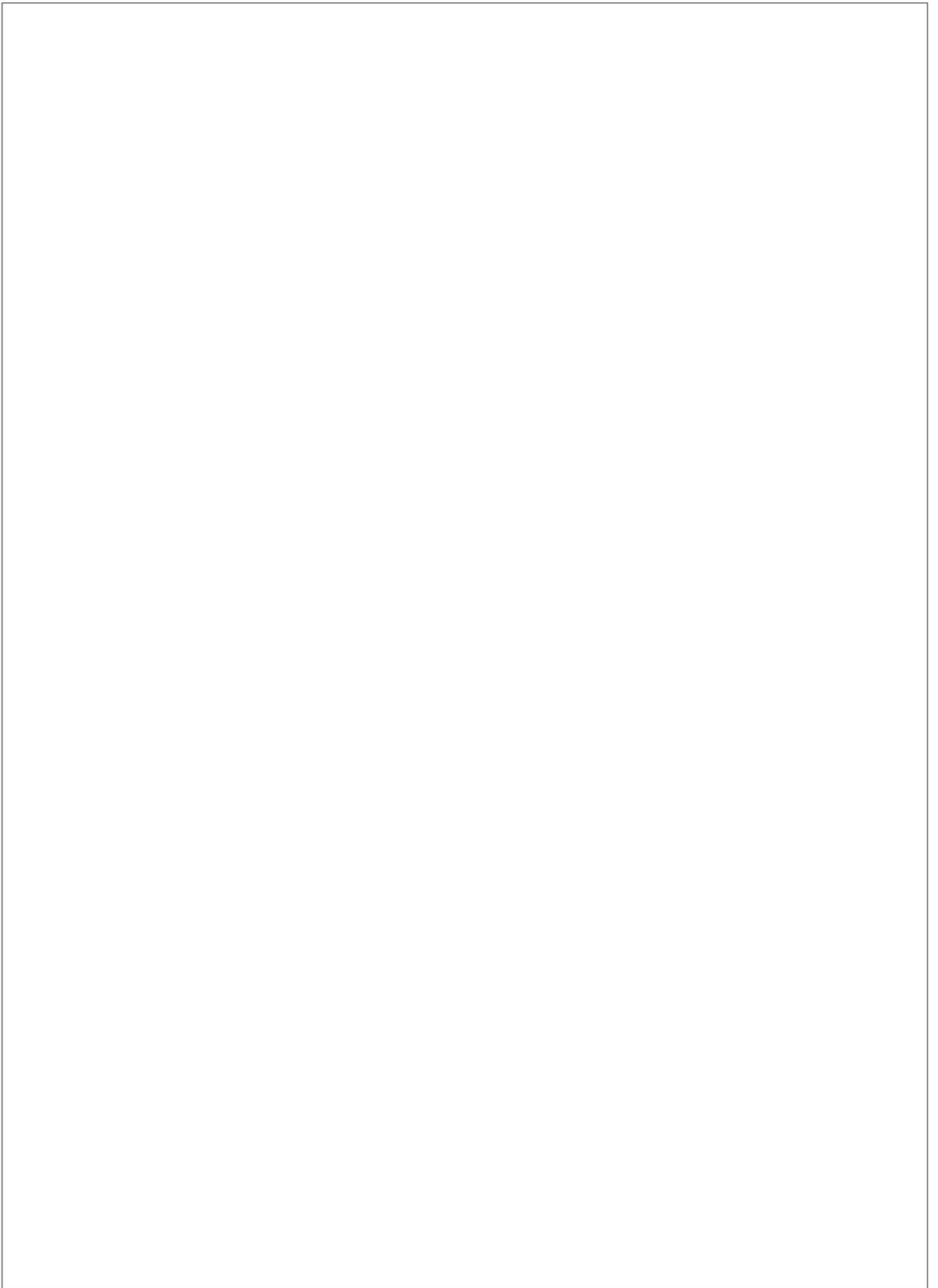
Le rapport DGOS 2012 insiste sur la nécessaire dissociation de l'ACP et de la biologie.

L'ACP est un métier visuel, non automatisable, dépendant de l'interprétation du pathologiste. C'est en examinant au microscope des fragments de tissus et des cellules prélevés chez un patient que le pathologiste porte ses diagnostics. Il interprète ainsi des « images tissulaires et cellulaires » dans une démarche diagnostique proche de celle du radiologue mais en utilisant des techniques spécifiques (morphologiques - macroscopiques et microscopiques -, immuno-histochimiques, moléculaires).

L'acte d'ACP est, le plus souvent, unique et non répétitif.

ACP et biologie sont complémentaires et différents : leur origine professionnelle (exclusivement des médecins pour les pathologistes et, à 80 %, des pharmaciens pour les biologistes), leur formation et leur cursus universitaire (spécialiste qualifié par la voie du DES), la nomenclature des actes (CCAM pour les pathologistes et NABM pour les biologistes), leurs structures professionnelles (cabinets de spécialité médicale pour les premiers et laboratoires de biologie de plus en plus industriels pour les autres, souvent aux mains de fonds d'investissement). Leur finalité les distingue très largement car la biologie produit essentiellement des données chiffrées, le plus souvent automatisées qui seront ultérieurement interprétées par un clinicien alors que le pathologiste fournit des diagnostics de maladie et de cancer en interprétant des images. En 2009, lors d'une enquête menée par le SMPF, 91 % des pathologistes, hospitaliers comme libéraux, refusaient l'intégration de l'ACP dans la biologie.

Or, la récente réforme de la biologie assimile les deux spécialités. Si la distinction entre ACP et biologie n'est pas rapidement rétablie dans la loi grâce à un vecteur législatif quelconque, l'ACP perdra son indépendance et deviendra une sous-spécialité de la biologie. Cette confusion entre deux spécialités différentes aura rapidement un impact négatif sur la compétence et la qualification des pathologistes et donc sur la qualité et l'efficacité de leurs prestations. Cette confusion aura aussi un impact négatif sur sa nécessaire restructuration de la spécialité.



***Annexe II***  
**Un besoin urgent de réformes**  
**Extraits de rapports sur**  
**l'Anatomie et Cytologie Pathologiques**

---

**2.1. De 2003 à 2012, les mêmes recommandations**

**2.2. Recommandations du Rapport DGOS 2012**

---

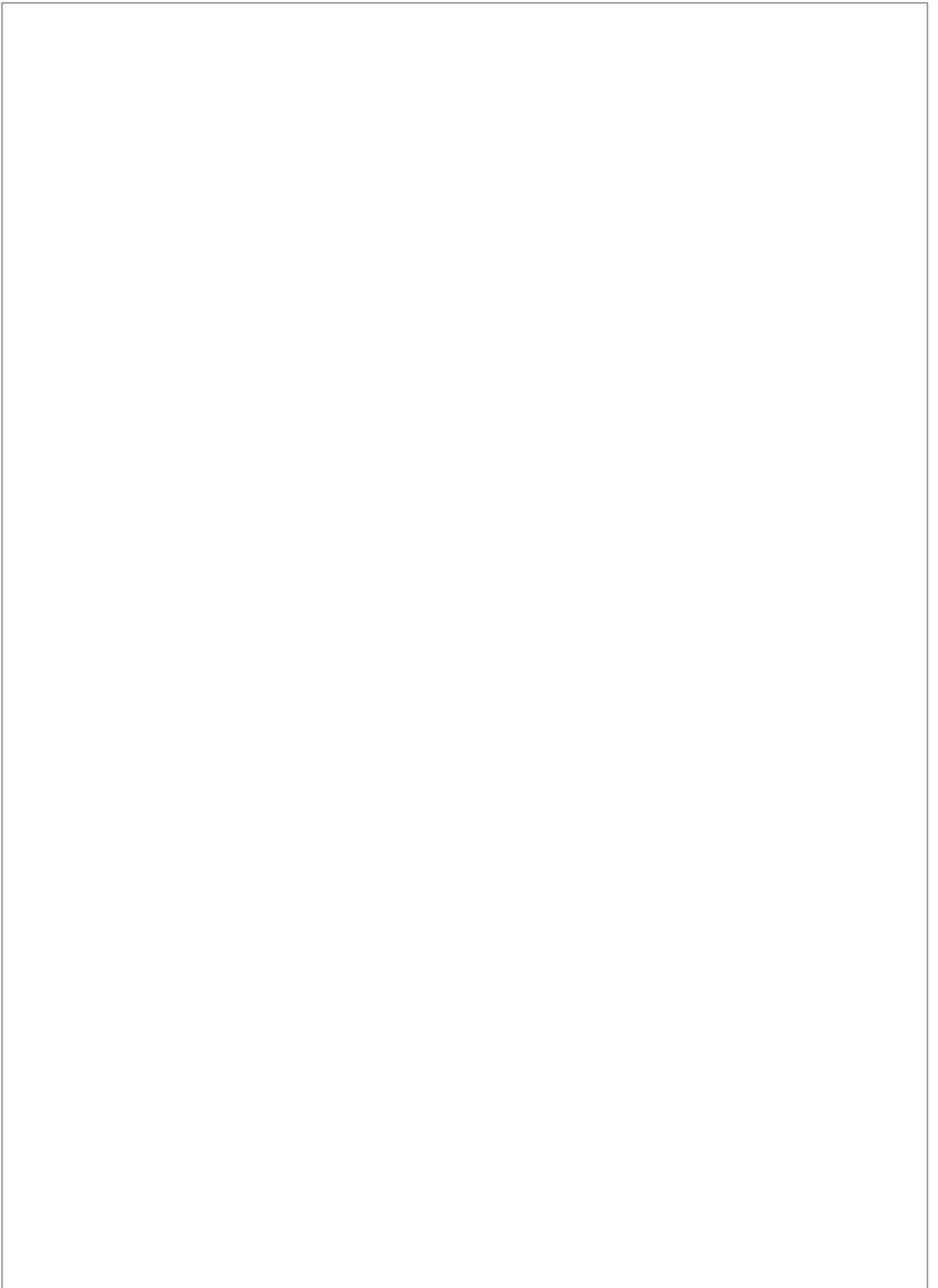
L'ACP,  
spécialité "pivot" - "incontournable" -  
"irremplaçable" - "déterminante"  
mais délaissée...

Le rapport 2012 décline des "actions prioritaires" dans les domaines juridiques, sanitaires (formol), médicoéconomiques, structurels (rééquilibrage des moyens), organisationnels.

Il préconise la création d'un "comité de suivi des préconisations".

---

- ☞ En complément, le secteur libéral du SMPF demande la nomination d'un responsable et l'élaboration d'un calendrier contraignant



## 2.1. De 2003 à 2012, les mêmes recommandations

De 2003 à 2012, plusieurs rapports sur l'ACP étaient arrivés aux mêmes conclusions que celui de la DGOS publié en 2012. Ils insistaient sur la complexité croissante des actes d'ACP et sur la nécessaire revalorisation des actes.

- L'ACP a "*une position « pivot » aux différentes étapes de la prise en charge du patient*", elle a "*une place incontournable et privilégiée à toutes les étapes du processus*" (p. 193 Commission d'orientation sur le cancer - 2003). L'ACP est une spécialité « *irremplaçable* » (Plan Cancer 2009-2012), et « *déterminante* » (2009 - Pr J.-P. Grünfeld - Pour un nouvel élan - Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013, Chapitre 3.6 p. 74).
- **Rapport de la commission d'orientation sur le cancer (2003)** : "*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 pour l'heure 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 réunions de concertation pluridisciplinaires 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)
- **Arrêté du 28 juillet 2005 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."*

- **« Pour un nouvel Elan » Pr. J.-P. Grünfeld (mars 2009) :**  
*« 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)*

## **2.2. Recommandations du Rapport DGOS 2012**

*La commission a identifié trois actions prioritaires, réglementaire/juridique, sanitaire et financière, et a émis des préconisations concernant l'organisation de la discipline d'ACP (p. 176) :*

### **Actions prioritaires :**

- **Juridique** : *Il n'est pas souhaitable d'exercer l'ACP sous plusieurs modes juridiques différents, et il est préconisé qu'à l'avenir, un seul mode d'exercice soit possible : celui de médecine de spécialité.*
- **Sanitaire** : *Le classement du formol, fixateur de référence, en CMRI depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007 place les pathologistes, hospitaliers comme libéraux, dans une situation juridique extrêmement difficile. Les incertitudes réglementaires concernant l'utilisation du formol doivent être levées. Une saisine ministérielle du Haut Conseil de la Santé publique doit être effectuée.*

- **Médico-économique** : Un passage rapide à la CCAM - V2 est nécessaire pour deux raisons :
  - pour disposer d'une description précise et complète de l'activité d'ACP, en visant notamment l'exhaustivité du recueil en secteur public y compris des prestations inter-établissements,
  - pour permettre une tarification des actes reposant sur une méthodologie commune à l'ensemble des spécialités médicales et validée, garantissant des honoraires prenant en compte le coût réel de production des actes en fonction des ressources mobilisées (travail du médecin et charges professionnelles).

**Autres préconisations :**

- **Le déséquilibre croissant en termes de moyens humains, techniques et financiers entre secteur public et secteur privé menacerait, s'il persistait, l'existence même de ce dernier. Une concentration excessive des moyens vers le seul secteur public pourrait, en raison de multiples conséquences, être préjudiciable à l'ensemble de la spécialité et poser un problème de santé publique.**
- Une organisation pertinente pourrait reposer sur quatre préconisations :
  - Favoriser des structures de base multi-compétentes d'au moins quatre praticiens effectuant au moins quatre mille actes (hors FCU) chacun. Ces structures devraient pouvoir disposer de toutes les ressources nécessaires et techniques indispensables à la prise en charge de la plupart des pathologies avec une qualité reconnue.
  - Identifier un nombre restreint de pathologistes référents permettant le recours diagnostique ACP.
  - Permettre le développement de l'innovation et de la recherche dans des centres labellisés dont les règles de coopération avec les autres acteurs et structures seraient clairement codifiées.

- *Evaluer l'impact des actes qui ne relèvent pas directement du soin sur le fonctionnement des structures.*

*Enfin, il est recommandé d'instaurer « un comité de suivi des préconisations développées dans le cadre de ce rapport ».*

## ***Annexe III***

### **Les hommes : démographie et activité**

---

#### **3.1. Démographie et formation**

##### **3.1.1 Démographie**

- Productivité
  - Productivité médicale
  - Productivité technique
- Hyperspécialisation et activité de « niches » ACP
- Difficulté des diagnostics
- Missions de service public
- Personnel technique et de secrétariat
- En conclusion

##### **3.1.2 Formation**

#### **3.2. Activité selon les secteurs**

---

Le Rapport DGOS 2012 note « *le déséquilibre croissant en termes de moyens humains, techniques et financiers entre secteur public et secteur privé...* »

Les chiffres disponibles montrent :

- des structures libérales en « surproductivité » médicale ;
- des plateaux techniques libéraux beaucoup plus productifs que les autres.

L'impact sur la qualité n'est connu ni en cas de sousproductivité ni en cas de surproductivité.

La France ne manque pas de pathologistes mais elle souffre d'une inégale répartition géographique et par secteur juridique.

- 
- ☞ Le nombre de pathologistes doit être corrélé à l'activité
  - ☞ L'activité réelle doit être mieux évaluée. Elle doit être publiée et accessible
  - ☞ Le coût de l'activité doit être mieux évalué. Il doit être publié et accessible
  - ☞ Les seuils sont souhaitables à condition d'être significatifs et restructurants pour un meilleur service
  - ☞ En l'état actuel des connaissances un certain nombre de redressements peuvent déjà être faits pour mieux appréhender la réalité.

### 3.1. Démographie et formation

#### 3.1.1. Démographie :

Rapport DGOS 2012 :

*« Le déséquilibre croissant en termes de moyens humains, techniques et financiers entre secteur public et secteur privé... ».* (p. 176)

La pénurie de pathologistes est-elle réelle ? Est-elle identique dans les deux secteurs d'activité ?

L'évolution des nouvelles installations, étudiée par le CNOM entre 2003 à 2010 montre une forte disparité dans les nouvelles installations : 90 % en secteur hospitalier et 10 % dans le secteur libéral .

La France compte environ 1.450 pathologistes. Les chiffres donnés sont dits « APE » en libéral et « ETP » en public. Mais plus de 10 % des pathologistes libéraux n'exercent pas à plein temps, diminuant d'autant le chiffre total en ETP libéral.

Les besoins démographiques dépendent de plusieurs facteurs, entre autres de :

- la « productivité » des pathologistes,
- de l'hyperspécialisation,
- des difficultés diagnostiques
- et des missions de service public.

Par ailleurs, l'importance du personnel technique et de secrétariat joue en rôle important.

Pour toutes ces raisons, le sujet « démographie » ne peut être traité isolément.

#### « Productivité »

- « Productivité » médicale

La corrélation du nombre de pathologiste à l'activité est indispensable pour mieux appréhender les inégalités :

En 2009, 1.469.000.000 P ont été facturés : 1.082.566.000 en secteur libéral et 386.590.000 en secteur public pour un total d'environ 13,5 à 14 millions d'examens ACP (6.000.000 à 6.500.000 de FCU et 7.500.000 à 8.000.000 d'histologie/ cytologie spéciales).

- En P : le nombre moyen théorique de P par pathologiste (hors PHN) est supérieur à 1.000.000 /pathologiste/an
- En actes : sans tenir compte des 6 millions de FCU et en ne gardant que l'histologie/cytologie spéciale :
  - Un seuil à 1.500 examens/pathologiste/an, nécessiterait 5.000 pathologistes ETP
  - Un seuil à 2.500 examens/pathologiste/an, 3.000 à 3.200 pathologistes (plus du double du chiffre actuel)
  - Un seuil à 4.000 examens/pathologiste/an nécessiterait 1.875 à 2.000 pathologistes

Sans prendre en compte les frottis (10 à 30 % des actes en secteur hospitalier et 54 % des actes en secteur libéral), **le nombre de 4.000 examens/an/pathologiste, recommandé dans le rapport, reste insuffisant.**

La productivité médicale a fait en Angleterre l'objet d'un guide, conçu et diffusé par le « Royal college of Pathologist ». *Guidelines on staffing and workload for histopathology and cytopathology departments June 2005*. Ce guide, dans le contexte particulier du Royaume-Uni où l'ACP est avant tout hospitalière, se conçoit comme un outil permettant d'évaluer les besoins humains et médicaux nécessaires à une activité globale dans cette spécialité.

Sur cette base, le Royal college of Pathologist considère que pour une activité hors CHU le niveau moyen d'activité doit être de 4.000 cas d'histologie par an pour un médecin, ou 6.000 cytologies ou 600 autopsies.

En Allemagne, ce chiffre atteint 8.000 actes/pathologiste/an.

Le nombre de pathologistes par million d'habitants est, en France, plus important qu'en Allemagne et identique à d'autres pays européens.

Un pathologiste hospitalier ETP français interprète, en moyenne, entre 1.000 et 4.000 examens par an avec un faible nombre de FCU (de 10 à 30 % selon les structures).

Un pathologiste libéral interprète plus de 15.000 examens/ETP/an (dont environ 7.000 d'histo/cyto spéciales et 8.000 frottis cervico-utérin).

**Les structures libérales sont en « surproductivité »** médicale. Les conséquences sont difficilement évaluables. Il est vraisemblable que les tâches ne relevant pas directement du soin soient les premières touchées : concertation, formation, management, ...

- « Productivité » technique

En parallèle de la productivité des médecins, il faut s'intéresser à la **productivité du « plateau technique »**. Une trop grande productivité de ce plateau technique peut permettre de réduire les coûts mais ne peut garantir une qualité optimale.

The College of American Pathologists and National Society for Histotechnology Workload Study (Arch Pathol Lab Med Vol 135, June 2011) s'y est récemment intéressé en estimant le nombre annuel de blocs en paraffine (considérés comme l'unité de production) que le plateau technique est capable de produire. L'originalité de cette publication est de ne pas aborder le nombre de blocs qu'un individu donné peut (ou doit) produire, mais de considérer que la production de blocs est la résultante d'un travail d'équipe où toutes les tâches, y compris les tâches d'encadrement, concourent à cette production.

Deux éléments sont intéressants :

- Les structures d'ACP américaines sont classées en trois tailles en fonction du nombre de blocs produits : moins de 12.500

blocs/an, entre 12.501 et 53.000 blocs/an, plus de 53.000 blocs/an.

Cette stratification est intéressante dans la mesure où, au moins en secteur libéral, il n'y a vraisemblablement en France que peu de petites structures et que, compte tenu du nombre de cas vus en moyenne par les pathologistes libéraux, toutes les structures comportant au moins 3 médecins ETP sont à classer dans les « grandes structures ».

- Le nombre médian de blocs produits par ETP participant au plateau technique est de 6.433, toutes institutions confondues, et de 7.511 pour les structures libérales, sur une base de 2.080 heures de travail/an.

Sur une base française (1.600 heures de travail/an), le nombre de blocs produits serait donc respectivement de 4.948 et de 5.777.

Or sur la base de l'activité du GPL (Groupe de Pathologistes Libéraux, association loi 1901, membre du CNPath et représentant environ 20 à 25 % de l'activité libérale française), la productivité des plateaux techniques des cabinets membres du GPL est d'environ 9.300 blocs/an. Ces cabinets sont donc 60 % plus productifs que leurs homologues américains à des tarifs pourtant bien moindres que pour leurs confrères outre atlantique...

Au vu des données internationales, la productivité de l'ACP libérale française (médicale et technique) est très élevée et pourrait avoir, dans l'avenir, un effet négatif sur la qualité qui pourrait lui être reprochée. Il est de la mission du Syndicat d'alerter sur cette menace.

Cette surproductivité libérale doit être corrélée au faible coût des actes d'ACP qui oblige les pathologistes à augmenter leur activité pour permettre un investissement minimum dans les cabinets. A contrario, une faible productivité peu avoir un impact sur le maintien des compétences (cf. seuil d'activité chirurgicale).

### **Hyperspécialisation et activité de « niches » ACP**

La multiplication de niches hospitalières d'expertise créées par l'INCa en ACP crée une pénurie artificielle et une dispersion des crédits vers des activités ne relevant pas du soin. Tumorothèques, plateformes de génétique moléculaire, double lecture systématique, télépathologie, pseudo-recherche dans le cadre d'études de laboratoires pharmaceutiques,... sont très consommatrices de temps pathologiste et de moyens financiers. L'activité d'expertise doit certes être comptabilisée mais ne pas nuire aux missions diagnostiques essentielles.

### **Difficulté des diagnostics**

A la différence d'autres spécialités, la complexité des actes et la prise en charge d'un prélèvement ACP est identique quel que soit le secteur d'activité. Le pathologiste ne peut ni prévoir la difficulté d'un diagnostic, ni refuser un acte. Compte tenu de l'activité du secteur libéral, 2/3 des pathologies carcinologiques complexes sont diagnostiquées en secteur libéral.

Seuls certains domaines de la spécialité tels que la neuropathologie, la fœtopathologie ou la transplantation, évalués à environ 5 % des actes, sont essentiellement réalisés en CHU. De façon générale, le type d'activité d'un grand nombre de structures libérales médico-chirurgicales représentant de véritables pôles de santé privés est similaire à celle des hôpitaux généraux et des CLCC.

### **Missions de service public**

Le secteur libéral assure une couverture complète du territoire grâce à un maillage efficace malgré la pénurie de pathologistes libéraux. Par leurs déplacements répétés dans les blocs opératoires pour les examens extemporanés, les pathologistes permettent aux établissements privés et parfois publics d'être autorisés pour l'activité de soins "cancérologie". Ils contribuent par ailleurs à des actions de Santé Publique (dépigstages, surveillance des cancers).

L'accès au diagnostic ACP à tarifs opposables n'a jamais posé le moindre problème. Les pathologistes libéraux sont à 86,2 % en secteur 1 ; les 13,8 % en secteur 2 pratiquent des dépassements très modérés qui ne concernent qu'une très faible partie de leur activité. Selon le rapport DGOS :

*« La part des honoraires totaux générés par des dépassements de tarifs demeure négligeable »... « pour atteindre 4 % en 2010. ». (p. 154)*

### **Personnel technique et de secrétariat**

Celui-ci est en nombre nettement plus important en secteur hospitalier (le double, voire plus).

Les pathologistes libéraux doivent assurer le rôle de chef d'entreprise et assumer la gestion financière de leur structure (locaux, emprunts,...).

Les tâches annexes (tumorothèques, imagerie, urgences, avis, transmission de données, envoi, ...), pourtant communes aux différents secteurs de la spécialité, sont prises en compte grâce aux MIGAC et autres financements complémentaires en secteur hospitalier. Les pathologistes libéraux ne peuvent malheureusement pas y prétendre car, juridiquement, leurs cabinets ne sont pas considérés par l'administration comme des "établissements de santé".

Un nouveau risque est la confusion faite en secteur hospitalier entre « délégation de tâches » et « transfert de tâches ». Certains hôpitaux, considérant qu'ils sont surchargés demandent des transferts d'actes, donc de responsabilités, vers des techniciens ACP, ce qui risque de dévaloriser d'autant les actes d'ACP et de diminuer leur remboursement par l'Assurance Maladie... dans le secteur libéral !

Par contre, la délégation de tâches n'entraîne pas de diminution de responsabilité pour le pathologiste. Le CNOM interrogé par le SMPF s'oppose au transfert de tâches<sup>(4)</sup>

### En conclusion

- Le nombre de pathologistes doit être corrélé à l'activité.
- Depuis plusieurs années, les jeunes pathologistes (90 %) choisissent essentiellement l'exercice hospitalier (chiffre CNOM : 24 salariés/2 libéraux).

Le rapport DGOS préconise

*« d'éviter la désaffection pour le secteur libéral : en évitant les créations ou pérennisations de postes dans les structures, notamment hospitalières, à faible activité ou à activité trop ciblée ».* (p. 49)

En comparaison aux pays européens, la France ne souffre pas d'un manque de pathologistes mais d'une inégale répartition géographique et selon les secteurs d'activité.

---

<sup>(4)</sup> « En réponse à votre courrier du 26 mars 2012 sur le protocole « réalisation de la macroscopie des biopsies, des pièces opératoires simples et complexes à visée diagnostique par un technicien de laboratoire en lieu et place d'un médecin pathologiste », ... la HAS n'a reçu aucun projet de coopération dans ce domaine alors qu'un tel dispositif requiert son avis conforme.

Ce projet présente la singularité, par rapport à d'autres projets qui, eux, ont fait l'objet d'un examen de la part de la HAS, de porter sur des pans entiers de l'activité médicale et (il ne s'agit pas de la délégation d'une tâche bien identifiée). Elle n'est donc pas acceptable au regard des compétences requises du caractère global de l'acte anatomocytopathologique. Elle peut paraître, en outre, contraire à l'esprit de la loi qui n'avait pas pour objet de vider les spécialités médicales de leur contenu ».

### 3.1.2. Formation

La pathologie moléculaire est un nouvel outil diagnostique et de prédiction thérapeutique utilisé sur des prélèvements anatomo-pathologiques. La pratique de la pathologie moléculaire doit être intégrée tout le long du cursus de spécialité. La profession est très en retard sur ce point ce qui obère son avenir.

Il est nécessaire d'assurer, au minimum, un stage de 6 mois en biologie moléculaire.

### 3.2. Activité selon les secteurs

Selon le rapport DGOS (p. 62 à 64) :

*« Le secteur privé effectue 2/3 des actes d'anatomie pathologique, biopsies et pièces opératoires et 90 % des FCU (source ONDPS et CNAMTS).*

*Le FCU représente le premier acte en volume réalisé, par les pathologistes libéraux, avec 54 % environ des actes facturés en 2011 (en honoraires, le FCU représente moins du tiers de la totalité des honoraires - 90 millions d'euros sur un total de 280)*

*Les établissements publics de santé et les ESPIC ont une faible activité de FCU et réalisent 1/3 des actes d'histopathologie.*

*L'exercice ACP en laboratoire de biologie médicale représente 4,7 % de l'activité ACP globale, et 6,4 % de l'activité libérale*

*Avec les FCU, le secteur hospitalier représente 26,3 % et le secteur libéral 73,7*

Hors FCU, le secteur hospitalier représente 31,7 % et le secteur libéral 68,3 % »

L'activité hospitalière ; en nombre de coefficients « P », se décline comme suit :

<b>Répartition de l'activité hospitalière 2009 (en P)</b>		
<b>Désignation</b>	<b>Nombre</b>	<b>%</b>
CHU	230 876 924	54,1%
ESPIC	11 906 290	2,8%
SSA	3 632 876	0,9%
CHG	109 533 112	25,6%
CLCC	30 641 715	7,2%
<b>Total Hôpital</b>	<b>386 590 917</b>	<b>90,5%</b>
Hospitalier sous-traité en libéral	40 450 000	9,5%
<b>Total hospitalier+ libéral en P</b>	<b>427 040 917</b>	<b>100%</b>

Toutefois, quelques grandes lignes se dégagent :

- Pour moins de 1.500 pathologistes, un exercice plutôt salarié et féminin ; 11% des libéraux ont également un exercice hospitalier.
- L'exercice se fait très majoritairement en cabinet libéral (322 structures) et 129 établissements ont un service d'ACP.
- Une majorité de petites structures, notamment en ville et centre hospitalier. Cet éclatement des effectifs est l'un des points de fragilité de la profession.
- De très grosses structures.
- Une activité qui mériterait d'être étudiée très minutieusement avec la mise en œuvre de la CCAM.V2.

Ci-dessous sont présentées les données de la CNAMTS pour les pathologistes libéraux et les données de la SAE 2009 pour les autres pathologistes en utilisant la lettre P, a priori hors PHN (Cf. chapitre 9 : Nomenclatures et Fi-

*nancement), marqueurs assez mauvais mais seul commun aux deux sources. Les chiffres de « P » ci-dessous ne distinguent pas les FCU de l'activité d'histologie. Avec toutes les réserves émises ci-dessus :*

- o Un pathologiste privé APE cote environ 1.344.395 P (coefficients d'ACP) auxquels s'ajoutent ceux des actes réalisés pour les établissements publics.*
- o Selon la SAE :*
  - Un ETP de pathologiste en CHU, environ 688.835 P ;*
  - Un ETP de pathologiste en CH, environ 614.802 P ;*
  - Un ETP de pathologiste en ESPIC, environ 559.506 P ;*
  - Un ETP de pathologiste en CLCC, environ 367.495 P ;*
  - Un ETP de pathologiste en SSA, environ 300.238 P ;*

*La variation d'activité (P/ETP ou P/pathologiste) selon les régions est assez "forte", que ce soit en secteur libéral ou dans le secteur public. »*

Globalement le SMPF accepte cette analyse. Cependant, les chiffres SAE comme CNAMTS méritent d'être corrigés à deux niveaux :

- Les données SAE 2009 comportent, pour certains hôpitaux, des PHN allant jusqu'à multiplier par 3 le nombre de P effectués réellement. Certains chiffres sont donc surestimés.

On en a la preuve en reconstituant l'activité en partant du nombre de P facturés. Pour expliquer cette mécanique assez compliquée, prenons un exemple, celui des Centres hospitaliers. SAE nous dit qu'ils ont une activité de 614.802 P par ETP. Si on retient l'hypothèse volontairement optimiste d'un nombre moyen de P130 par acte ACP pour les pathologistes exerçant en CH (rappel : l'acte moyen en libéral est de P94 selon le rapport DGOS) on arrive à

une estimation de 4.720 examens par ETP par an dans les Centres hospitaliers (614.802 / P130).

Or :

- ce chiffre semble irréaliste puisque nous savons par ailleurs que l'activité réelle constatée dans les établissements hospitaliers est très inférieure ;
- lors des travaux préparatoires au rapport de la DGOS il a été dit que, dans l'hypothèse de la fixation d'un seuil minimum d'activité de 4.000 examens/ETP hors FCU, 95 % des services ACP de CH risqueraient de devoir fermer !

Hors secteur libéral, les systèmes d'allocation de ressources se basent donc aujourd'hui sur une activité en P très largement surestimée. Si l'on veut avoir une approche à peu près exacte de l'activité il faut donc largement redresser ces chiffres.

- Les APE en secteur libéral ne sont pas équivalents à des ETP. Plus de 10 % des pathologistes libéraux APE n'exercent pas à temps plein augmentant d'autant l'activité des ETP en libéral. Nous avons par exemple signalé que le rapport considérait que 11 % des libéraux ont également un exercice hospitalier.

Pour la clarté de l'exposé, il aurait été souhaitable d'avoir dans le rapport DGOS :

- quelques tableaux et graphiques décrivant, en 2009, l'activité totale en P ;
- l'activité par secteur ;
- l'activité à l'intérieur de chaque secteur ;
- et celle par pathologiste ;
- ainsi que l'évolution du prix des actes ACP depuis vingt ans.

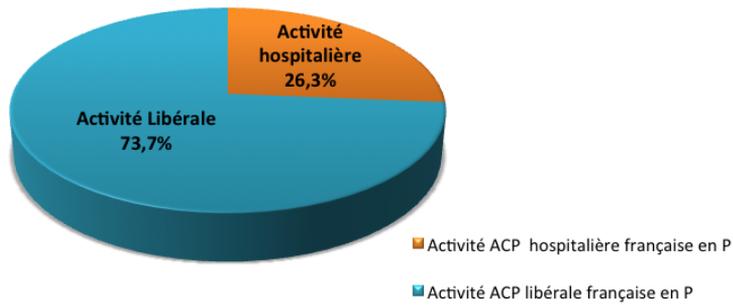
Il aurait aussi fallu redresser un certain nombre de données dans les tableaux du Rapport DGOS.

Nous présentons ici quelques graphiques reconstitués avec des données issues des statistiques SAE 2009 pour le secteur public et des

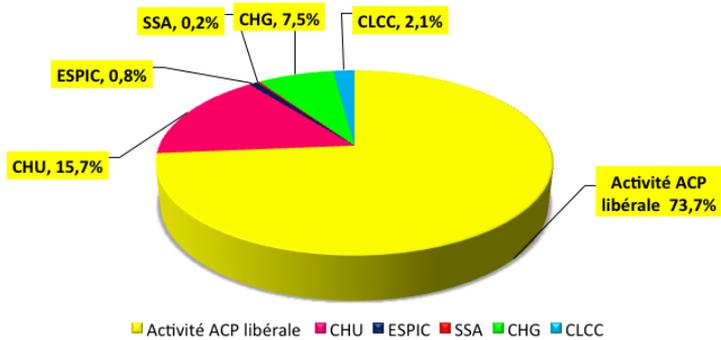
statistiques 2009 de l'Assurance Maladie, données "redressées" du mieux possible afin d'être fidèles à la réalité :

- l'activité totale en P,
- l'activité par secteur,
- l'activité à l'intérieur de chaque secteur.

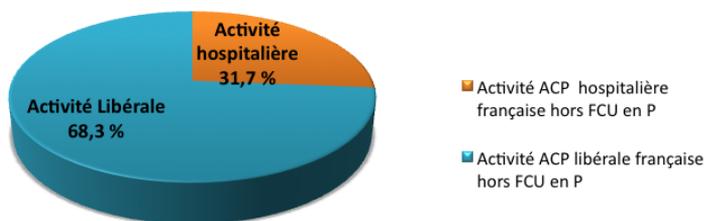
**Répartition de l'activité ACP française en 2009 (en P)  
données SAE et CNAM-TS**



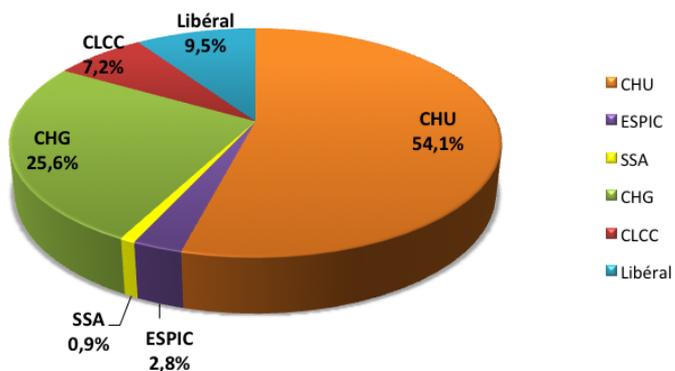
**Répartition de l'activité ACP en 2009 (en P)  
données SAE et CNAM-TS**

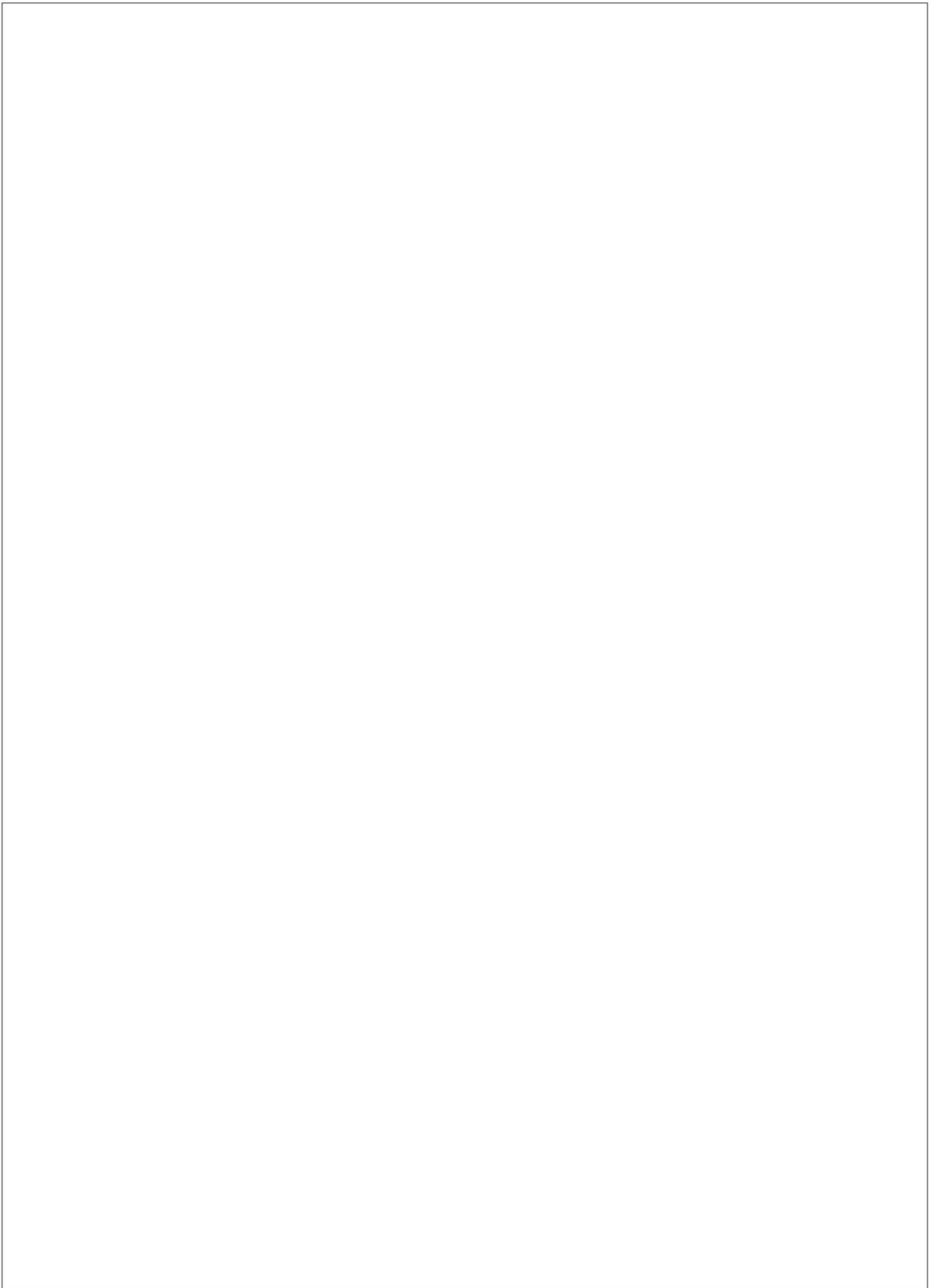


**Répartition de l'activité ACP française en P (hors FCU)  
en 2009**



**Répartition de l'activité hospitalière 2009 (en P)**





## ***Annexe IV***

# **L'organisation de l'offre de soins ACP**

---

### **4.1. Structures ACP : Public/Privé**

### **4.2. Organisation de l'ACP**

- 4.2.1. Structuration par l'INCa : un système hospitalo-centrique démotivant et déqualifiant
- 4.2.2. Recours diagnostique : experts et consultation de second avis
- 4.2.3. Archivage - Télépathologie

### **4.3. Données médicales ACP : ASIP et InVS**

### **4.4. Qualité et sécurité - Accréditation**

---

Concernant l'organisation de l'offre de soins, le rapport souligne les points importants :

- l'utilité d'avoir des seuils d'activité significatifs et qualifiants,
- les risques d'effets pervers de la "double lecture systématique" telle qu'imposée par l'INCa,
- les effets attendus de la consultation de second avis,
- l'utilité d'avoir de "vrais" experts,
- le consensus sur l'accréditation mais la question du financement de ses coûts spécifiques,
- les problèmes d'un droit qui doit être stabilisé.

- 
- ☞ L'ACP mérite une meilleure organisation que celle qui est actuellement proposée par la Tutelle.
  - ☞ L'ACP mérite une organisation qualifiante en lieu et place des organisations déqualifiantes qu'on lui impose.
  - ☞ L'ACP mérite un peu plus d'équité car l'équité est aussi incitative et structurante.
  - ☞ L'ACP a besoin de vrais experts et doit sortir du monde des privilèges et des réseaux d'amis : elle doit être reprofessionnalisée.
  - ☞ Pour mieux contribuer à l'intérêt général, les professionnels de l'ACP de tous statuts doivent participer en tant que partenaires aux actions de santé publique et non comme simples pourvoyeurs techniques et corvéables d'une bureaucratie hiérarchique et autoritaire.

#### 4.1. Structures ACP : Public/Privé

Va-t-on vers l'instauration d'un seuil d'activité : par pathologiste ?  
par structure ACP ? par nombre de cancers ?

Dans le cadre des préconisations concernant le chapitre : « Exercice-Organisation », le Rapport DGOS recommande (p. 76) :

« Une organisation cible » afin :

- « de garantir une discipline d'ACP "multi compétente" pour permettre une couverture de la plus grande partie de la pathologie et réduire le recours à la demande de second avis d'expert ;
- d'avoir un plateau technique, regroupant de toutes les techniques (les examens extemporanés pouvant être maintenus sur les sites de chirurgie) aux normes (selon les recommandations de la Direction générale du travail et de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, INRS), notamment au regard des risques chimiques et biologiques ;
- de permettre les coopérations sur la base d'un projet médical solide porté par les acteurs ;
- de garantir une équipe médicale d'au moins 4 praticiens ETP, ainsi que des ratios équitables d'activité avec un objectif de 4.000 examens par pathologiste temps plein (réalisant l'acte de la macroscopie à la validation du compte-rendu) hors FCU, l'objectif étant d'éviter les exercices isolés ; cette cible méritera d'être réajustée lorsqu'un descriptif détaillé de l'activité hospitalière grâce à la version 2 de la CCAM ACP existera, et à l'aune d'éventuelles coopérations entre professionnels.

- *d'avoir une capacité à investir dans les technologies à venir ;*
- *de maintenir une filière de soins pour s'assurer que tout plateau technique médico-chirurgical ait accès à l'ACP (continuité du diagnostic et maillage territorial suffisant) ;*
- *de ne pas oublier l'ACP dans les SROS car la spécialité peut-être impactée directement par les réflexions pour d'autres spécialités (cancérologie, périnatalité...). »*

Cette recommandation considère donc que **la structure ACP minimale, qu'elle soit publique ou libérale, doit être composée de 4 pathologistes interprétant au minimum 16.000 examens sans compter la cytologie du col utérin (FCU).**

**Ces chiffres nous semblent des seuils minimaux concernant l'activité et devraient être relevés.** Si en secteur libéral, c'est le nombre de pathologistes nécessaires qui peut poser problème étant donné le problème démographique actuel et la nécessité d'une productivité très importante pour financer la mise aux normes des cabinets, en secteur hospitalier, c'est le nombre d'examen qui semble en cause. Une évolution vers des regroupements beaucoup plus importants nous semble inéluctable et, à terme, en secteur libéral, une centaine de structures ACP semble un chiffre à atteindre (au lieu de 300 actuellement). Un tel regroupement devrait être également réalisé en secteur public.

En effet, si on applique un seuil minimum de 16.000 examens hors FCU par structure ACP, il faudrait près de 500 structures d'ACP en France, ce qui est l'inverse du but recherché.

Actuellement, les deux tiers de la cancérologie étant pris en charge en secteur libéral, celui-ci s'organise de plus en plus en cabinets d'importance régionale, ce qui permet de développer une véritable expertise en pathologie courante et en cancérologie. On peut estimer

déjà qu'en l'espace de trois années 10 % de ces structures ont déjà disparu du fait de regroupement ou de départ en retraite. En terme d'activité, les plus grosses structures sont libérales et même les structures libérales de petites taille (1 à 3 pathologistes) ont une forte activité.

Malheureusement, les plateaux techniques libéraux n'ont aucun accès ni aucun financements MIGAC ou INCa ou DGOS pour certaines techniques récentes telle que la pathologie moléculaire ce qui est source de déséquilibre sanitaire majeur entre les secteurs publics et privés.

Sur un plan organisationnel, il nous paraît très dangereux d'avoir pour notre discipline, une vision hiérarchisée et pyramidale telle que celle prônée par l'INCa. Tout pathologiste pouvant être confronté, à tout moment, à une tumeur rare ou de diagnostic difficile, il est souhaitable de former des pathologistes multi-compétents de haut niveau pour éviter l'erreur diagnostique dès le départ.

La solution semble se trouver dans une réorganisation de la profession avec des regroupements autour d'un large plateau technique, un seuil d'activité minimale et des formations validantes régulières (DPC) pour certains types de tumeurs.

## **4.2. Organisation de l'ACP**

### **4.2.1. Structuration par l'INCa : un système hospitalo-centrique démotivant et déqualifiant**

Depuis plusieurs années, l'INCa instrumentalise les problèmes de l'ACP au profit du secteur hospitalier. Comme on peut le constater dans le bilan 2011 de la mesure 20 du Plan Cancer 2009-2013 (Annexe 6-1 p. 101, mais cf. aussi le dernier bilan p. 109), aucun financement destiné à l'ACP n'a bénéficié au secteur libéral. La totalité des subventions avait pour seul destinataire le secteur ACP hospitalier alors que les 2/3 du diagnostic cancérologique sont réalisés en secteur libéral.

Les exposés et bilans présentés dans le rapport par l'INCa sur les tumorothèques, les plateformes de génétiques moléculaires, la double lecture systématique sont non contradictoires et n'ont subi aucun audit externe. Les coûts ont été largement sous évalués et le service médical rendu non étudié. On peut ainsi citer comme coûts additifs pour l'Assurance maladie les postes supplémentaires de PH et de techniciens, la nécessité d'exams extemporanés et de déplacement pour les prélèvements en tumorothèques, les facturations HN,... Dans le cas des tumorothèques, on passe également sous silence la perte de la moitié des échantillons non utilisables et le financement passé d'un certain nombre de tumorothèques inutiles alors que les blocothèques en paraffine gratuites de tous les cabinets d'ACP sont susceptibles de donner les mêmes résultats (exceptés parfois pour la recherche, ce qui n'est pas la finalité de la CNAM-TS).

Les moyens utilisés pour pénaliser le secteur ACP libéral sont multiples :

***Exclusivité des techniques moléculaires pour les CHU/CLCC***

Les tests moléculaires tels que le KRAS, l'EGFR ou le BRAF, réalisés en routine, sont réservés à 28 plateformes hospitalières ayant une activité souvent bien inférieure à des centres libéraux de moyenne importance. En 2011, l'INCa a bloqué, sans raison, la constitution d'une plateforme libérale regroupant 15 structures avec 115 pathologistes et réalisant plus de 20 % de l'ACP française, exemple même d'une tentative de restructuration de l'ACP prônée dans le rapport DGOS...

***Double lecture obligatoire par le CHU/CLCC dont les indications se multiplient.***

Le retrait de signature pour les pathologistes libéraux, indépendamment de leur compétence, ne peut que déboucher sur une démotivation et une perte de compétence. Un pathologiste démotivé et déresponsabilisé, ne peut que régresser.

Si l'intérêt de la double lecture sur le diagnostic immédiat est, à juste titre, mis en avant, aucune interrogation sur les conséquences à

moyen et long terme de son caractère obligatoire sur la qualité future de l'ACP française n'est soulevée alors que les effets négatifs semblent évidents.

Cette perte de compétence programmée risque, soit d'augmenter le taux des faux-négatifs (le faux-négatif n'est d'ailleurs aucunement résolu par le principe de double lecture systématique), soit obliger le pathologiste à se défaire systématiquement sur un « expert ». Quel sera, demain, pour les patients, les conséquences de cette déresponsabilisation et déqualification progressives des pathologistes ?

Par ailleurs les moyens techniques (tests moléculaires) et financiers (MIGAC, AHN, Cotation en B, financement INCa/DGOS) offerts aux réseaux de double lecture créent des inégalités majeures entre les pathologistes, sans aucune justification. Deux radiologues (l'ACP est de l'imagerie) sont-ils à égalité quand l'acte de l'un est facturé le triple de celui de l'autre et quand le premier doit se suffire d'une radio avec TDM, le second bénéficiant d'une IRM et d'un Petscan, des autorisations nécessaires et de fortes subventions ? Dans un tel cas, a-t-on le droit de publier des taux de « discordances » ou « d'erreurs » entre radiologues ?

Exiger pour un pathologiste des critères de compétence précis et accessibles à tous par le travail est légitime, retirer la signature à la quasi-totalité des pathologistes et la réserver de façon arbitraire à une infime minorité d'hospitaliers est inacceptable. Pourquoi ne pas contrôler, en priorité, ceux qui portent le moins de diagnostics/an selon le même principe que celui imposant des seuils d'activité en chirurgie ?

**Concernant cette « double lecture systématique », l'avis du rapport est clair.**

*« Le risque de la double lecture systématique est la déresponsabilisation et la perte de compétence des pathologistes... La "rareté" d'une pathologie n'est pas toujours synonyme de complexité du diagnostic et, à l'inverse, des pathologies plus "fréquentes" peuvent impliquer une*

*grande difficulté de diagnostic. De plus, les pathologistes considèrent que la double lecture telle que proposée ne résout pas le problème des faux-négatifs, et qu'elle risque d'induire des effets pervers : déresponsabilisation, démotivation, déqualification du médecin pathologiste. » (p. 58-59)*

Pourtant, les indications de « double lecture » pour tumeurs rares se multiplient : nous en sommes à 23 pathologies différentes sur le site de l'INCa. En effet, pourquoi décréter que seuls quatre types tumoraux auraient droit à une double lecture alors que 95 % de la pathologie tumorale en est privée ? Les réseaux comme les « experts » fleurissent ainsi se réservant tous les droits sur certaines pathologies. Les experts sont dans certains cas choisis non en fonction de leur compétence mais d'une simple répartition géographique. Demain, avec le démembrement moléculaire des classifications, toute tumeur sera une tumeur unique, donc rare, nécessitant une double lecture.

Quelle perspective et quel projet d'avenir offre-t-on aux futurs pathologistes après 14 années de formation : celui d'histotechnicien supérieur-postier ? La formation universitaire, l'internat, l'assistantat vont-ils être, demain, remplacés par une validation des compétences par ces réseaux d'expertise auto-proclamés. Va-t-on vers 2 catégories de pathologistes : le pathologiste libéral histo-technicien-postier et le pathologiste hospitalier par nature « expert » ? A quel prix pour la collectivité et dans quels délais pour les patients ? Avec quelle évaluation "qualité" et quels contrôles ?

#### **4.2.2. Recours diagnostique : experts et consultation de second avis**

En parallèle de la double lecture, nous évoquerons le problème de la consultation de second avis ainsi que la notion d'« expert ». Le rapport recommande, en effet,

*d'« Identifier un nombre restreint de pathologistes référents permettant le recours diagnostique ACP » (p. 177)*

L'adjectif « *restreint* » nous paraît essentiel.

Effectivement, l'hyperspécialisation est indispensable mais doit être limitée à un nombre restreint de cas et de pathologistes sinon nous aboutirons à une perte de la « transversalité » avec une spécialité cloisonnée, voire, demain, à une ACP rattachée à un service clinique. Une démarche médicale trop fragmentée nie le rôle intégrateur du pathologiste et est préjudiciable aux patients. Accessoirement, elle créera une pénurie artificielle de pathologistes par baisse de l'activité des pathologistes dans leur mission première : le diagnostic ACP.

Aujourd'hui, devenir « expert » semble être l'ambition de tous ; seul le statut hospitalier y donnerait droit, ceci quelle que soit l'activité du service : 300 experts se proposant pour la consultation de second avis, 160 experts participant aux quatre réseaux officiels de tumeurs rares, experts s'auto-désignant en créant de nouveaux réseaux de tumeurs rares, experts cooptés par les réseaux cliniques, experts désignés par les sociétés pharmaceutiques,... Existe-t-il encore un seul hospitalier qui ne revendique pas le titre d'« expert » ? Où trouvera-t-on demain le pathologiste multi-compétent, sectorisé, indispensable pour assumer la mission diagnostique de l'ACP. C'est lui qui doit être particulièrement valorisé aujourd'hui ! Une enquête réalisée par le SMPF en 2009 réservait le titre d'experts nationaux à un nombre extrêmement limité de pathologistes c'est-à-dire de quelques unités à une dizaine en fonction de la pathologie.

L'expertise n'est pas et ne doit pas être un privilège. L'expertise est une charge découlant d'une compétence reconnue et éprouvée.

Les demandes de « second avis » sont d'abord destinées à avoir un avis externe à une structure pour confirmer un diagnostic auprès d'un confrère qui a souvent la même compétence. Elles ne nécessitent pas une expertise poussée ni le titre d'expert pour ce confrère. En France, tout professionnel de santé, public ou privé, a la possibilité de faire appel à un confrère pour avoir un avis spécialisé ou simplement un autre avis lorsqu'il rencontre un problème diagnostique ou de choix thérapeutique. La seule exception est celle de l'ACP. Cette anomalie doit être corrigée.

### 4.2.3. Archivage - Télépathologie

Nous n'avons pas de remarques à faire sur l'archivage. Ce sujet est consensuel à l'exception du financement qui n'est jamais soulevé pour le secteur libéral.

Nous n'évoquerons pas le sujet de la lame numérique et de la télépathologie qui ne nous semble pas une urgence actuellement et dont le service médical rendu nous semble limité. Il nous semble plus urgent d'ouvrir l'accès et pérenniser les techniques moléculaires dans les structures ACP publiques et privées.

### 4.3. Données médicales ACP : ASIP et InVS<sup>(5)</sup>

Le SMPF considère que la transmission des données médicales ACP est un enjeu majeur pour la spécialité.

En effet, la réussite du « *Dossier Communicant en Cancérologie* » (DCC) et du « *Système d'observation des cancers* » à visée épidémiologique dépend directement de la participation des pathologistes qui concentrent l'ensemble des données cancérologiques de la France.

L'architecture du DCC, telle que l'Agence Sanitaire d'Information Partagée (ASIP) et l'Institut National du Cancer (INCa) l'ont définie<sup>(6)</sup>, sera basée sur le compte rendu d'anatomie et cytologie pathologiques (CR-ACP) du patient et sur sa transmission informatique par le pathologiste. Ce compte-rendu, élément structurant du DCC, est décliné pour toutes les localisations tumorales et contient les éléments indispensables à la prise en charge du patient. Il sera « structuré » afin de faciliter son intégration dans le dossier et de permettre l'exploitation par l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS) des données cancérologiques à des fins épidémiologiques.

<sup>(5)</sup> Une donnée médicale ACP est codée, formatée, transmissible, introduite dans le compte rendu par le biais des zones de saisie, selon les référentiels d'interopérabilité.

<sup>(6)</sup> Dossier communicant de cancérologie (DCC) et dossier médical personnel (DMP) - ASIP-INCa

Ce CR-ACP informatisé et structuré n'aurait pu voir le jour sans le travail d'anticipation effectué depuis des années par les médecins pathologistes dans un objectif de qualité et de santé publique : informatisation généralisée des cabinets libéraux et des services hospitaliers, codification ADICAP des lésions, Centre de Regroupement Informatique et Statistique en Anatomie et Cytologie Pathologiques (CRISAP), items ACP opposables pour les comptes rendus...

La transmission des données ACP a donc 2 finalités et des conséquences directes dans la pratique professionnelle :

1. dans le parcours de soins : étant absente de la nomenclature ACP, cette transmission doit être encadrée et prendre en compte les modifications de pratique des pathologistes (responsabilité, charge de travail liée au codage, aux contrôles de qualité, aux envois sécurisés et coût technique informatique) ;
2. dans un cadre épidémiologique et de recherche : cette possibilité, consécutive du codage décrit en 1, doit s'accompagner d'une prise en compte de la technique et du temps lié aux extractions spécifiques. Elle doit également en définir les responsabilités et respecter la propriété des données par l'ACP.

La participation de la spécialité aux réunions de travail de l'ASIP, de l'INCa et de l'InVS ainsi qu'aux registres régionaux des tumeurs ou aux structures de dépistage témoigne de son sens des responsabilités mais a toujours été liée, pour elle, à la reconnaissance du rôle des pathologistes aux actions de santé publique. Pour autant, aucune des agences sanitaires impliquées dans ce dossier ne donne aux médecins pathologistes la moindre visibilité :

- sur la place qu'ils occuperont dans la co-gestion du système,
- sur la prise en compte de la surcharge de travail et des responsabilités générées (codage des actes, contrôles...).

La réussite du DCC et l'exhaustivité des études épidémiologiques ne pourront jamais être obtenues par le seul jeu de lois ou de décrets qui risquerait, à nouveau, de provoquer des blocages mais uniquement par la reconnaissance conjointe du travail des pathologistes dans un

cadre contractuel. Malheureusement, jusqu'ici, l'ASIP comme l'InVS ont préféré passer en force et faire coûteux, long, partiel, conflictuel, sans les pathologistes plutôt qu'économique, exhaustif, consensuel et économique, avec les pathologistes.

### **CCAM-ACP et transmissions de données ACP**

Nous rappellerons que la transmission de données ACP par le pathologiste n'est pas incluse dans la classification commune des actes médicaux (CCAM)-ACP. Celle-ci est destinée à coder (code CNAM-TS et non Adicap) les gestes pratiqués par les médecins, gestes techniques dans un premier temps puis, par la suite, les actes intellectuels cliniques. Cette classification sert à la facture des actes techniques réalisés lors des consultations et à la caractérisation des séjours hospitaliers. Elle est opérationnelle en ACP depuis 2010.

Selon l'Assurance Maladie « *La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) est la liste des actes médicaux techniques, codée, commune aux secteurs privé et public, qui permet la description de l'activité médicale. La liste établie par la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est la liste des actes de la CCAM pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie* ».

Selon la CCAM : « *L'examen anatomopathologique ou histopathologique de matériel d'exérèse inclut l'examen macroscopique avec ou sans photographie, l'échantillonnage, la fixation, l'inclusion, la préparation microscopique avec une coloration standard à base d'hémalum ou d'hématoxyline et d'éosine ou de phloxine avec ou sans safran, avec ou sans photographie, l'interprétation, les éventuels réexamens aux divers stades de réalisation, le compte rendu et le codage de la lésion.* »

Ainsi, la standardisation ou la structuration des comptes rendus ACP sous forme de données médicales transmissibles, la codification ADICAP, la transmission informatique des CR-ACP vers le DMP comme vers les structures épidémiologiques ne sont pas prises en charge dans le cadre de la CCAM par l'Assurance Maladie. Celle-ci

ne prend en compte que les examens macroscopiques, microscopiques, le CR textuel pour le prescripteur et le codage CCAM.

Le code de déontologie médicale évoquant les « devoirs généraux » des médecins n'impose aucunement le bénévolat au médecin pathologiste...

**En conclusion**, toute participation à des actes de santé publique devra faire l'objet d'un financement indépendant. Le SMPF considère que la production de données, le contrôle de qualité, la mise à disposition, représentent une charge de travail, un coût et une responsabilité supplémentaires. Il s'agit donc d'un nouvel acte qui ne peut être envisagé sans garanties et contreparties financières réalistes et pérennes. Le SMPF demande pour la transmission de données ACP un contrat d'objectif et de moyens avec l'ASIP et l'InVS.

La seule concession faite par l'ASIP dans le rapport DGOS reste au stade des bonnes intentions et dépendra d'études futures. Il est ainsi écrit :

*« Il convient donc de :*

- *S'assurer de la capacité des éditeurs de SIS à développer des solutions productrices de données ACP conformes au référentiel et aux exigences d'automatisation et d'ergonomie formalisées lors de la phase d'élaboration de ce référentiel.*
- *Objectiver les impacts du référentiel sur la pratique des pathologistes : répercussions positives et négatives sur la charge de travail, sur la qualité de l'information ACP produite et transmise, sur la consolidation des connaissances qui en découle, sur les responsabilités induites.*
- *Objectiver les impacts financiers de la mise en œuvre du référentiel et des mises à jour. »* (p. 96-97)

#### **4.4. Qualité et sécurité - Accréditation**

Ce chapitre est relativement consensuel. Nous rappellerons quelques points clés.

##### ***La législation sur le formol***

Quatre ans après le classement CMR1 du formol et malgré les réunions DGOS-CNPath, le problème de ce fixateur est loin d'être résolu. Aucune solution n'a été apportée à la profession.

Trois lettres recommandées ont été adressées au Ministère de la Santé et à la DGOS sans réponse à ce jour.

Nous demandons la mise en perspective des différents décrets et circulaires liés à la gestion des risques dans nos laboratoires (chimiques, biologiques) contraignants dans le cadre de la sécurité de nos salariés et de l'utilisation de produits tel le formol classé CMR1 en France mais dont l'utilisation est recommandée pour la fixation des prélèvements à l'international.

Il en va de même avec la gestion des pièces à l'état frais (non fixées) et du risque bactériologique (gestion du risque prion).

Les règles engendrées par ces décrets sont pour la plupart incompatibles avec le fonctionnement « classique » de nos services d'anatomie pathologique. Plus de 4 ans après la parution des décrets, les règles de base, comme celles relatives à la ventilation, ne sont toujours pas définies. Il est donc actuellement impossible d'assurer, même en dehors du problème du coût, la construction d'un laboratoire pérenne pouvant prendre en compte l'ensemble des règles imposées.

Elles dépendent, dans la pratique, de tel ou tel avis personnel, de celui de l'inspecteur du travail local ou du médecin du travail sans que ceux-ci aient une réelle connaissance juridique du dossier et de ses implications pour les patients et pour le pathologiste employeur.

### ***L'accréditation***

La nouvelle loi sur la biologie de janvier 2010 impose une accréditation pour les laboratoires de biologie d'ici 2016 (avec début de la démarche fin 2012), l'accréditation ne concernant l'ACP que pour « *les techniques relevant de la biologie médicale* », mais sans les définir.

On se trouve donc face à une loi théoriquement applicable, mais dont l'interprétation pour l'ACP est ambiguë en l'absence de décrets précisant certains points, par exemple l'accréditation. Par ailleurs le COFRAC (organisme d'accréditation) a déjà fait savoir qu'il était matériellement dans l'impossibilité d'accréditer tous les laboratoires de biologie qui le souhaiteraient dans les délais imposés.

Dans cette situation, cette loi est aujourd'hui seulement applicable aux pathologistes volontaires. Cependant, demain, le risque de structures à deux vitesses (accrédité/non accrédité) existe d'autant plus que l'accréditation des laboratoires de biologie sur une portée telle que le test HPV pourrait représenter une menace en cas d'appel d'offre intégrant biologie et cytologie.

Si les modalités d'accréditation semblent excessives et doivent être maîtrisées par la profession, l'accréditation pour l'ACP est-elle pour autant enterrée ? Bien sûr que non. En effet le rapport de la DGOS sur l'ACP paru le 8 mai 2012 recommande l'accréditation sous la norme 15189 pour les cabinets d'ACP sous réserve de moyens financiers nécessaires. Par ailleurs des cabinets d'ACP (3 officiellement à ce jour) se sont portés volontaires auprès du COFRAC pour être accrédités. La norme 15189 retenue pour les biologistes nécessite une interprétation spécifique pour l'ACP. Elle fait l'objet de la rédaction d'un guide technique d'accréditation (GTA) en cours d'élaboration actuellement au COFRAC et qui devrait être terminé à la fin de l'année.

Rappelons enfin que l'application homogène d'un droit clairement compris et interprété est un préalable à l'accréditation. Or, en ACP, nous l'avons vu, le droit souffre d'imprécisions et en conséquence son application est variable. A titre d'illustration, rappelons l'exemple des

gros problèmes de droit et de responsabilité posés par le formaldéhyde.

Cette accréditation découle donc de la loi sur la biologie, discipline avec laquelle l'ACP est souvent confondue. Elle permettra certainement d'améliorer le management global des structures ACP mais n'évitera pas les erreurs d'interprétation. En effet, même si la structure d'ACP se doit de fournir la preuve de sa bonne organisation et de sa compétence à produire une prestation de qualité, la qualité même du diagnostic échappe au champ d'application de l'accréditation. Ce dernier point peut constituer le reproche que l'on peut faire à l'accréditation qui ne garantit donc en rien l'exactitude des diagnostics en ACP.

Enfin, comme le souligne le rapport, le problème du financement de ces travaux supplémentaires, nécessaires mais coûteux, reste entier. Dans le contexte actuel ce problème se pose avec une acuité toute particulière en secteur libéral.

## ***Annexe V***

### **Le financement de l'ACP**

---

#### **5.1. Evolution de la lettre clé P et nomenclature ACP**

- Rapport DGOS
- En réalité, selon le SMPF
- Comparaison entre les nomenclatures  
NABM (laboratoires) et CCAM (cabinets de spécialité)
- Comparaison avec les nomenclatures étrangères
- Comparaison avec les autres spécialités

#### **5.2. Financement**

- 5.2.1. Secteur hospitalier
  - 5.2.2. Secteur libéral
  - 5.3.3. Evolution prévisible de l'activité de l'ACP
-

Quelle que soit leur origine toutes les évaluations concordent pour constater :

- les très fortes inégalités de financement selon les secteurs d'activité, susceptibles d'entraîner une inégalité d'accès au diagnostic ACP, donc aux soins, avec :
  - une lente et forte baisse de la rémunération de l'ACP libérale sur 30 ans ;
  - une multitude des compensations organisées ou tolérées par les Tutelles pour maintenir et accroître le financement de l'ACP hospitalière publique ;
- le fait que les actes d'ACP ne sont pas automatisables et qu'avec une complexité croissante, les gisements de productivité sont très faibles, hors l'intensification du travail déjà évoquée et parfois déraisonnable ;
- l'opacité et le désordre qui règnent, fruits sans doute du manque d'attention portée sur un secteur peu coûteux et à effectifs faibles.

---

☞ La logique, une saine utilisation des deniers publics, comme l'impact très important du diagnostic d'ACP sur le coût de la prise en charge de malades lourds justifie une mise à plat de tout le système d'allocation de ressources à l'ACP. Elle doit être rapide, documentée et engager tous les acteurs.

☞ Cette mise à plat doit déboucher sur un système d'allocation de ressources cohérent avec les objectifs de santé publique et les contraintes propres à une activité que tout le monde reconnaît comme "décisive" pour la santé des patients comme pour le coût de leur prise en charge.

Le rapport DGOS évoque :

*« Le déséquilibre croissant en termes de moyens humains, techniques et financiers entre secteur public et secteur privé... »* (p. 176)

L'ACP a vécu :

- **de 2004 à 2012 : huit années de retard pour la CCAM-ACP-V2 (la CCAM-V1 étant une simple transcription de la NGAP)**
- **de 1982 à 2012 : trente années de baisse continue de la lettre clé P et des actes d'ACP**

Pourtant, le poids financier de l'ACP reste très faible : 5,7 % du budget de la biologie et 9 % de celui de la radiologie en secteur libéral, pour un service médical rendu et un rapport coût/bénéfice uniques puisque le diagnostic du pathologiste a valeur médico-légale, déclenche le traitement et décide de son coût (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hémathologie, thérapies ciblées...).

### **5.1. Evolution de la lettre clé P et nomenclature ACP**

Nous passerons sous silence l'historique des nomenclatures ACP (NGAP, NABM, CCAM-V1, CCAM-V2) ainsi que le côté technique de la CCAM sauf pour noter que le rapport reconnaît le retard considérable de la CCAM-ACP par rapport à celle des autres spécialités.

L'Assurance Maladie a été contrainte de reconnaître, dans le rapport DGOS, l'importante baisse des actes en euros constants et la complexité croissante de ceux-ci. Cependant, pour limiter cette baisse, une des astuces a été de ne prendre comme période de référence que de 1985 à 2010 (soit 25 années) et non de 1982 à 2012 (soit trente ans). Une autre manipulation est de prétendre que l'IHC a augmenté de 334 % depuis 1985.

Deux graphiques imposés par le syndicat ont cependant permis de corriger partiellement cette affirmation. Nous les reprendrons en an-

nexes mais en les étendant à la période 1982-2011, soit sur une période de 30 ans.

Enfin, l'Assurance Maladie a refusé d'insérer dans le rapport, d'une part toute comparaison avec les cotations d'autres pays européens, d'autre part, la comparaison entre les cotations des actes d'ACP en biologie versus cabinet de spécialité. Nous comblerons donc ces lacunes.

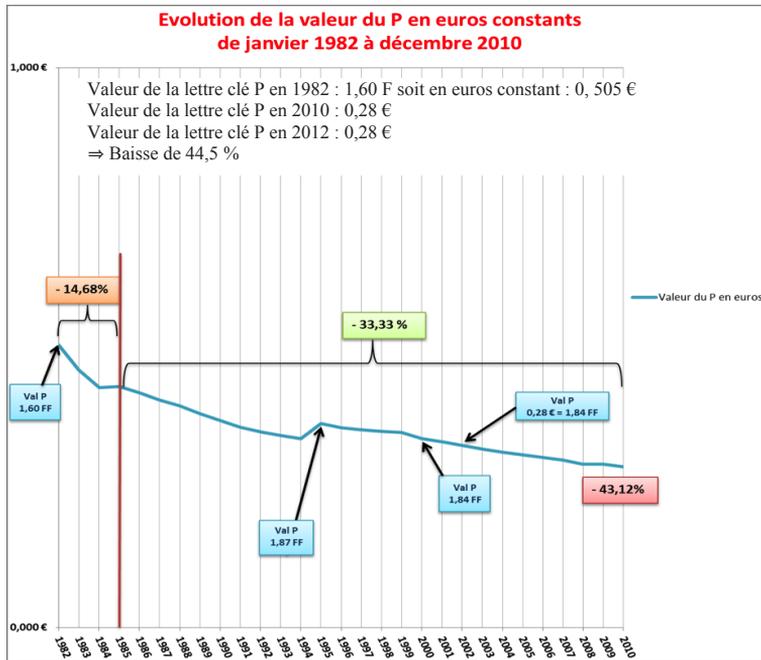
### **Rapport DGOS**

*« Au total, le tarif de la lettre clé P a baissé de 33 % en euros constants entre 1985 et 2010, ...*

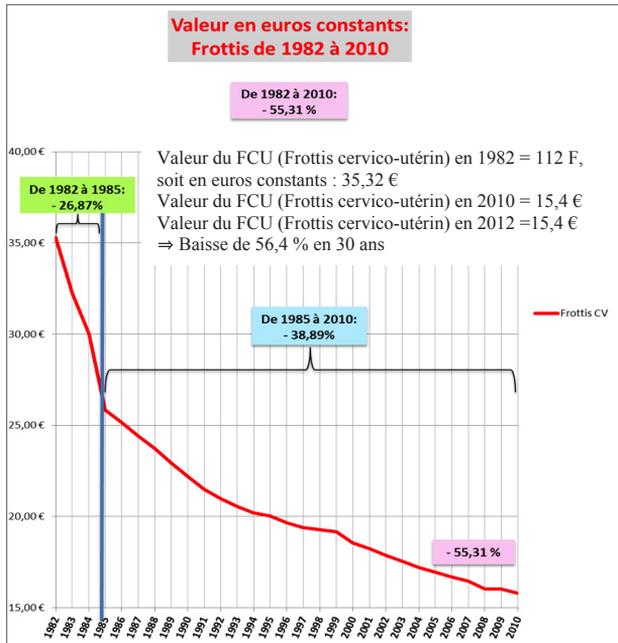
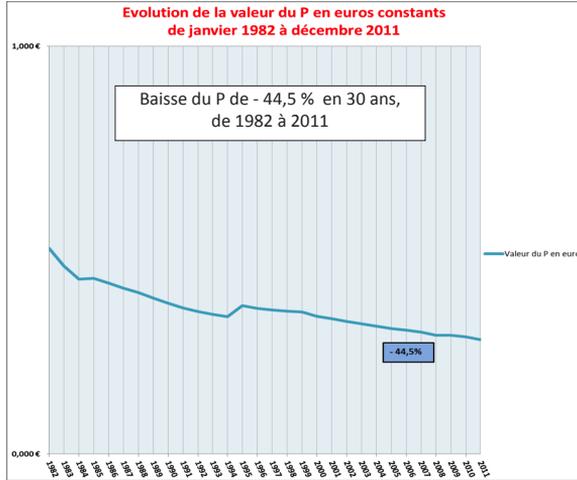
*Les tarifs de remboursement des examens ACP de biopsies et de pièces opératoires simples ont subi la même baisse en euros constants (35 %). Compte tenu de l'introduction des deux majorations, les tarifs des actes ACP de pièces opératoires avec tumeur ont subi une érosion de 19 % et ceux avec tumeur maligne de 4 %. En 1989, les actes d'examens immunohistochimiques ont été revalorisés très sensiblement (+ 492 %) d'où une évolution de + 334 % en euros constants entre 1985 et 2010. La cotation de ces actes étant maintenue à P 200 depuis 1989, une évaluation du coût de la pratique spécifique de ces examens permettrait d'analyser l'impact économique des évolutions techniques. Quant à l'examen de frottis cervico-utérins (FCU), son tarif a baissé de 39 % en euros constants sur la même période. » (p. 142-143)*

En réalité, selon le SMPF, la baisse des actes est plus marquée<sup>(7)</sup> :

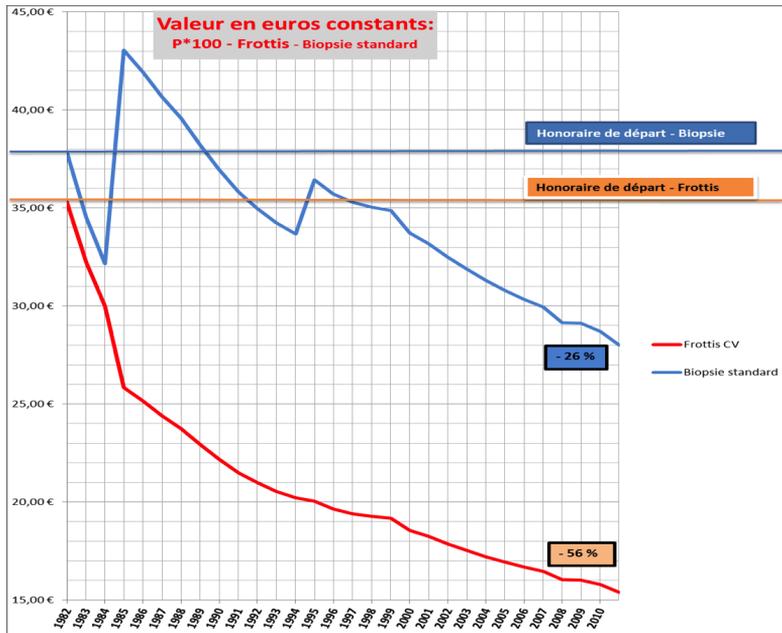
Baisse du P et des actes ACP sur 25 ans et 30 ans			
Période	Lettre clé P	Biopsies et pièces opératoires simples	Frottis cervico-utérin
Sur 25 ans 1985-2000	- 33 % (CNAMTS) - 35 % (SMPF)	- 35 % (CNAMTS)S	- 39 % (CNAMTS)
Sur 30 ans 1982-2011	- 44,5 % (syndicat)	- 26,1 % (syndicat)	- 56,4 % (syndicat)
	Baisse moyenne du prix des actes ACP en € constants > - 40 % malgré une complexité croissante d'actes non automatisables		



<sup>(7)</sup> Tous les calculs "euros constants" sont faits à partir de la série "Pouvoir d'achat de l'euro en France" publié par l'INSEE



Analyse de la section libérale du SMPF : A. V - Financement



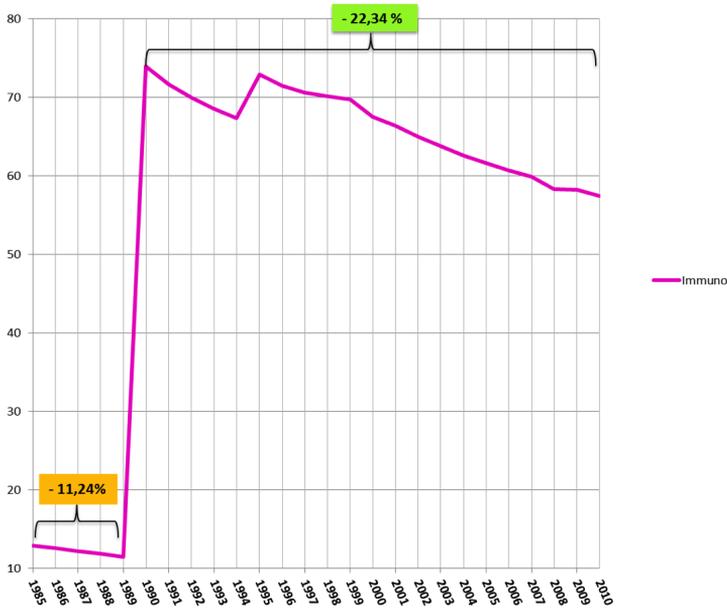
Valeur de la biopsie en 1982 : 120 F, soit en euros constants : 37,84 €  
 Valeur de la biopsie en 1985 : 170 F, soit en euros constants : 43,05 €  
 Valeur de la biopsie en 2010 : 28 €  
 Valeur de la biopsie en 2012 : 28 €  
 ⇒ Baisse de 26 % entre 1982 et 2012  
 ⇒ Baisse de 35 % entre 1985 et 2012 (car augmentation de la biopsie début 1985)

La CNAM-TS rappelle dans le rapport que

« En lien avec la mise en œuvre du premier Plan Cancer, les avenants n° 5 et n° 23 à la convention nationale des médecins ont accordé en 2005 et 2007 des revalorisations d'honoraires sous la forme de majorations provisoires (P 50 et P 100) pour des actes de diagnostic histopathologique portant sur des lésions tumorales. Ces suppléments ont induit une augmentation d'honoraires d'environ 3 %. » (p. 141)

mais elle omet de préciser qu'en 2000, la lettre clé P avait baissé de 4 centimes, de 1,87 F à 1,83 F, entraînant une baisse des actes de 2,2 %.

**Immunohistochimie**  
**en euros constants d'avril 1985 à décembre 2010**



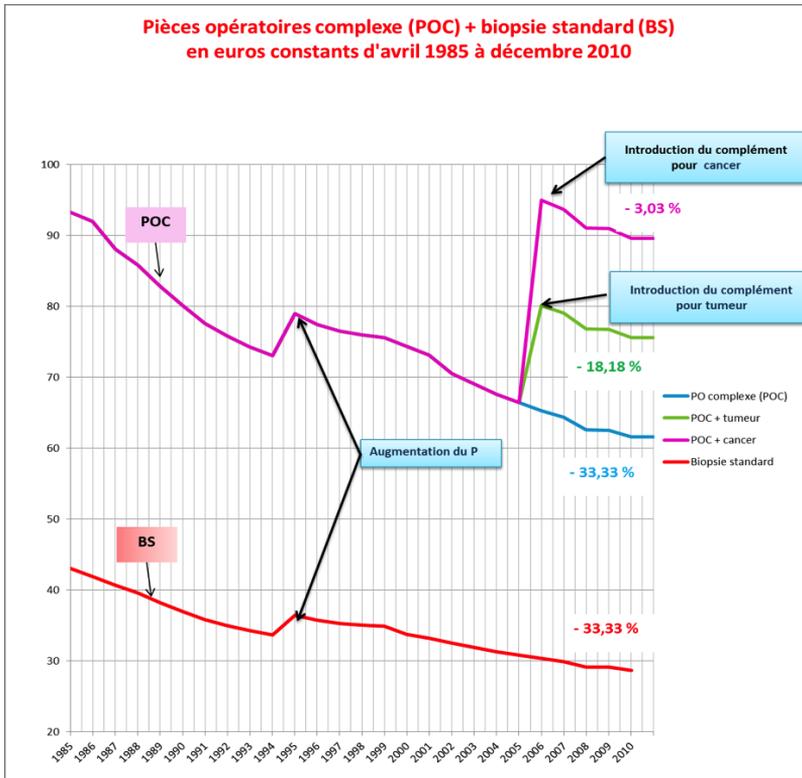
L'introduction de l'immunohistochimie (IHC) s'est faite mi-1985 sous forme d'un simple supplément B30 qu'on ajoutait à la cotation d'une pièce opératoire ou d'une biopsie. Elle est devenue un acte à part entière en 1989 avec une cotation P200. Depuis, malgré la multiplication des anticorps nécessaires au diagnostic et au pronostic, la cotation n'a pas bougé ce qui représente entre 1989 et 2010 une baisse de - 22,34 %. L'examen IHC n'étant inscrit à la nomenclature, au 1er janvier 1985, on pourrait dire que l'augmentation est non pas de + 334 % en euros constants comme le prétend la CNAM-TS mais

infinie, puisqu'au 1er janvier 1985, l'acte n'existait pas. Le raisonnement pourrait être identique pour l'HPV et l'HIS qui ont été coté en 2009.

Les actes ACP sont décrits par des libellés extrêmement larges, englobant dans un seul acte la prise en charge d'une ou multiples pièces opératoires nécessitant de nombreux items de réponse (type tumoral, sous-type, grade, index mitotique, emboles, stade, limites d'exérèse,...). Ces items se sont multipliés au cours des temps sans modification des cotations. Le diagnostic est ainsi global et le seul acte complémentaire est l'IHC.

A titre de comparaison, on pourrait demander au biologiste de réaliser, dans un acte global, un bilan d'HTA ou de diabète pour un seul forfait incluant toutes les analyses utiles au diagnostic. De même en radiologie, pour un bilan de cancer prostatique ou mammaire, on pourrait comptabiliser un seul forfait contenant pour le premier : échographie, scanner, IRM pour les marges et pour le second : mammographie, échographie, IRM..., ces examens ne pouvant s'additionner.

Cela ne serait pas choquant, à condition que la nomenclature tienne compte de l'évolution des composants du forfait. Dans le cas contraire, il y a déconnexion complète entre le coût de ces composants et le tarif d'origine.



**Comparaison entre les nomenclatures NABM (laboratoires) et CCAM (cabinets de spécialité)**

Rapport DGOS :

*« Il persiste aujourd'hui encore deux nomenclatures. Pour les cabinets de ville et établissements, les actes d'ACP sont désormais inscrits et doivent être codés en CCAM. Pour les actes d'ACP réalisés en laboratoires de biologie médicale, la nomenclature en vigueur demeure*

*la NABM. Les actes sont facturables avec la lettre-clé B et selon les codes, libellés et coefficients définis par la NGAP.*

*En NABM, ... depuis 2009, le laboratoire qui prend en charge le patient a la possibilité d'associer, une fois par jour et par patient, au tarif du ou des actes (quel que soit le type, ACP ou non, et le nombre d'actes), un forfait "pré-analytique" prévu dans les dispositions générales de la NABM. Les actes d'ACP sont réalisés globalement à 90 % par les cabinets de ville et les établissements, et les 10 % d'actes réalisés en laboratoires sont essentiellement des examens de frottis cervico-utérins majoritairement concentrés au sein de quelques laboratoires de biologie ayant une envergure nationale. Au fil de la revalorisation du forfait "pré-analytique", la discordance de tarification s'accroît pour les actes d'ACP... (p. 136)*

*Deux nomenclatures d'actes (CCAM et NABM) pris en charge continuent de coexister selon la nature d'exercice. Les principes régissant ces deux nomenclatures sont différents et les médecins ACP pratiquant ces actes relèvent de conventions différentes » (p.137)*

Voilà la seule allusion à une scandaleuse inégalité qui persiste depuis plus de trois ans dont seule l'Assurance Maladie est responsable. En effet, un pathologiste exerçant dans une structure de biologie (soit mixte, soit limitée aux actes d'ACP) bénéficie de deux cotations supplémentaires par patient (et non par acte) :

- un forfait de prise en charge pré-analytique des patients :  
B13 = 3,51 €.
- un supplément pour actes effectués sur les patients hospitalisés en établissements de soins privés :  
B7 = 1,89€.

En pratique en biologie :

- Un frottis peut être facturé 18,36 € au lieu de 15,40 €, soit une augmentation de 19,2 %
- Une biopsie réalisée en clinique, 32,4 € au lieu de 28 €, soit une augmentation de 15,7 %
- Un test HPV, 41,31 € au lieu de 37,80 €, soit une augmentation de 9,28 %.

Une fois de plus, comment peut-on expliquer qu'un même acte, technique de façon identique et interprété par un même spécialiste puisse avoir une tarification différente ? Est-ce le fruit d'une inconséquence. Est-ce une volonté d'incitation à la restructuration de l'ACP dans la biologie ? Si c'est cela, où est la logique de cette confusion perverse ? Est-ce simplement le désordre résultant d'initiatives prises au coup par coup, sous influence, et sans stratégie ni compréhension de ce qui fait un métier utile ?

### Comparaison tarification ACP spécialité-ACP biologie

FROTTIS CERVICO-UTERIN			
	ACP exerçant en cabinet médical	ACP exerçant en laboratoire	Différence labo / cabinet
Nomenclature	CCAM / NGAP =P55 P = 0,28 € soit 15,40 €	NABM =B 55 B = 0,27 € soit 14,85 €	
Forfait enregistrement	0	B 13 soit 3,51 €	
Prix de l'acte	P 55 soit <b>15,40 €</b>	B 55 + B 13 soit <b>18,36 €</b>	<b>+ 19,2%</b>

BIOPSIE			
	ACP exerçant en cabinet médical	ACP exerçant en laboratoire	Différence labo / cabinet
Nomenclature	CCAM / NGAP =P100 P = 0,28 € soit 28 €	NABM = B 100 B = 0,27 € soit 27 €	
Forfait enregistrement	0	B 13 soit 3,51 €	
Forfait examen réalisé en établissement de soin	0	B 7 soit 1,89 €	
Prix de l'acte	P 100 soit <b>28 €</b>	B 100 + B 12 + B7 soit <b>32,4 €</b>	<b>+ 15,7%</b>

### Comparaison avec les nomenclatures étrangères

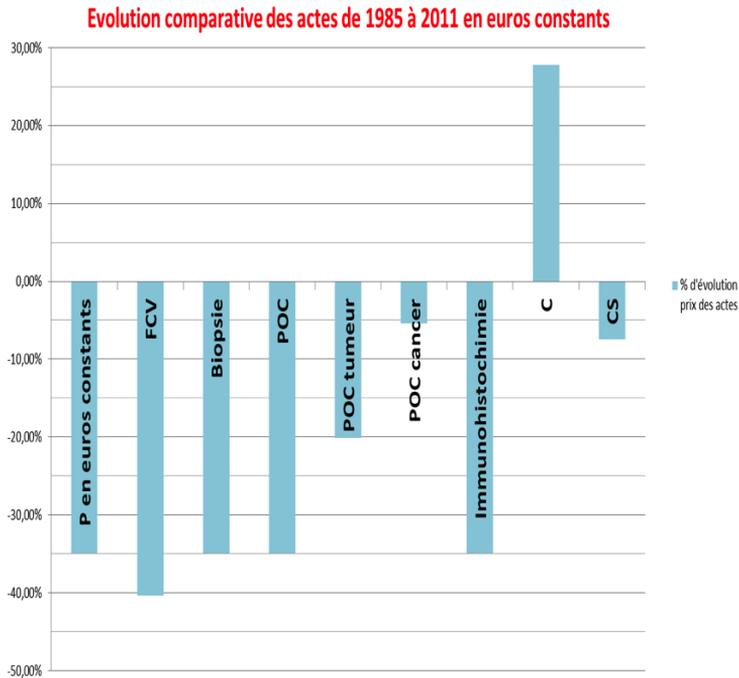
L'Assurance Maladie a refusé fort opportunément d'insérer la moindre comparaison avec les tarifications étrangères. La plupart d'entre elles reposent sur des principes similaires à celle de la CCAM. Certaines (Allemagne, Suisse) sont plus liées à un tarif « au bloc » et se rapprochent donc plus du référentiel HN (hors nomenclature). En terme de niveau de prix, à l'exception du FCU standard, le prix « frontal » des actes en France est le plus bas des pays européens voisins et nettement en dessous des prix américains, canadiens ou australiens ; parfois la moitié ou le tiers.

### Exemples de comparaison avec des tarifications étrangères<sup>(8)</sup>

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Nomenclature française : CCAM - Pathologiste exerçant en cabinet de médecin spécialiste</li> <li>● TARMED suisse, Nomenclature allemande, Nomenclature portugaise, Nomenclature USA</li> </ul>						
Pays	FCU	Biopsie -Sein -Digestif	Pièce opératoire simple (utérus 4 blocs)	Pièce opératoire complexe	Mastectomie partielle + Gallium sentin. + HER2/RO/RP	Lymphome 11 ac 3 colo.spé
<b>France</b>	-					
-Spécialité	15,4 €	28 €	33,60 €	89,60 €	145 €	145,60 €
-Biologie	18,36 #	32,4 €	37,80 €	91,53 €		145,53 €
<b>Suisse</b>	- Conventionnel 15,35 €	61,51 €	127,46 €	664,25 €		263,79 €
- Milieu liquide	19,44 €					
<b>Belgique</b>	21,06 €	60 €	141,47 €	239,23 €		411,85 €
<b>Allemagne</b>	17,86 €	22,76 €	39,42 €	187,36 €		145,44 €
<b>Portugal</b>	- Conventionnel 16,80 €					
- Milieu liquide	29,90 €					
<b>USA</b>					de 207€ Medicare à 659,2 €	

<sup>(8)</sup> Les montants présentés ici sont comparables dans la mesure où ils couvrent les honoraires ou les salaires des pathologistes, mais aussi la structure (personnels et matériels).

## Comparaison avec les autres spécialités



## 5.2. Financement

Les inégalités entre secteur d'exercice sont importantes :

- **d'une part, les inégalités de financement** : entre services hospitaliers et cabinets libéraux et entre pathologiste exerçant en biologie et pathologiste en spécialité.
- **d'autre part, les inégalités en moyens techniques** : le secteur libéral subit un autre handicap : l'absence d'actes nouveaux portés à sa nomenclature depuis 25 ans. Les raisons sont économiques mais sans doute surtout idéologiques, à moins que certains "décideurs" soient en plein conflit d'intérêts. A titre de com-

paraison, quel serait l'avenir d'une spécialité telle que la radiologie libérale pour qui on aurait bloqué toute évolution technique en lui interdisant de faire des IRM ou de la radiologie interventionnelle et en réservant ces actes au secteur hospitalier ?

Aujourd'hui, les tests moléculaires tels que le KRAS, l'EGFR ou le BRAF, réalisés en routine, sont réservés à 28 plateformes hospitalières ayant pourtant une activité le plus souvent bien inférieure à des centres libéraux de moyenne importance.

Le rapport précise que :

*« Les techniques moléculaires utiles au diagnostic doivent être ouvertes via la CCAM à l'ensemble de la spécialité ».* (p. 79)

Cette demande est faite en vain de façon récurrente par le SMPF. Le secteur public ne peut avoir des actes réservés alors que les techniques sont maîtrisées et que l'examen est passé dans la routine.

**Par ailleurs, le financement des nouvelles contraintes** (sécurité sanitaire, accréditation, transmission) indolore et sans doute rémunérateur financièrement pour le secteur hospitalier est renvoyé à des études futures pour le secteur libéral.

Il faut rappeler une fois encore que les financements MIGAC/HN, des tumorothèques, des plateformes, de la double lecture et, peut-être demain, de la télépathologie ne bénéficient aucunement au secteur libéral et ne sont soumis à aucune étude coût/efficacité.

### **5.2.1. Secteur hospitalier**

Si le **coût de l'ACP libérale** est transparent, celui de l'ACP hospitalière reste totalement opaque malgré nos demandes réitérées. On se demande d'ailleurs comment le lecteur attentif du rapport pourrait s'y reconnaître parmi les chiffres donnés dans le rapport.

Les établissements publics de santé perçoivent les tarifs des GHS, des actes externes et des MIGAC. Le retour à la structure d'ACP se fait via le pôle d'appartenance dans le cadre du contrat de pôle.

**MIGAC** : les services hospitaliers d'ACP bénéficient depuis de nombreuses années de financements MERRI/MIGAC pour compenser la sous-cotation des actes d'ACP. Une nomenclature parallèle en PHN/AHC (P Hors Nomenclature ou Acte Hors CCAM), à l'origine réservée aux actes innovants mais appliquée progressivement à tous les actes d'ACP, s'est mise en place avec l'acceptation de fait des tutelles et malgré leurs discours. Ainsi, pour un même acte, les cotations hospitalières sont 3 à 10 fois, voire parfois 23 fois plus importantes qu'en secteur libéral. Ce marqueur d'activité des services d'ACP permet à l'hôpital de bénéficier de financements MIGAC qui sont redistribués aux services d'ACP en fonction de leurs besoins (personnel, automate, postes médicaux,...).

Le lecteur non averti s'étonnera peut-être des fourchettes d'évaluation. Il faut comprendre que, si la référence CCAM (autrefois NGAP) existe et s'impose, les ressources touchées par le secteur public semblent éminemment variables, comme d'ailleurs les facturations qu'il adresse à la suite de ses consultations externes.

Dans un courrier adressé à la directrice de la DHOS en janvier 2010, le directeur de l'Assurance-maladie, F. Van Roekeghem, écrivait à propos des PHN : « *Leur maintien crée également une forte iniquité de traitement en fonction des modes d'exercice et ne respecte pas le code de la sécurité sociale* ».

En 2012, cette pratique continue. Dans le cas particulier des « consultations de second avis » le montant des factures hospitalières a cependant baissé. Il reste toutefois 3 ou 4 fois supérieur à l'acte CCAM.

Dans le rapport DGOS le montant des MIGAC attribués en 2010 était de 81 M€ auxquels s'associent d'autres sources de financement : INCa, DGOS, collectivités territoriales, ARS aujourd'hui,...). Les services hospitaliers ACP bénéficient ainsi d'une centaine de millions d'euros/an supplémentaires qui s'ajoutent à leur propre activité.

Par ailleurs, selon le rapport :

*« En 2009, ces données n'étaient pas exhaustives ni homogènes ; en revanche, celles de 2010 permettent de comptabiliser 9.798.000 actes hors selon les codes du RHN ». (p. 163)*

soit autant que d'actes ACP en libéral, FCU inclus, et sans que l'on sache précisément le nombre de P total et le financement réel ainsi distribué aux hôpitaux. Ce financement correspondant à près de 10 millions d'actes supplémentaires est certainement supérieur aux 81 M€ déclarés en MIGAC, sinon l'acte ACP aurait été financé à hauteur de 8,1€/acte.

On peut estimer que, chaque année, grâce au MIGAC, et autres financements spécifiques (INCa, DGOS, PHRC, collectivités territoriales,...), le secteur ACP hospitalier bénéficie de 3 fois plus de financement que le secteur libéral pour un même examen. Ce calcul a été obtenu en croisant les données de la base d'Angers et les statistiques SAE. Il a été confirmé à partir d'audits hospitaliers et d'exemples de comptabilité analytique.

Une circulaire DHOS de 2008 intitulée « Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » (MIGAC) "justifiait" ainsi les actes Hors Nomenclature en ACP (PHN) : *« En anatomo-pathologie et cytologie, les PHN relèvent d'actes complexes, les opérateurs considérant que la nomenclature ne rémunère pas suffisamment les pièces opératoires ou biopsies multiples, les sérums supplémentaires, les colorations spéciales, etc... »... «... Il est aussi souvent considéré que les plafonds prévus par la nomenclature (pas plus de n anticorps en immunohistochimie, etc...) sont inadaptés, et l'établissement indique en BHN les anticorps ou sérums supplémentaires testés. Cette situation est très fréquente en anatomo-cyto-pathologie, en immunohistochimie, ou pour les examens extemporanés. »*

N'en est-il pas de même en secteur libéral ? Dans un pays de droit, suffit-il que certains "opérateurs considèrent" qu'ils ne sont pas assez

rémunérés pour qu'ils puissent facturer ce que bon leur semble, de plus en tirant de leur propre initiative sur les financements publics ?

**Les pathologistes libéraux ne jugent pas du bien-fondé ou non de ces financements parallèles mais si, pour la tutelle, la nomenclature hospitalière traduit ainsi la réalité des coûts en ACP, elle doit être appliquée à l'ensemble de la profession.**

Ainsi, si les financements hospitaliers sont multiples : GHS, nomenclature CCAM/NGAP, actes réservés INCA (plateformes de génétique moléculaire, tumorothèques, centres référents de double lecture systématique), référentiel HN (PHN/AHC) donnant droit à des MIGAC, subventions croisées (PHRC, PAIR, STIC,...), subvention des collectivités territoriales, subvention des laboratoires pharmaceutiques, le financement libéral est unique et totalement contrôlé par l'Assurance Maladie. Cette dualité explique pourquoi le secteur hospitalier s'est désintéressé de la cotation des actes puisque sa rémunération est déconnectée des prix.

### 5.2.2. Secteur libéral

**Le secteur libéral réalise les 2/3 des actes, en particulier en cancérologie, et 90 % du dépistage du cancer du col utérin pour un nombre de pathologistes inférieur à celui du secteur hospitalier. Son coût est très faible au regard du service rendu : 280 M€/an soit 5,7 % du budget de la biologie et 9 % de celui de la radiologie en secteur libéral.**

#### *Revenus ACP et charge de travail*

En général, l'Assurance Maladie insiste surtout sur l'augmentation des revenus des médecins. Il est difficile de lui faire écrire que les honoraires des pathologistes baissent et que leur charge de travail s'accroît à cause de l'augmentation du nombre d'actes (non auto-prescrits pour la plupart) et de la complexification des protocoles de prise en charge. Pourtant, c'est écrit ! (p. 159 à 161)

« Evolution des revenus des médecins ACP libéraux

L'évolution des revenus des médecins spécialistes ACP n'a pas suivi la même évolution que les honoraires et apparaît plus contrastée. Selon les données de la CARMF, le revenu moyen des médecins ACP en secteur 1 s'élevait en 2009 à 101.878 € accusant une baisse de 5,8 % par rapport à 2008, alors que les honoraires perçus augmentaient pendant cette période.

Evolution des Bénéfices Non Commerciaux de médecins libéraux en secteur 1 de 1999 à 2009 :

En €	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Revenus courants	91.477	89.427	79.613	88.403	96.379	97.470	94.626	95.106	108.167	108.325	101.878
Revenus courants	91.477	87.655	76.758	83.641	89.353	88.473	84.339	83.389	93.438	91.118	85.422

Note SMPF : La ligne 2 de ce tableau du Rapport doit très probablement se lire "revenus en € constants"

En 2000, les honoraires moyens annuels des ACP étaient de 291.190 € (Tableau 3 en annexe VI) versus des revenus moyens par médecin pathologiste déclarant de 89.427 €/an (données de la CARMF).

« En 2009, les honoraires moyens annuels par pathologiste APE étaient de 393.945 € (calculés pour 649 médecins ACP recensés par le SNIR) versus des revenus moyens par médecin ACP de 101.878 €/an (données de la CARMF pour 402 ACP en secteur 1).

En faisant l'hypothèse de la représentativité des médecins ACP en secteur 1 déclarant des BNC à la CARMF par rapport aux médecins ACP du SNIR, entre 2000 et 2009, le revenu annuel moyen par ACP APE secteur 1 a augmenté de 14 % en € courant et a baissé de 4,4 % en € constant... cette augmentation d'honoraires est donc plus liée à des effets volume et structure (augmentation du nombre d'actes réalisés et donc de la quantité de travail), et moins à un effet prix. L'augmentation de la quantité de travail fournie par les médecins ACP est également liée à

*la complexification des protocoles de prise en charge des prélèvements...*

*« ..., les revenus en Euros constants par médecin libéral ACP APE sont globalement orientés à la baisse. Cette situation peut être due à l'absence de revalorisation significative des actes depuis plus de 20 ans ainsi qu'à un accroissement des charges par acte parallèle à l'augmentation de leur complexité. »*

(p. 168-169)

*« Tous les indicateurs vont dans le sens d'une augmentation des actes d'ACP et de leur complexification en relation avec l'augmentation du nombre d'actes » en cancérologie, comme hors cancérologie*

*Cette augmentation de l'activité est aussi du fait de la complexification continue des protocoles de prise en charge pour le diagnostic... Des gains sur la productivité technique ne peuvent être que très faibles étant donné la faible automatisation actuelle des techniques ACP. »*

Remarque : de plus, en ACP, les rares systèmes partiellement automatisés représentent un surcoût majeur par rapport à la technique courante.

***Honoraires moyens /acte ACP : 7,9 €***

En 2009, le nombre moyen de P était de **94/acte soit un honoraire moyen sans dépassement de 26,32 € par acte.**

Rapport DGOS :

*« ...pour atteindre en 2009 un nombre moyen de coefficients P de 94 par acte, soit un honoraire moyen sans dépassement de 26,32 € par acte ». (p. 152)*

Le coût moyen de la pratique des actes d'ACP (charges professionnelles) récemment établi par l'Assurance Maladie avec le concours

du syndicat étant environ de 70 % des honoraires ACP (le plus élevé de toutes les spécialités (radiologie comprise), l'honoraire médical moyen du pathologiste, hors coût de la pratique, est de :

26,32 € x 30 % soit **7,9 €/examen ACP**,

chiffre très faible eu égard à l'impact médico-économique majeur du diagnostic ACP.

Il est aisé, avec un honoraire médical moyen calculé en libéral et en public de connaître les honoraires médicaux théoriques annuels par pathologiste après déduction du coût de la pratique, ceci en fonction du nombre d'actes réalisés par an. On peut en conclure qu'avec une activité de 4.000 examens/an (nombre retenu par le rapport, cf. plus haut), les honoraires annuels d'un pathologiste libéral ne seraient que de 31.600 €, soit 2.600 €/mois. Celui d'un hospitalier beaucoup plus faible étant donné le coût de la pratique nettement supérieur dans ce secteur.

### ***Secteur 2 et ACP : « négligeable »***

Le secteur 2 est très faible en ACP ; il ne touche que 13 % des pathologistes et ne représente que 4 % du total des honoraires.

Le rapport DGOS le reconnaît p. 154 :

*« La part des honoraires totaux générés par des dépassements de tarifs demeure négligeable »... « pour atteindre 4 % en 2010. »*

### **5.3.3. Evolution prévisible de l'activité de l'ACP**

Le rapport DGOS insiste largement sur le surcoût prévisible de l'activité ACP, ce qui doit inciter les pouvoirs publics à prévoir des financements en rapport avec les nouveaux actes ACP et les nouvelles contraintes sanitaires ou d'accréditation. Nous reprendrons quelques extraits de ce chapitre.

(p. 168 à 173)

*« Tous les indicateurs vont dans le sens d'une augmenta-*

*tion des actes d'ACP et de leur complexification en relation avec l'augmentation du nombre d'actes :*

- *en cancérologie : ...*
- *en dehors de la cancérologie...*

*Cette augmentation de l'activité est aussi du fait de la complexification continue des protocoles de prise en charge pour le diagnostic. L'augmentation du nombre de blocs et des techniques exigées entraîne un allongement non seulement du temps de travail médical pour établir un diagnostic, mais aussi du temps technique préliminaire et post diagnostic...*

*Vis-à-vis de cette augmentation d'activité, la profession nourrit de vives inquiétudes du fait du taux de renouvellement faible d'une population d'ACP vieillissante et d'une productivité diagnostique des pathologistes qui semble avoir atteint un niveau maximum, notamment dans le secteur libéral. Des gains sur la productivité technique ne peuvent être que très faibles étant donné la faible automatisation actuelle des techniques ACP...*

### ***Les nouvelles contraintes en ACP***

*De nouvelles recommandations et obligations sont mises en place :*

- *en matière de sécurité sanitaire et de gestion des risques : assurance qualité, remplacement du formol, mise aux normes, accréditation, DASRI (élimination des déchets)...*
- *médicales : CR-ACP, transmissions de prélèvements (plateformes, recours diagnostique, multiplication des comptes-rendus à la demande des cliniciens, etc...),*
- *transmissions de données : ASIP Santé, InVS,*

- *augmentation probable de la durée d'archivage des blocs, lames et comptes-rendus.*

*Le développement des moyens diagnostiques et des indications de l'ACP, la mise en place des nouvelles recommandations et obligations entraînera une demande accrue et une augmentation des coûts en ACP.*

### ***Conclusions du groupe de travail***

*La mission principale du pathologiste est de porter un diagnostic précis et de déterminer les facteurs pronostiques et prédictifs nécessaires à une prise en charge optimale des patients en assurant une égalité des soins sur l'ensemble du territoire. Cette activité est la seule que la nomenclature prenne en charge.*

*Le secteur libéral est financé à hauteur d'environ 300 millions d'euros par an par les nomenclatures.*

*Le niveau des financements attribués aux secteurs ex-DG au titre de l'activité d'ACP est, en l'absence d'indicateur fiable, difficile à déterminer. Ils comportent la CCAM pour l'activité externe, les GHS pour l'hospitalisation, les MIGAC dont les financements INCa, une activité de soin classique, ces établissements, en particulier les CHU, assument des missions spécifiques dont l'importance est, elle aussi, inconnue...*

*Il ne peut être envisagé pour l'ACP une augmentation de productivité comme celle que l'on observe en biologie médicale. L'acte d'ACP, encore artisanal pour nombre de techniques, nécessite un temps médical important.*

***Dans le cadre des « préconisations », il est demandé :***

- *Mettre en place un groupe de travail pour évaluer les impacts financiers et organisationnels liés (objectivation des surcoûts induits) :*
  - o à la réorganisation des structures publiques et privées sur le territoire (regroupements, coopérations, ...),*
  - o à l'application des nouvelles normes sanitaires,*
  - o à la mise en place du DCC/DMP,*
  - o à la transmission des données,*
  - o à l'accréditation.*
- *Les réflexions d'organisation et de financement doivent être centrées sur le cœur de métier : le diagnostic ACP.*
- *L'évaluation des financements spécifiques sur des missions ciblées (tumorothèque, plateforme de génétique moléculaires, double lecture, épidémiologie, ...) doivent faire l'objet d'évaluations précises régulières.*
- *S'assurer du juste financement de la mission de soin et de la bonne répartition des financements des nouvelles actions.*

Comme on peut le constater dans ce chapitre, la question du financement nécessaire à la restructuration de la spécialité et permettant de faire face aux nouvelles obligations de sécurité sanitaire, d'accréditation et de transmission des données ACP est systématiquement mis en avant.

***Le frottis cervico-utérin :***

**Il existe cependant un point critique risquant de déstabiliser le secteur libéral et qui n'a pas été noté dans le rapport : l'avenir**

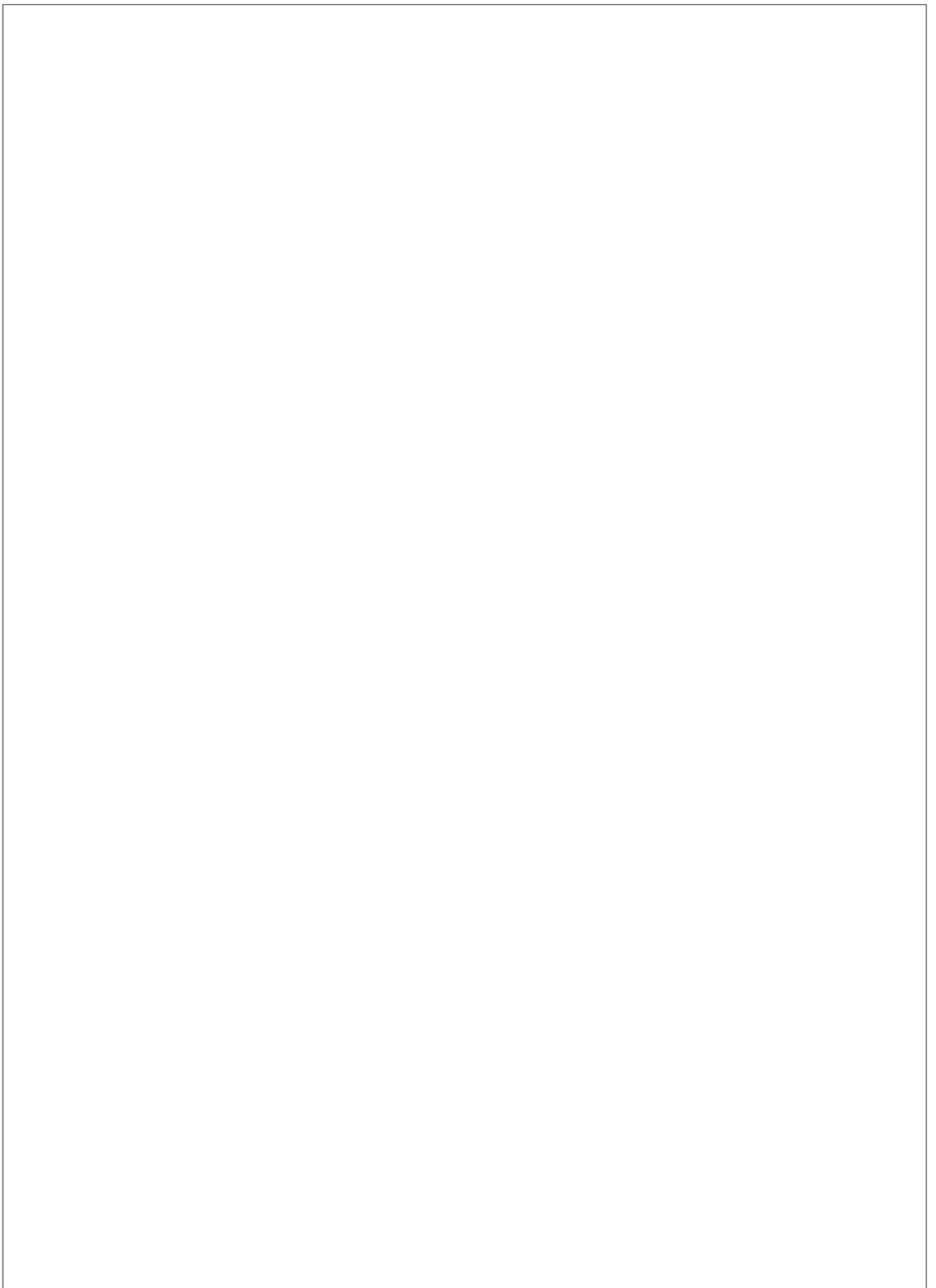
**du frottis cervico-utérin (6 millions d'actes et un tiers du financement ACP en libéral).**

Son remplacement éventuel par le test HPV en dépistage primaire ferait chuter le nombre de FCU des  $\frac{3}{4}$ .

A cela s'est rajouté, en mars 2012, une manipulation de l'Assurance Maladie qui a conditionné la possibilité pour le clinicien de cumuler la facturation d'un FCU à 50 % avec la consultation (C ou CS) dans les situations décrites dans les recommandations de la HAS chez les femmes de 25 à 65 ans : soit deux frottis annuels normaux puis un frottis tous les trois ans. Or les recommandations de la HAS précisent bien que ces recommandations ne s'appliquent que dans le cadre d'un dépistage organisé, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui dans la plupart des départements français.

Cette décision approuvée malheureusement par les syndicats médicaux transversaux contribue à enlever une partie du financement ACP pour le donner aux cliniciens (généralistes et gynécologues) sans prendre en compte les risques sanitaires éventuels.

**Les recommandations et obligations qui se multiplient pour la spécialité ne bénéficient, pour la plupart, d'aucune étude coût/bénéfice** et sont souvent des copier/coller de recommandations américaines, pays où le coût des actes est nettement plus élevés. Si le secteur hospitalier n'a que peu de problèmes de financement et de personnel, ce n'est pas le cas en secteur libéral où tout est bloqué depuis trente ans.



***Annexe VI***  
**Tableaux et graphiques  
complémentaires**

---

**6.1. Rapport d'étape du Plan Cancer 2009-2013**

**6.2. Autres graphiques sur l'activité en libéral**

- Répartition de l'activité FCU française en 2009
- Répartition de l'activité totale en libéral en 2009
- Répartition de l'activité libérale en 2009

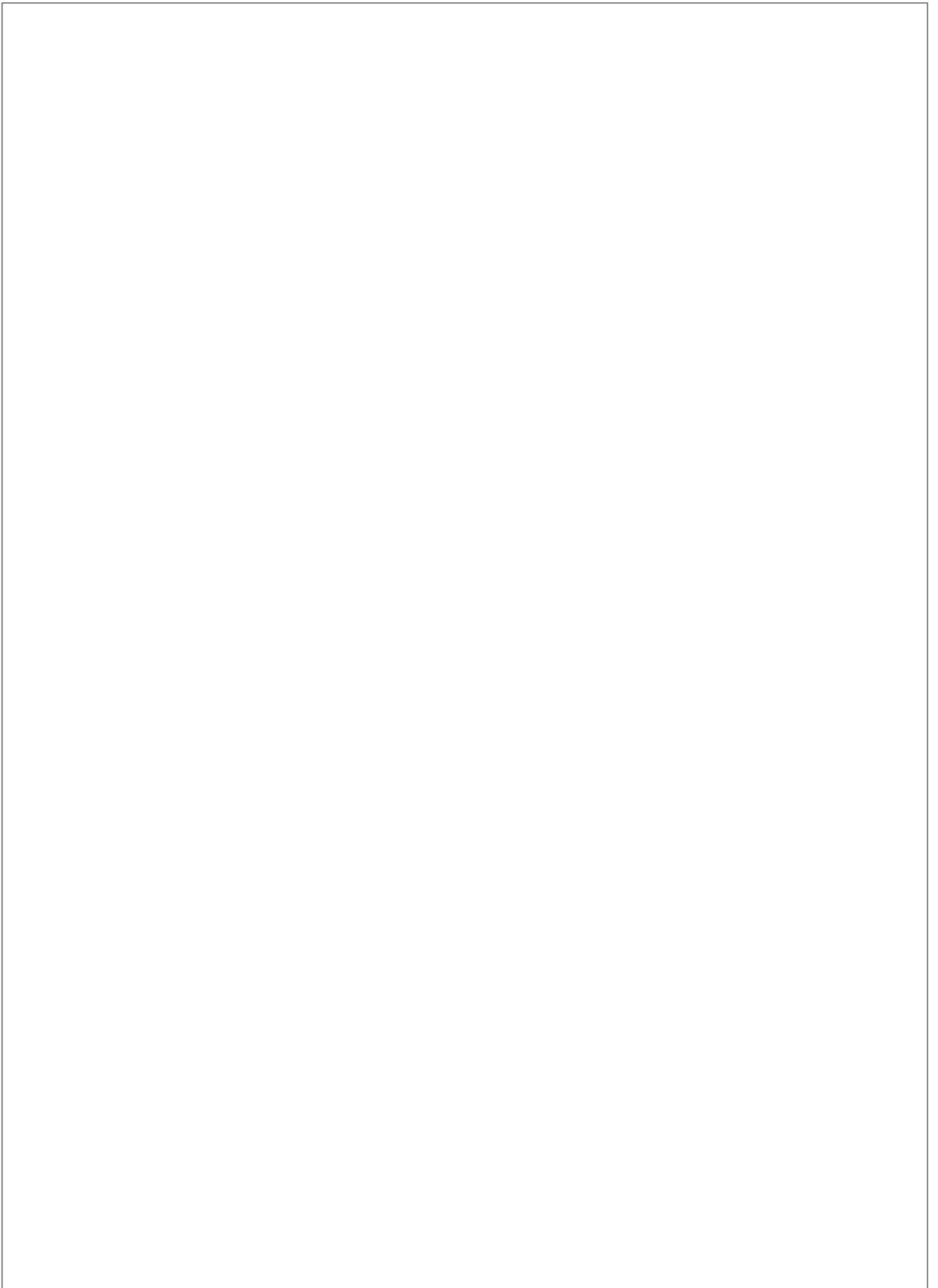
**6.3. Tableau récapitulatif libéral**

**6.4. Tableau récapitulatif hôpital**

**6.5. Tableau récapitulatif hôpital + libéral**

**6.6. Tableau de synthèse**

---



## 6.1. Rapport d'étape du Plan Cancer 2009-2013

p. 98 :

*Mise à jour des données : 30/01/2012*



**Mesure 20 :**  
**Soutenir la spécialité d'anatomopathologie.**

**Exécution budgétaire mesure 20 :**

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2010	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2010	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	45 500 000 €	0 €	0,0 %	0 €	#DIV/0
INCa	6 300 000 €	3 168 538 €	50,3 %	4 000 000 €	79,2 %
<b>Total</b>	<b>51 800 000 €</b>	<b>3 168 538 €</b>	<b>6,1 %</b>	<b>4 000 000 €</b>	<b>79,2 %</b>

**Etat d'avancement des actions :**

		Etat courant	2010		2011		2012		2013									
			T2	T3	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4						
20.1	Soutenir l'activité d'anatomopathologie en renforçant les équipes et en valorisant la discipline au regard de l'évolution actuelle des pratiques.	planning respecté																
20.2	Accompagner la nécessaire adaptation de l'anatomocytopathologie aux évolutions technologiques et scientifiques.	planning respecté																
20.3	Soutenir la démarche qualité au sein de la profession d'anatomocytopathologie.	planning respecté																

**Commentaire Global sur la mesure 20 :**

Un groupe de travail relatif à l'anatomopathologie a été mis en place début 2011 par le Ministère de la santé, afin d'établir un état des lieux de l'ACP exposant les difficultés de la spécialité et fournir des préconisations et des propositions d'actions pouvant répondre aux différentes problématiques identifiées (rapport attendu pour le 1er trim. 2012).

20.1- L'actualisation de la nomenclature des actes d'anatomopathologie, publiée en avril 2010, est en cours sous le pilotage de la CNAMTS (avis HAS rendu en sept. 2011), pour intégrer la complexité actuelle des actes ACP en cancérologie ainsi que les actes nouveaux. L'ordonnance relative à la biologie médicale a permis la reconnaissance des techniciens de laboratoire comme des personnels paramédicaux, ouvrant ainsi la voie à une spécialisation et à une revalorisation de ce métier.

20.2- Un soutien particulier a été apporté au développement des tumorothoniques sanitaires, pour assurer les examens moléculaires nécessaires aux thérapies ciblées (cf action 21.2). Pour en développer l'accès, l'INCa vient d'actualiser les indications de cryopréservation à visée sanitaire et la circulaire budgétaire de mi campagne 2011 a alloué à ces structures un financement complémentaire de 750 000 euros.

20.3- Le programme de double lecture des cancers rares et des lymphomes est effectif depuis début 2010. Un suivi de cette activité est effectué afin d'accompagner la phase de montée en charge et optimiser cette organisation, en lien avec la structuration de la prise en charge des cancers rares (cf indicateurs).

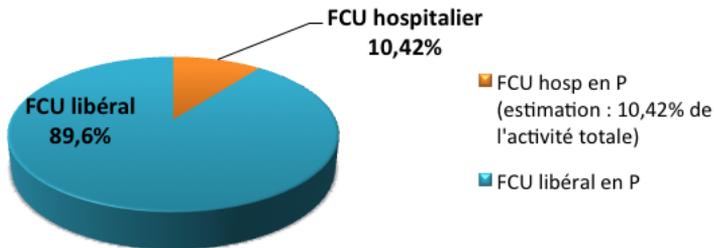
On peut noter que l'INCa s'attribue dans son rapport d'étape :

- la mise en place du groupe de travail et le rapport de la DGOS alors que les professionnels ne les auraient jamais obtenus de l'INCa et qu'ils n'étaient pas prévus au Plan Cancer ;

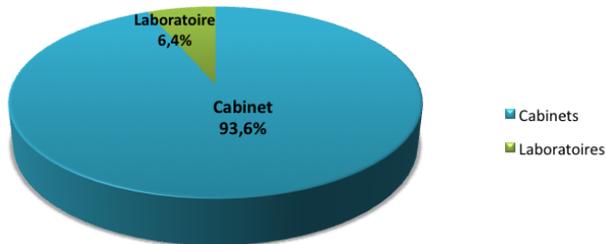
- l'actualisation de la nomenclature avec l'Assurance Maladie obtenue presque "malgré" l'INCa...
- Deux sujets dans lesquels il n'a joué aucun rôle, sinon parfois de frein.

## 6.2. Autres graphiques d'activité en libéral

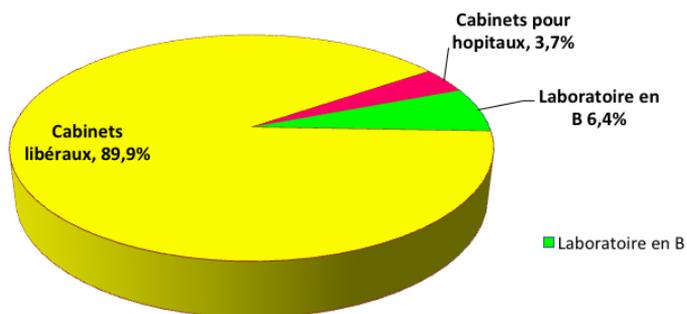
### Répartition de l'activité FCU française en 2009 (en P)



### Répartition de l'activité ACP totale en libéral en 2009 (en P) Cabinets ACP / Laboratoires de biologie



**Répartition de l'activité libérale en 2009 (en P)**



### 6.3. Tableau récapitulatif libéral

Répartition de l'activité libérale en 2009, en P ou B (CNAM-TS)

Type d'exercice	Nombre de Pathologistes	Activité en P	Nombre d'actes	Acte moyen Prix/Nombre de P	FCU en spécialité 54 %	Histo/Cyto spéc. en spécialité 46 %	Coût total
Cabinets de spécialité (en P)	679 APE (CNAM)  600-610 ETP (SMPT)	972.857,142 P (libéral)	10.174.103 actes (Libéral + Hôpital sous-traité libéral)	Acte moyen : 20,32 € = P94 dont : - FCU : 15,4 € = P55 - Autres : 39 € = P 139,4	Nombre : 5 277,078 actes + FCU Hôpital = 290.239,230 P Coût : 81,2 M€	Nombre : 4.897,035 actes = 723.067,710 P Coût : 191,1 M€	272,4 M€
		40.450.000 P (hôpital sous-traité en libéral)					
		Total ACP spécialité 1.013.307.142 P					
Structure de laboratoire (en B)	? 20 à 30	Total ACP laboratoire 69.239.259	940.000 actes	FCU : B55 = 14,85€ Autre : = < 39€	739.000 FCU		18,7 M€
Total 2009 Spécialité + Laboratoire		Total ACP libérale Spécialité + laboratoire 1.082.566.000 P	Environ 10,5 à 11 millions d'actes				291,1 M€
Evaluation Activité/ETP en spécialité		1.600.000 P/ETP dont environ FCU : 468 000 P Histo/cyto spé : 1.142.000 P	14 315 actes (CNAM-TS) + activité hôpital + correction ETP = 16 000 actes/ETP 8.600 FCU 7.400 histo/cyto spé				

PS : En fonction des sources et des calculs, les chiffres en P et en actes présentent parfois quelques approximations mais les différences ne dépassent pas 5 %

## 6.4. Tableau récapitulatif hôpital

Répartition de l'activité hospitalière en 2009, en P (SAE)

Établissement	Nombre de pathologistes ETP	Activité en P totale et par ETP	% activité totale	% activité FCU	% Histo Cyto spé	Coût	Autres financements
CHU	335,4	230.876.924 688.835 P	54,1 %	10% ?	90,0 %		
ESPIC	21,3	11.906.290 559.506 P	2,8 %	10,0 %	90,0 %		
SSA	12,0	3.632.876 300.238 P	0,9 %	10,0 %	90,0 %		
CHG	178,2	109.533.112 614.802 P	25,6 %	30,0 %	70,0 %		
CLCC	83,4	30.641.715 367.495 P	7,2 %	10,0 %	70,0 %		
<b>Total</b>	688,4	386.590.917 561.608 P par-ETP	90,5 %	?		SI P = 0,28 € = 108,24 € SI P = 0,83 € = 301,4 M €	MIGAC : 81 M€
Hospitalier sous-traité en libéral		40.450.000	9,5 %	30,0 %			

## 6.5. Tableau récapitulatif hôpital + libéral

SECTEUR	P	Nombre d'Actes (Spécialité+ laboratoire)	% avec FCU	% sans FCU	HN	Coût du P	Prix moyen de l'acte	Coût ACP total (Spécialité + laboratoire)
<b>Libéral</b>	1 082.566.000 P Au P moyen de 94	Environ 10,5 à 11 millions d'actes Dont : 6 millions de FCU 4,8 millions autres	73,7 %	2/3	0,0	Cabinet : 0,28 € Labo : 0,27 €	< 26,82 € (sur labo)	291, 1 M€
<b>Hospitalier</b>	386.590.917 P	2,5 millions d'actes ? dont 200 à 300 000 FCU ?	26,3 %	1/3	9,8 M d'actes	0,83 € ?	?	?
<b>Total</b>	1.469.156.917 P	13 à 13,5 millions d'actes						?

PS : En fonction des sources et des calculs, les chiffres en P et en actes présentent parfois quelques approximations mais les différences ne dépassent pas 5%

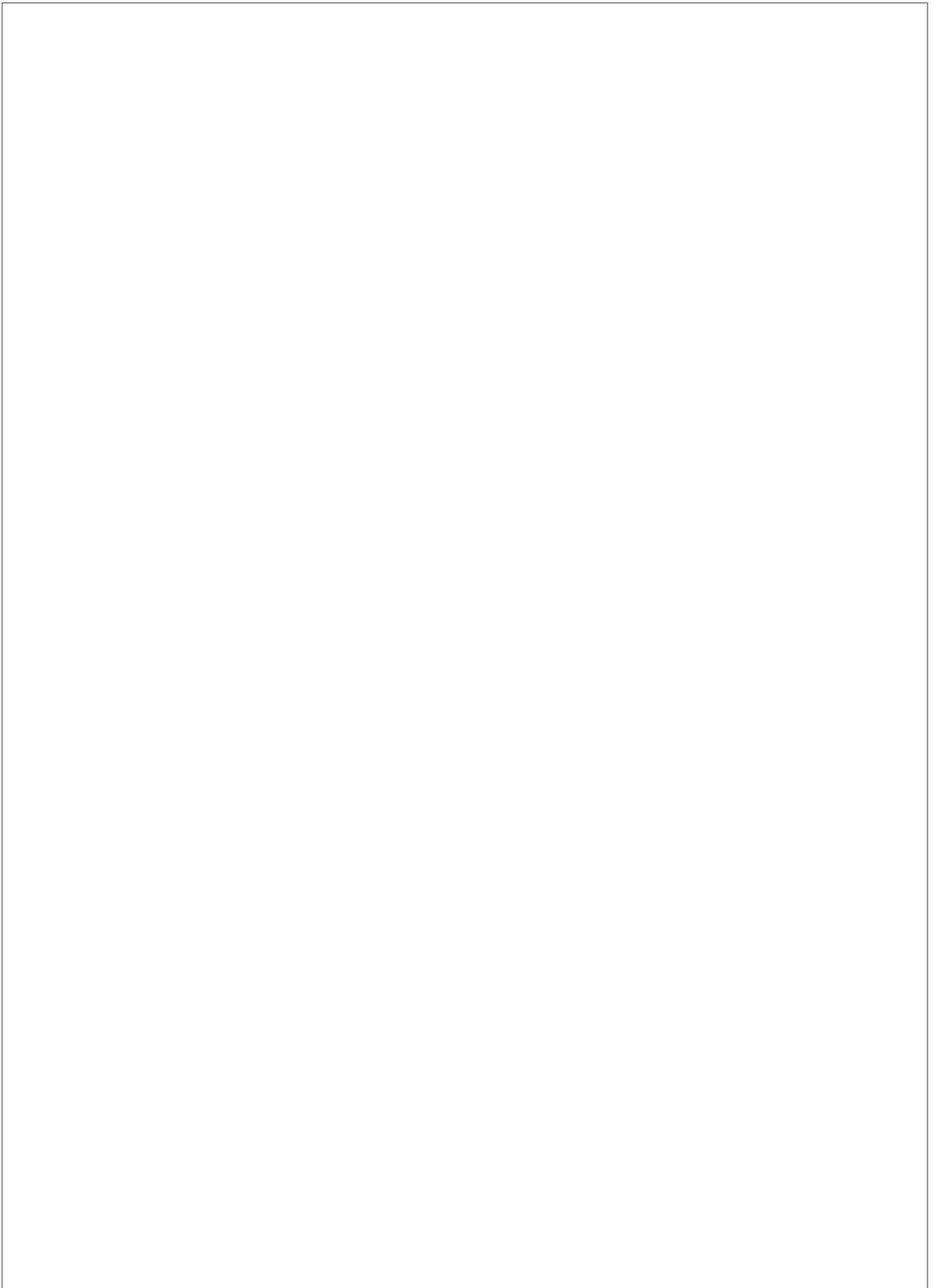
Acte moyen en secteur hospitalier ? : P ?

- SI P100 → = 5.616 actes/ETP pour 561.608 P/ETP6
- SI P140 → = 4.011 actes/ETP pour 561.608 P/ETP
- SI P150 → = 3.744 actes/ETP pour 561.608 P/ETP

## 6.6. Tableau de synthèse

SYNTHESE	HOPITAL	LIBERAL
Nombre pathologistes ETP en %	53,0%	47,0%
Nombre de structures	177	300
Activité totale avec FCU	$\frac{1}{4}$ (2,5 M. d'actes)	$\frac{3}{4}$ (11 M. d'actes)
Activité sans FCU	$\frac{1}{3}$	$\frac{2}{3}$
Activité/pathologiste	561 000 P*	1 600 000 P
- avec FCU	x 1	x 3
- hors FCU	x 1	x 2 à 3
Prix moyen de l'acte	?	26,32 €
Coût de la pratique	>100%	70 % (de 65 à 75 %)
Moyens financiers :	?	300 M€
- MIGAC	10 M actes HN/81M€ ?	0
- Prix du P/acte	x 3 (estimation)	x 1
Moyens techniques	Biomol, DLS, Tumorothèques	0

\*Chiffre surévalué



## **Plan Cancer 2009-2013**

### **5<sup>e</sup> Rapport d'étape au Président de la République**

daté de juin 2012 - paru le 2 octobre 2012

Au moment de la mise sous presse de ce livre, le cinquième Rapport sur l'avancement du Plan Cancer 2009-2013 est diffusé par l'INCa. Il résume à lui seul la politique de l'INCa : une absence totale de soutien au secteur libéral ACP qui diagnostique en France deux cancers sur trois et une communication pour le moins trompeuse.

La mesure 20 du Plan Cancer 2009-2013 demande de « Soutenir l'anatomopathologie ».

En réalité, depuis cinq ans, l'INCa par une politique exclusivement hospitalo-centrée crée une inégalité d'accès au diagnostic ACP, donc aux soins, aux dépens des patients pris en charge en secteur libéral.

Concernant sa politique de communication, l'INCa, dans son quatrième rapport d'étape, s'appropriait déjà indûment la mise en place du groupe de travail ACP à la DGOS et l'avancée de la CCAM-V2, deux actions dans lesquelles il n'a joué aucun rôle (cf. ci-dessus pp. 101-102).

Aujourd'hui l'INCa s'attribue un satisfecit global pour ses actions en faveur de la spécialité et présente un planning parfaitement respecté avec pourtant :

- l'actualisation de la nomenclature ACP qui reste totalement bloquée depuis dix ans ;
- l'exclusion systématique du secteur libéral des mesures concernant évolutions technologiques et scientifiques (techniques moléculaires) ;
- les mesures concernant les tumorothèques en congélation qui n'apportent rien à l'ACP exceptés un travail et des responsabilités supplémentaires et dont le rapport coûts/résultats reste très faible ;

- le maintien des mesures concernant la "double lecture systématique" pourtant critiquée dans le rapport DGOS et rejetée par la quasi-totalité de la spécialité.

Son bilan financier est également parlant : 51,8 millions d'euros pour le secteur hospitalier et pas un centime pour l'ACP libérale ! Si encore tout cela était cohérent du point de vue santé publique ou de la restructuration de la profession et de son avenir ! L'analyse du rapport DGOS comme notre contribution montre hélas qu'il n'en est rien.

Pour revenir à ce nouveau rapport d'étape, la section libérale du SMPF conteste les écrits concernant l'ACP contenus dans ces rapports d'étape. Elle constate que, malgré de nouveaux engagements, depuis 2009, l'INCa n'a aucunement soutenu la spécialité. Bien au contraire, en privilégiant exclusivement certains hôpitaux, il la déstabilise sans aucun respect pour l'intérêt du plus grand nombre des patients. Ce faisant c'est toute la profession qu'il est en train de déstabiliser.

**☞ En ces premiers jours d'octobre 2012, plus que jamais, les préconisations du rapport DGOS, rédigé avec toutes les parties prenantes, doivent être mises en œuvre. Les engagements des Plans Cancer doivent être respectés et la politique de l'INCa profondément révisée, en particulier vis-à-vis du secteur libéral (cf. ci-dessus p. 61 et suivantes).**

---

Les pages suivantes reproduisent les extraits les plus significatifs du 5<sup>e</sup> Rapport d'étape au Président de la République paru le 2 octobre 2012 et téléchargeable sur le site de l'INCa : <http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/2755-plan-cancer/7144-cinquieme-rapport-de-tape-au-president-de-la-republique>

Page 98 du 5<sup>e</sup> rapport d'étape de l'INCa  
 Mise à jour des données : 14/06/2012



**Mesure 20 :**  
**Soutenir la spécialité d'anatomopathologie.**

**Exécution budgétaire mesure 20 :**

Financier	Budget total de la mesure	Réalisé 2009-2011	Taux d'exécution	Budget de la période 2009-2011	Taux d'exécution de la période
PLFSS (DGOS)	45 500 000 €	2 997 000 €	6,6 %	8 500 000 €	35,3 %
INCa	6 300 000 €	3 696 838 €	58,7 %	5 300 000 €	69,8 %
<b>Total</b>	<b>51 800 000 €</b>	<b>6 693 838 €</b>	<b>12,9 %</b>	<b>13 800 000 €</b>	<b>48,5 %</b>

**Etat d'avancement des actions :**

		Etat courant	2010		2011				2012				2013				
			T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
20.1	Soutenir l'activité d'anatomopathologie en renforçant les équipes et en valorisant la discipline au regard de l'évolution actuelle des pratiques.	planning respecté	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
20.2	Accompagner la nécessaire adaptation de l'anatomocytopathologie aux évolutions technologiques et scientifiques.	planning respecté	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
20.3	Soutenir la démarche qualité au sein de la profession d'anatomocyt-pathologie.	planning respecté	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

**Commentaire Global sur la mesure 20 :**

Le rapport du groupe de travail relatif à l'anatomopathologie, mis en place par le Ministère de la santé, a été remis en mai 2012 : il dresse l'état des lieux de l'ACP et propose des recommandations sur le mode d'exercice, l'organisation de la discipline et l'accompagnement de son évolution.

20.1- L'actualisation de la nomenclature des actes d'anatomopathologie, publiée en avril 2010, est en cours sous le pilotage de la CNAMTS (avis HAS rendu en sept. 2011), pour intégrer la complexité actuelle des actes ACP en cancérologie ainsi que les actes nouveaux. L'ordonnance relative à la biologie médicale a permis la reconnaissance des techniciens de laboratoire comme des personnels paramédicaux, ouvrant ainsi la voie à une spécialisation et à une revalorisation de ce métier.

20.2- Un soutien particulier a été apporté au développement des tumorothèques sanitaires, pour assurer les examens moléculaires nécessaires aux thérapies ciblées (cf.action 21.2). Pour en développer l'accès, l'INCa a actualisé les indications de cryopréservation à visée sanitaire et la circulaire budgétaire de mi campagne 2011 a alloué à ces structures un financement complémentaire de 750 000 euros. La définition des conditions de transmission des comptes-rendus d'ACP s'inscrit dans le cadre du DCC-DMP (voir actions 7.2 et 18.3).

20.3- Le programme de double lecture des cancers rares et des lymphomes est effectif depuis début 2010. Un suivi de cette activité est effectué afin d'accompagner la phase de montée en charge et optimiser cette organisation, en lien avec la structuration de la prise en charge des cancers rares (cf.indicateurs) : la synthèse de l'activité 2010 de double lecture des cancers rares de l'adulte et des lymphomes a été publiée (INCa).

Page 99 du 5<sup>e</sup> rapport d'étape de l'INCa  
 Mise à jour des données : 14/06/2012 :

Indicateurs de réalisation de la mesure 20			
Libellés indicateurs	Valeurs	Dates de valeurs	Commentaire
Effectif moyen en pathologistes des structures ACP	3	31/12/2009	1639 pathologistes exercent dans 462 structures ACP publiques et privées - source : CNOM et AFAQAP
Taux de double lecture des nouveaux cas de lymphomes et cancers rares	75%	31/12/2011	données publiées dans le bilan 2010 de la double lecture : 13446 patients ont bénéficié d'une double lecture pour une incidence globale estimée entre 16000 et 18000 nouveaux cas <i>par an</i>
	51%	16/12/2010	<i>programme opérationnel depuis mars 2010 (sarcomes : 2.815 / 4.000 nrc; cas, lymphomes : 4.200 / 11.000 ; mésothéliomes : 928 / 1.000 ; tumeurs neuroendocrines : 941 / 1.300 estimés)</i>
	0%	01/01/2009	<i>mise en place effective de la double lecture à partir de 2010</i>

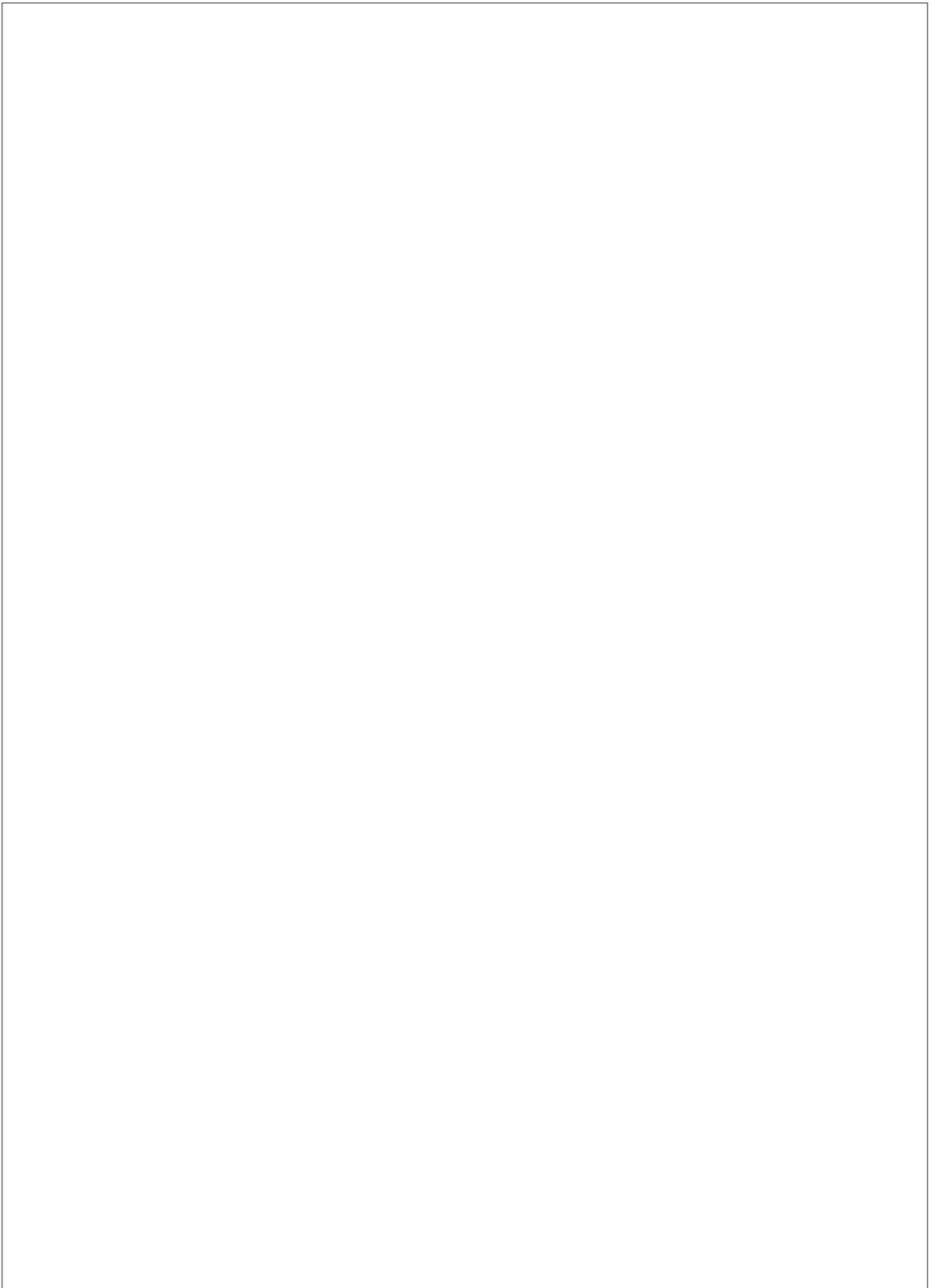
Page 20 du 5<sup>e</sup> rapport d'étape de l'INCa :

**Le soutien de la spécialité d'anatomopathologie** est indispensable pour faire face aux mutations scientifiques et techniques auxquelles sont confrontés les médecins pathologistes pour établir le diagnostic morphologique de cancer. Le groupe de travail relatif à l'anatomopathologie mis en place début 2011 par le ministère de la Santé (DGOS) a remis en mai 2012 son rapport qui dresse l'état des lieux de cette spécialité, fixe des perspectives et propose des recommandations relatives au mode d'exercice, à l'organisation de la discipline et à l'accompagnement de son évolution. L'actualisation de la nomenclature des actes d'anatomopathologie, publiée en avril 2010, est en cours sous le pilotage de la CNAMTS pour intégrer la complexité actuelle des actes ACP en cancérologie ainsi que les actes nouveaux.

- ▶ **FAIT MARQUANT 2012** : Rapport du groupe de travail sur la spécialité d'anatomo-cytopathologie remis le 9 mai 2012 : état des lieux de la spécialité et préconisations sur le mode d'exercice, l'organisation de la discipline et l'accompagnement de son évolution.

Page 36 du 5<sup>e</sup> rapport d'étape de l'INCa :

**Le soutien à la spécialité d'anatomopathologie** se traduit par un accompagnement de l'adaptation aux évolutions technologiques et scientifiques et de la mise en place de la démarche qualité, en complément des mesures relatives à la formation (voir 1.3). L'accompagnement de la discipline d'anatomocytopathologie s'est concrétisé en 2011 notamment par le soutien apporté au développement de l'activité des tumorothèques sanitaires. Ces banques de cellules et de tissus tumoraux constituent un outil capital pour assurer les examens moléculaires nécessaires à la mise en œuvre des thérapies ciblées. Pour en développer l'accès, l'INCa vient d'actualiser les indications de cryopréservation à visée sanitaire et la circulaire budgétaire de mi-campagne 2011 a alloué à ces structures un financement complémentaire de 750 000 euros. Ces moyens complètent les financements alloués en 2005 aux tumorothèques hospitalières pour la structuration des réseaux régionaux sanitaires.

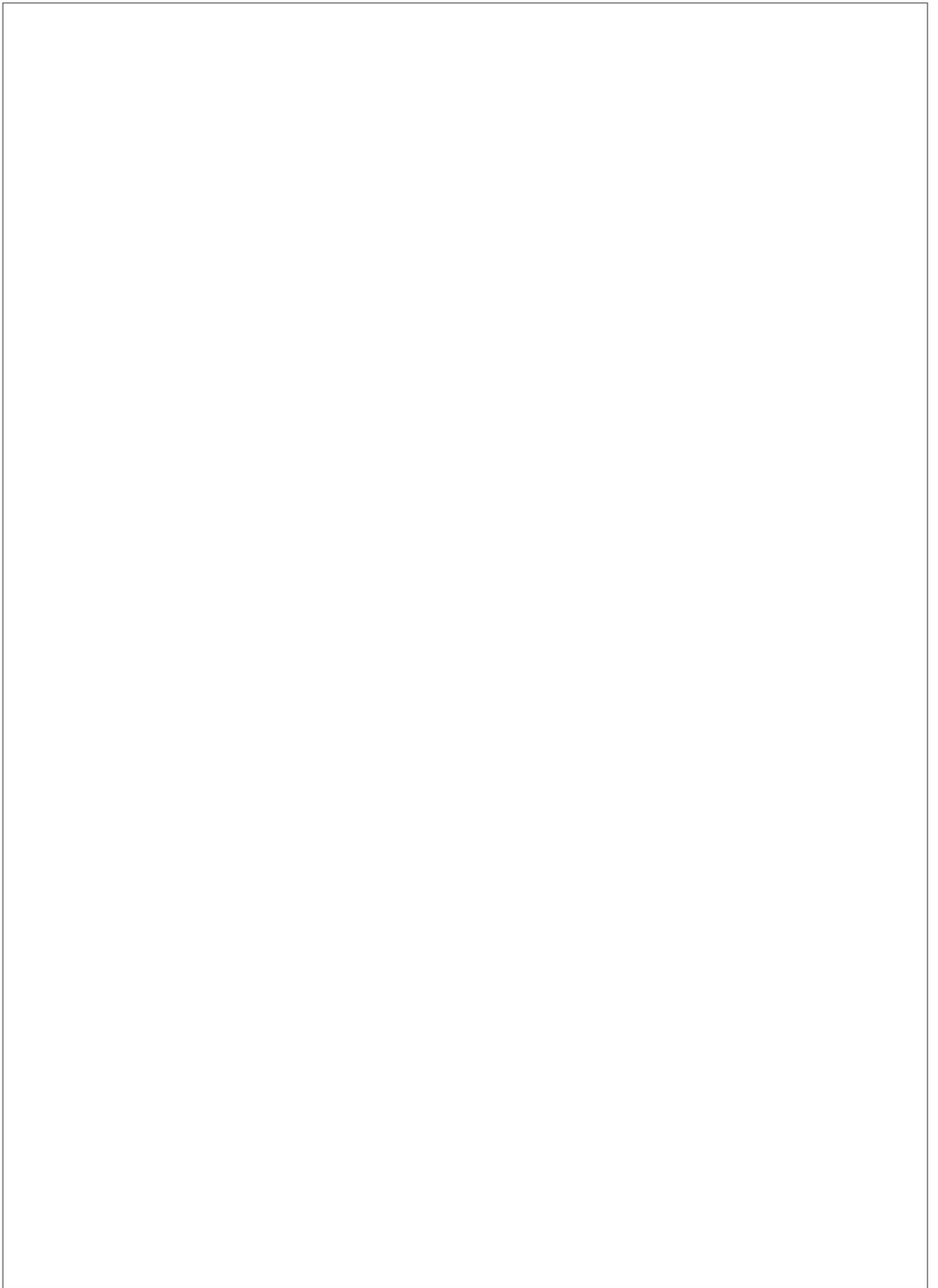


## Liste des acronymes

<b>ACP</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
<b>ADICAP</b>	Association pour le développement de l'informatique en cytologie et anatomie pathologiques
<b>AHN</b>	Acte hors nomenclature
<b>APE</b>	Actif à part entière
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>ASIP</b>	Agence des systèmes d'information de santé partagés
<b>BHN</b>	Biologie hors nomenclature
<b>BRAF</b>	V-raf murine sarcoma viral oncogene homolog B1 gene
<b>CCAM</b>	Classification commune des actes médicaux
<b>CH</b>	Centre hospitalier
<b>CHU</b>	Centre hospitalier (hospitalo-) universitaire
<b>CLCC</b>	Centre de lutte contre le cancer
<b>CNAMTS</b>	Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés
<b>CNOM</b>	Conseil national de l'ordre des médecins
<b>CNPath</b>	Conseil national professionnel des pathologistes
<b>COFRAC</b>	Comité français d'accréditation
<b>CMR</b>	Produit chimique cancérigène et/ou mutagène et/ou toxique pour la reproduction - Reprotoxique - Classification européenne 2004
<b>CR-ACP</b>	Compte rendu structuré d'anatomie et de cytologie pathologiques
<b>CRISAP</b>	Centre de regroupement informatique et statistique en anatomie et cytologie pathologiques
<b>DASRI</b>	Déchet d'activité de soins à risque infectieux
<b>DCC</b>	Dossier communicant de cancérologie
<b>DES</b>	Diplôme d'études spécialisées
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'offre de soins
<b>DHOS</b>	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
<b>DMP</b>	Dossier médical personnel

<b>DPC</b>	Développement professionnel continu
<b>EGFR</b>	Epidermal growth factor receptor
<b>ESPIC</b>	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
<b>ETP</b>	Equivalent temps plein
<b>FCU</b>	Frottis cervico-utérin
<b>GHS</b>	Groupe homogène de séjours
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>HIS</b>	Hybridation in situ
<b>HN</b>	Acte hors nomenclature
<b>HPV</b>	Human papilloma virus
<b>IHC</b>	Immuno histochimie
<b>INCa</b>	Institut national du cancer
<b>InVS</b>	Institut de veille sanitaire
<b>IRM</b>	Imagerie par résonance magnétique
<b>INSEE</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>KRAS</b>	Kirsten rat sarcoma viral oncogene homolog
<b>MIGAC</b>	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
<b>MERRI</b>	Mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
<b>NABM</b>	Nomenclature des actes de biologie médicale
<b>NGAP</b>	Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux
<b>ONDPS</b>	Observatoire national de la démographie des professions de santé
<b>P</b>	Lettre clé - Actes anatomo-cyto-pathologie - Code prestation Sécurité Sociale
<b>PAIR</b>	Programme d'action intégré de recherche
<b>PH</b>	Praticien hospitalier
<b>PHN</b>	Lettre clé P (anatomo-cyto-pathologie) hors nomenclature (marqueur d'activité servant aux établissements publics de bénéficier de financements complé-

	mentaires et parfois à facturer leurs prestations de consultation externe aux libéraux)
<b>PHRC</b>	Programme hospitalier de recherche clinique
<b>RCP</b>	Réunion de concertation pluridisciplinaire
<b>RHN</b>	Référentiel hors nomenclature
<b>SAE</b>	Statistique annuelle (d'activité) des établissements de santé - DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la santé
<b>SIS</b>	Système d'information de santé
<b>SROS</b>	Schéma régional d'organisation sanitaire
<b>SSA</b>	Service de santé des armées
<b>STIC</b>	Soutien aux techniques innovantes et coûteuses
<b>TDM</b>	Tomodensitométrie



## **Pour aller plus loin sur la double lecture systématique**

Site internet du SMPF : <http://www.smpf.info/>

### **1 - Avis du syndicat**

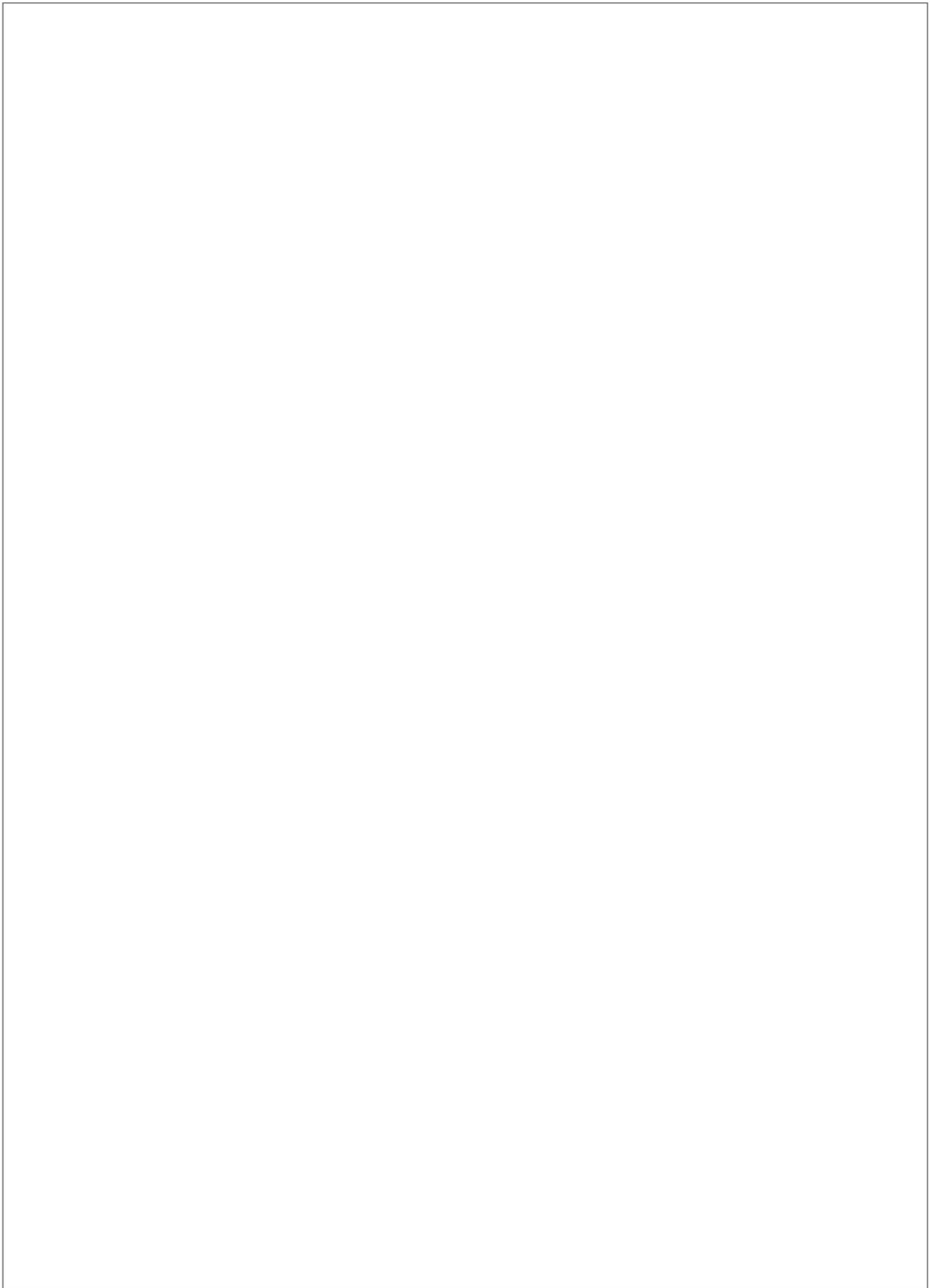
- Diaporama - La double lecture systématique - Impact professionnel - Carrefour Pathologie 23.11.2011
  - ☞ [http://www.smpf.info/telecharge/upload/DLS-IMPACT\\_PROFESSIONNEL\\_23\\_11\\_2011.pdf](http://www.smpf.info/telecharge/upload/DLS-IMPACT_PROFESSIONNEL_23_11_2011.pdf)
- Actu-Path - Actualités syndicales en Anatomie et Cytologie Pathologiques - 8 novembre 2011
  - ☞ [http://www.smpf.info/telecharge/upload/Actu-Path\\_081111.pdf](http://www.smpf.info/telecharge/upload/Actu-Path_081111.pdf)
- Actu-Path [du 3 octobre 2012](#)
  - ☞ <http://www.smpf.info>

### **2 - Avis du CNPath : Conseil National Professionnel des Pathologistes : Lettre à Madame Agnès Buzyn Présidente du Conseil d'Administration de l'INCA, du 14 octobre 2011**

- ☞ [http://www.afaqap.org/ecrire/upload/201110191914110.Courrier\\_CNPath.pdf](http://www.afaqap.org/ecrire/upload/201110191914110.Courrier_CNPath.pdf)

### **3 - Avis de l'AFAQAP (Association Française d'Assurance Qualité en ACP) : Analyse collégiale sur la double lecture systématique en ACP**

- ☞ [http://www.afaqap.org/IMG/pdf/dbl\\_lecture\\_CA\\_AFAQAP\\_v\\_19\\_03\\_10.pdf](http://www.afaqap.org/IMG/pdf/dbl_lecture_CA_AFAQAP_v_19_03_10.pdf)



# 10 ans !

2003 - 2012

Depuis 10 ans,  
en France,  
les conclusions,  
les recommandations  
les engagements officiels  
sur l'Anatomie et Cytologie Pathologiques  
(ACP)  
se succèdent et se ressemblent

Hélas, ils n'ont pas été appliqués...

**La section libérale  
du Syndicat des Médecins Pathologistes Français  
(SMPF)  
demande l'application sans délai  
des recommandations  
du Rapport Anatomie et Cytologie Pathologiques  
publié en Avril 2012 par  
le Ministère de la Santé**