



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

remboursement

Question écrite n° 93963

Texte de la question

Mme Michèle Delaunay attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur la nécessité d'assurer le remboursement des avis d'experts anatomopathologistes. En décembre 2009, la Haute autorité de santé a confirmé l'importance pour tout médecin pathologiste de pouvoir demander un avis quand il a un doute sur un rapport. La députée a interpellé en septembre 2010 Mme la ministre de la santé et des sports sur ce sujet par le biais d'une question écrite toujours d'actualité. Le diagnostic anatomopathologique est, dans nombre de spécialités, et en premier lieu en cancérologie, la clé de voûte de la décision thérapeutique et de la définition de la stratégie de prise en charge. Il requiert une certitude absolue, laquelle n'est pas toujours aisée à établir en raison de la variété des formes anatomopathologiques. Dans l'état actuel, les experts anatomopathologistes n'ont que deux possibilités. Soit ils ne demandent pas de règlement de la deuxième lecture qui leur est demandée, et, dans ce cas, ils portent tort à l'évaluation de leur activité et de celle de leur service, car il s'agit le plus souvent de pathologistes hospitaliers ; soit ils demandent le règlement de leur acte et c'est alors le pathologiste qui a sollicité leur avis qui doit assurer ce règlement. Il s'agit donc d'une situation aberrante. Ce sont les pathologistes les plus consciencieux, ne voulant pas rendre un avis déterminant pour l'avenir des patients sans certitude, qui sont pénalisés. Le remboursement par la sécurité sociale de ce deuxième avis doit être encadré. Une étude récente montre que cette deuxième lecture est demandée dans environ 1 % des cas (un prélèvement sur 100 soumis aux pathologistes est l'objet d'un doute suffisant pour imposer l'avis d'un expert). Ce taux est faible, et cela assure que le coût pour l'assurance sociale resterait dans des limites très acceptables au regard du bénéfice attendu. En effet, un diagnostic pathologique erroné, et en particulier un diagnostic non adéquat de cancer, génère la mise en œuvre d'une suite de traitements et d'hospitalisations extrêmement coûteux qui, grâce à la deuxième lecture, peuvent dans un nombre de cas non négligeable être évités. Les données de l'étude précédemment citée démontrent que, sur 3 769 documents anatomopathologiques adressés aux experts aquitains, 90 % correspondaient à une pathologie cancéreuse. Dans 75 % de ces cas une modification radicale des choix thérapeutiques a été décidée à la lecture de ce deuxième avis, augmentant de ce fait les chances de guérison du patient. Et dans 9 % des cas, une discordance entre pathologie maligne et pathologie bénigne a été redressée. On comprend au vu de ces chiffres le bénéfice considérable de cette deuxième lecture par un expert qui est bien souvent un expert d'organes, et dont l'avis est obligatoirement plus précis que celui d'un pathologiste « généraliste ». Ce bénéfice est bien évidemment d'abord humain car il correspond à un grand nombre d'années de vie gagnées pour les malades, à une meilleure adaptation des traitements ; c'est aussi un bénéfice financier car, dans nombre de cas, des séquences thérapeutiques déployées sur des mois ou des années et pouvant atteindre des millions d'euros sont évitées. En regard de cela, le coût de l'examen de l'expert qui est de l'ordre de 100 euros peut être considéré comme dérisoire. Il faut bien sûr encadrer le nombre de deuxièmes lectures remboursées pour chaque laboratoire d'anatomopathologie que l'on peut, après concertation avec ces laboratoires, déterminer aux alentours de 1 % de l'activité de chacun. Sans cette décision, et si par exemple la deuxième lecture était facturée au patient lui-même sans remboursement, nous arriverions à une situation extrêmement choquante dans laquelle seuls les malades en ayant les moyens pourraient bénéficier de la certification de leur diagnostic. Depuis, plusieurs médecins ont interpellé le Conseil national de la pathologie (CNPath) par le biais d'une lettre de saisine et ont constitué une commission. Après plusieurs réunions à la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la dernière en date d'octobre 2015 laissait entendre qu'un financement spécifique pouvait être trouvé pour cet acte et qu'une personne au sein du bureau R3 de la DGOS allait être rapidement désignée pour être responsable de

ce dossier afin qu'une solution soit trouvée à l'horizon mars 2016. À ce jour, aucune personne n'a été nommée. Aussi, elle lui demande ce que le Gouvernement entend mettre en œuvre pour assurer cette légitime valorisation, particulièrement attendue dans le milieu hospitalier.

Données clés

Auteur : [Mme Michèle Delaunay](#)

Circonscription : Gironde (2^e circonscription) - Socialiste, républicain et citoyen

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 93963

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : Affaires sociales et santé

Ministère attributaire : Solidarités et santé

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [15 mars 2016](#), page 2077

Question retirée le : 20 juin 2017 (Fin de mandat)