

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET FORMATION INITIALE EN CANCÉROLOGIE

DONNÉES 2016-2017

Réduire les disparités régionales de l'offre de soins est un enjeu majeur des politiques de santé afin de garantir aux patients la qualité et l'égalité d'accès aux soins. De nombreuses mesures sont prises par les pouvoirs publics pour lutter contre la désertification médicale et cette analyse démographique, prévue par le Plan cancer 2014-2019, vise à éclairer les décisions publiques dans l'ouverture de postes en cancérologie.

Par ailleurs, le Plan cancer prévoit d'adapter les formations des professionnels intervenant en cancérologie afin de garantir une formation de qualité. Ces évolutions sont observées avec la réforme des troisièmes cycles des études médicales.

À cette fin, un état des lieux est proposé ; il s'appuie sur des indicateurs relatifs au volume d'activité, à l'évolution de l'âge des professionnels et à la formation en cancérologie afin d'identifier les régions en situation de fragilité.

Les données relatives à la formation de ces spécialistes étant attachées aux unités de formation et de recherche (UFR) de médecine et aux centres hospitaliers universitaires, l'analyse porte sur les anciennes régions administratives pour les comparer les unes aux autres afin d'identifier plus finement d'éventuels besoins de postes.

AUTEURS

Vanessa Rouchès-Koenig¹,
Estelle Ménard²,
Samuel De Luze¹,
Lionel Lafay²,
Philippe-Jean Bousquet²

¹ Département Organisation et parcours de soins, pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer

² Direction Observation, sciences des données, évaluation, Institut national du cancer

RÉPERTOIRE PARTAGÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) est le répertoire unique de référence qui rassemble et publie des informations permettant d'identifier des professionnels de santé, sur la base d'un « numéro RPPS » attribué au professionnel toute sa vie.

PROGRAMME DE MÉDICALISATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION

Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) est un dispositif permettant aux établissements de soins d'exploiter des informations quantifiées et standardisées sur leur activité. Il permet aussi de disposer de données d'hospitalisation dans les secteurs publics et privés. Pour cette analyse, seules les données d'hospitalisation du secteur médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) ont été exploitées.

VOLUME D'ACTIVITÉ DES PROFESSIONNELS

- **Activité des anatomocytologistes (ACP) :** ratio du nombre de personnes prises en charge pour au moins un acte de chirurgie, une séance de chimiothérapie ou une séance de radiothérapie (PMSI-MCO toutes tumeurs) rapporté aux effectifs des ACP en activité.
- **Activité des oncologues :** ratio du nombre de séances et séjours de chimiothérapie (PMSI-MCO toutes tumeurs) rapporté aux effectifs d'oncologues médicaux en activité. Les effectifs des onco-hématologues sont comptabilisés dans l'activité des oncologues médicaux.
- **Activité des oncologues radiothérapeutes :** ratio du nombre de séances et séjours de radiothérapie (PMSI-MCO toutes tumeurs) ainsi que les données de radiothérapie libérale recueillies (CNAM). Les actes d'irradiation et de curiethérapie n'ont pas été inclus dans l'analyse.

À partir de la moyenne nationale, un intervalle de confiance à 95 % a été calculé afin d'identifier les disparités régionales et situer les régions les unes par rapport aux autres. Les régions ont été regroupées en trois groupes : les régions avec des résultats autour de la moyenne, supérieurs à la moyenne (régions dites « fragiles ») et inférieurs à la moyenne.

Cette fiche dresse un état de la situation démographique des spécialités médicales en anatomocytologie, en oncologie médicale, onco-hématologie et oncologie radiothérapie intervenant directement ou indirectement dans le traitement du cancer.

Les analyses régionales ont été effectuées à partir des données 2016-2017 issues du PMSI, du RPPS, des arrêtés et d'enquêtes de recueils.

CE QUE PRÉVOIT LE PLAN CANCER 2014-2019

Objectif 4 : Adapter les formations des professionnels aux évolutions de la cancérologie :

- Action 4.5 : Garantir la qualité des formations initiales et continues en cancérologie ;
- Action 4.7 : Pour réduire les inégalités territoriales, éclairer les décisions publiques dans l'ouverture de postes en cancérologie par un échange annuel entre les ARS, la conférence des présidents d'université, les ministères de la Santé et de la Recherche et l'INCa en s'appuyant notamment sur l'analyse de la démographie médicale réalisée par l'INCa et l'ONDPS.

VOLUME D'ACTIVITÉ ET VIEILLISSEMENT DES PROFESSIONNELS

Deux indicateurs sont constitués : le volume d'activité et le vieillissement des professionnels :

- le volume d'activité vise à apporter un éclairage sur la charge de travail théorique des professionnels.
- le vieillissement des professionnels permet d'évaluer l'impact des prochains départs à la retraite sur la charge de travail des professionnels en activité.

Ces deux facteurs réunis permettent de classer les régions en fonction de la disponibilité de l'offre et de la qualité des soins.

▲ L'anatomocytologie, une profession vieillissante

Les anatomocytologistes contribuent au diagnostic des cancers. Ils apportent également une aide importante aux chirurgiens en leur confirmant ou non, pendant leur intervention, la malignité d'une tumeur. Ils participent aux réunions de concertation pluridisciplinaires.

En 2016, le RPPS recense 1 651 anatomocytologistes en activité en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, ce qui représente une hausse de 5 % par rapport aux effectifs de 2015.

L'anatomocytologie est une profession où les femmes sont fortement représentées avec 62 % de la profession (1 028 femmes et 623 hommes).

Le vieillissement des professionnels est un facteur important de fragilisation démographique. L'âge moyen est de 52 ans. La part des anatomocytologistes de 55 ans et plus est passée de 32 % en 2009 à 43 % en 2012 pour atteindre 49 % en 2016.

En moyenne, un anatomocytologiste a pris en charge 451 patients atteints de cancer en 2016.

L'oncologie médicale est une spécialité relativement jeune avec un âge moyen de 47 ans. En 2016, les oncologues médicaux âgés d'au moins 55 ans représentent 27 % de l'effectif national. Aucune région métropolitaine ne compte plus de 50 % d'oncologue médical âgé de plus de 55 ans.

En moyenne, un oncologue médical a réalisé 3 054 séances de chimiothérapie en 2016.

LES RÉGIONS DITES

« FRAGILES »

Sur les 27 anciennes régions 7 présentent un nombre de séances de chimiothérapie par oncologue médical supérieur à la moyenne : Languedoc-Roussillon, Guadeloupe, Nord-Pas-de Calais, Centre, Martinique, Bretagne et Picardie.

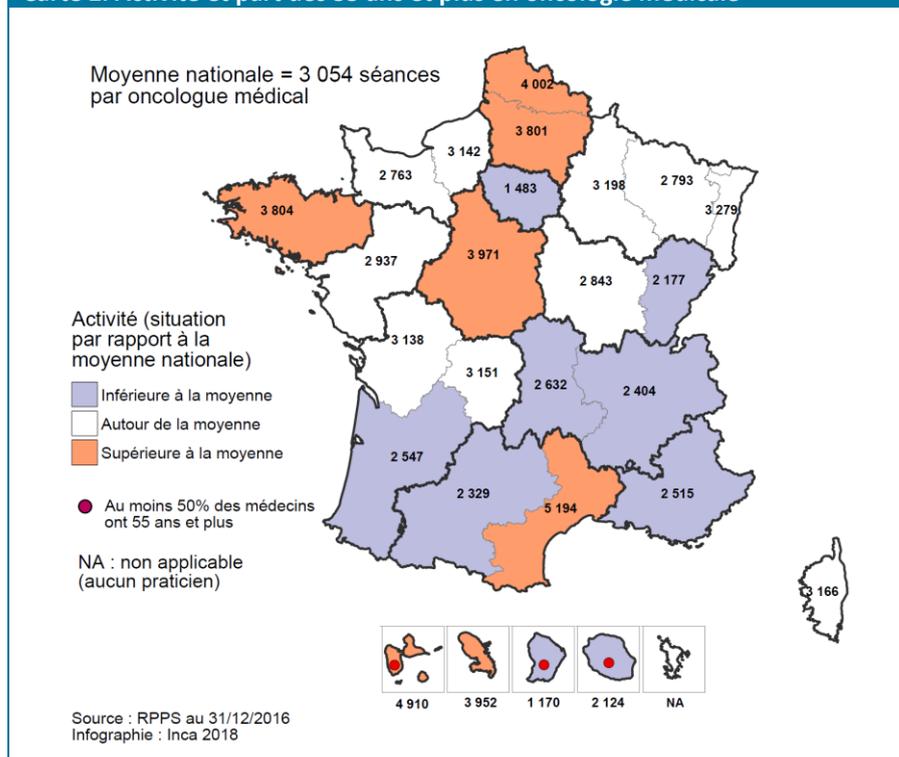
Situation des DOM

Les 2 oncologues de Guadeloupe ont une activité de 60 % plus élevée que la moyenne nationale, et sont âgés de plus de 55 ans.

La Martinique présente une activité de 29 % plus élevée que la moyenne nationale et enregistre la plus forte hausse d'activité entre 2015 et 2016, soit 17 % de patients supplémentaires par oncologue (pour 3 oncologues sur ce territoire).

En Guyane, les 2 oncologues médicaux en activité sont âgés de 55 ans ou plus.

Carte 2. Activité et part des 55 ans et plus en oncologie médicale



LES CHIFFRES CLÉS ONCOLOGUES MÉDICAUX

Âge moyen : **47 ans**

55 ans et + : **27 %**

Avec l'arrivée de 6 oncologues en Alsace et 4 en Champagne-Ardenne en 2016, ces deux régions se trouvent dans une situation plus favorable.

La région Provence-Alpes-Côtes-d'Azur est la région métropolitaine avec le plus d'oncologues âgés d'au moins 55 ans (33 %). Le Languedoc-Roussillon est la région avec la plus forte activité avec en moyenne 5 194 séances de chimiothérapie par oncologue.

FAITS MARQUANTS EN ONCOLOGIE MÉDICALE

- Un quart des oncologues médicaux sont âgés de 55 ans et plus.
- Si l'oncologie médicale est une spécialité « jeune », ce n'est pas le cas en Guadeloupe et en Guyane où 100 % des médecins ont plus de 55 ans, et plus de 60 % à la Réunion.
- Deux régions à forte activité se démarquent : Languedoc-Roussillon (70 % de séances de chimiothérapie en plus par oncologue médical par rapport à la moyenne nationale) et Guadeloupe (61 %). Les cinq autres régions fragiles ont une activité entre 24 % et 31 % plus élevée que la moyenne.
- La Guadeloupe est la seule région cumulant des critères d'activité et de vieillissement défavorables. Les futurs départs à la retraite pourraient augmenter considérablement le volume d'activité des oncologues qui assurent déjà une activité importante.

▲ La radiothérapie, une profession qui se féminise

Les oncologues radiothérapeutes sont des spécialistes du traitement des cancers utilisant des méthodes thérapeutiques à base de rayonnements ionisants pour détruire localement les cellules cancéreuses.

En 2016, le RPPS dénombre 895 oncologues radiothérapeutes en activité en France métropolitaine et départements d'outre-mer, ce qui représente une augmentation de 8 % par rapport aux effectifs de 2015. La majorité des oncologues radiothérapeutes sont des hommes (529 hommes et 365 femmes). C'est une profession qui a tendance à se féminiser, les femmes représentaient 37 % en 2013 pour atteindre 41 % en 2016.

L'âge moyen des professionnels de cette spécialité est de 48 ans. Parmi les oncologues radiothérapeutes en activité, 41 % sont âgés d'au moins 55 ans en 2016.

En moyenne, un oncologue radiothérapeute a réalisé 4 156 séances de radiothérapie en 2016.

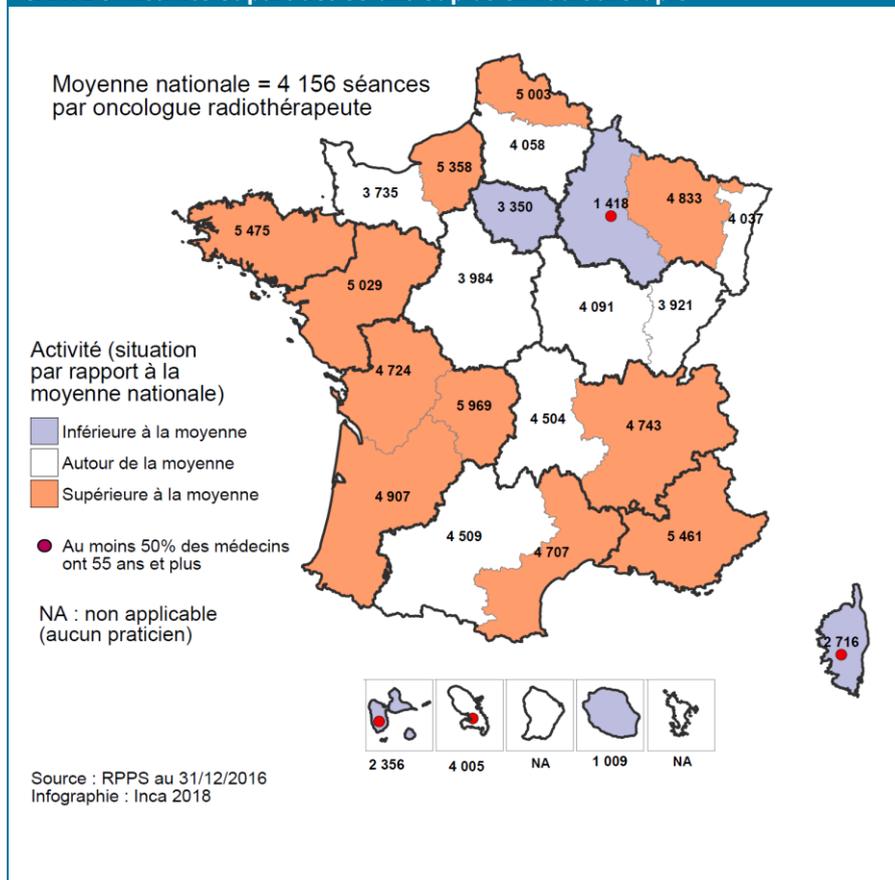
LES CHIFFRES CLÉS

ONCOLOGUES RADIOTHÉRAPEUTES

Âge moyen : **48 ans**

55 ans et + : **41 %**

CARTE 3. Activité et part des 55 ans et plus en radiothérapie



LES RÉGIONS DITES

« FRAGILES »

Sur les 27 anciennes régions, 11 régions ont un nombre de séances de radiothérapie par professionnel supérieur à la moyenne nationale : Limousin, Bretagne, PACA, Haute-Normandie, Pays-de-la-Loire, Nord-Pas de-Calais, Aquitaine, Lorraine, Rhône-Alpes, Poitou-Charentes, Languedoc-Roussillon.

Situation des DOM

En Guadeloupe : tous les oncologues radiothérapeutes ont 55 ans et plus.
En Martinique : 4 sur 5 ont plus de 55 ans.

Les deux régions métropolitaines ayant plus de la moitié des oncologues radiothérapeutes âgés de plus de 55 ans sont la Champagne-Ardenne et la Corse mais l'activité des professionnels y est inférieure à la moyenne nationale.

Contrairement aux autres spécialités, aucun oncologue radiothérapeute n'est présent en Guyane, le département ne disposant pas d'installation dédiée à la radiothérapie.

Le Limousin est la région dans laquelle on observe la plus forte activité avec en moyenne 5 969 séances de radiothérapie par praticien.

Parmi les onze régions à forte activité, neuf avaient déjà été identifiées comme telles en 2015 et deux ont vu leur situation se détériorer : il s'agit des régions Lorraine et Rhône-Alpes.

FAITS MARQUANTS EN RADIOTHÉRAPIE

- L'activité est élevée pour les oncologues radiothérapeutes sur le territoire et touche onze régions en situation démographique fragile.
- Parmi ces onze régions, quatre présentent une activité par praticien nettement plus élevée que la moyenne nationale : Limousin (+44 %), Bretagne (+32 %), PACA (+31 %) et Haute-Normandie (+29 %).
- L'âge moyen (48 ans) est semblable à celui des oncologues médicaux (47 ans).

FAITS MARQUANTS POUR LES TROIS SPÉCIALITÉS

- Deux régions à forte activité sont communes aux 3 spécialités étudiées : Nord-Pas-de-Calais et Bretagne.
- L'anatomocytopathologie cumule les critères de fragilité d'activité et de vieillissement des professionnels dans 4 régions.
- La majorité d'anatomocytopathologistes âgés de plus de 55 ans s'observe dans 11 régions (versus 3 régions en oncologie médicale et 4 en radiothérapie).

QU'EST-CE QUE LA FILIARISATION ?

La filiarisation introduite par la loi est un dispositif visant à ouvrir un nombre de postes d'internes de médecine par spécialité et par subdivision.

À l'issue des épreuves classantes nationales (ECN), l'interne choisit en fonction de son rang de classement une subdivision et une spécialité d'affectation dans la liste des postes ouverts, fixée par arrêté annuel pour une période de 5 ans.

LA FORMATION INITIALE ET LA FILIARISATION

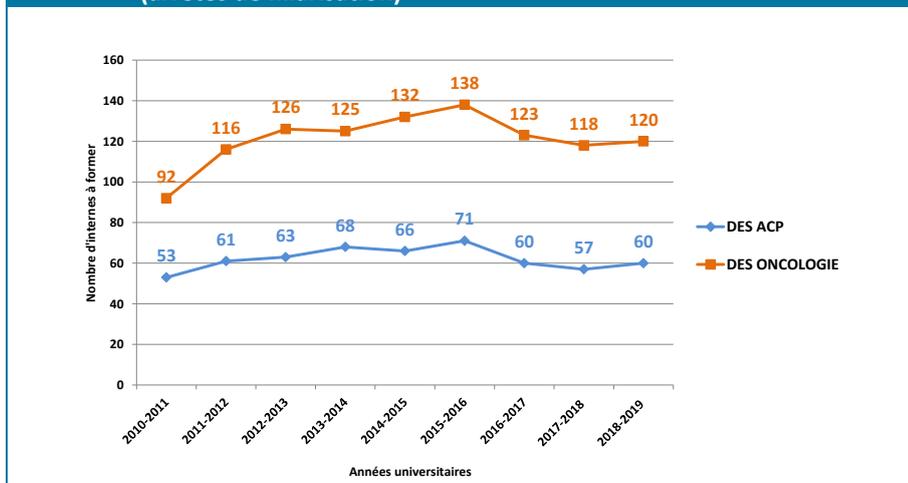
▲ Filiarisation

Depuis la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009, la formation initiale des études de santé a évolué avec la mise en place de la filiarisation du 3^e cycle.

Ce dispositif nécessite d'anticiper les besoins en effectifs médicaux pour veiller à une répartition adéquate sur le territoire, assurant une égalité d'accès aux soins bien que les lieux de formation ne présagent pas des choix d'installation. Cette adéquation doit se faire en fonction du diagnostic réalisé par les agences régionales de santé (ARS) sur les besoins médicaux pour l'accès de tous aux soins.

Entre le premier arrêté de filiarisation (2010) et 2018, on constate une augmentation du nombre de postes d'internes à former de 30 % en oncologie et de 13 % en anatomocytopathologie (Figure n°1).

FIGURE 1. Nombre d'internes à former en des d'oncologie et des d'anatomie et cytologie pathologiques par année universitaire depuis 2010 (arrêtés de filiarisation)



DONNÉES ET CALCUL DES COHORTES

Les internes à former sur 5 ans proviennent de l'arrêté pluriannuel du 10 juillet 2014 déterminant pour la période 2014-2018 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision.

Solde de la cohorte

Il s'agit de la différence entre les effectifs de la cohorte ECN 2014 et les effectifs définitivement inscrits en DES de la spécialité deux ans plus tard en 2016 (Sources : ONDPS).

Des choix de spécialité globalement confirmés

L'interna peut confirmer ou modifier son choix à la fin de son quatrième semestre d'internat s'il n'a pas utilisé le « changement de pré-choix » ou du « droit au remords » lui permettant de changer de spécialité ou de discipline.

En 2016, à l'issue de l'inscription définitive (3^e année de DES), une réduction des effectifs est observée au niveau national sur la cohorte en oncologie (- 6 internes) et en anatomocytopathologie (- 3 internes). Ces cohortes démontrent qu'à l'issue des deux premières années, les internes sont globalement inscrits dans la filière initialement choisie.

Si la description au niveau territorial est approfondie, l'amplitude des flux varie entre les UFR. Il existe des flux sortants correspondant à des départs définitifs (redoublements pour repasser les ECN, arrêt des études de médecine) ou temporaires retardant l'inscription définitive (congés maladie ou maternité) mais également des flux entrants (reprise après un congé) ou des flux interdisciplinaires et interspécialités à l'intérieur d'une même discipline. Cependant, les données exploitées par l'INCa ne permettent pas d'identifier la nature des flux entrants et sortants (congés, etc.).

Compte tenu du nombre restreint d'inscrits en DES d'hématologie (entre 1 et 2 internes dans la majorité des Unités de Formation et de Recherche), il n'a pas été possible d'analyser la cohorte des ECN entre la 1^{re} et la 3^e année de formation.

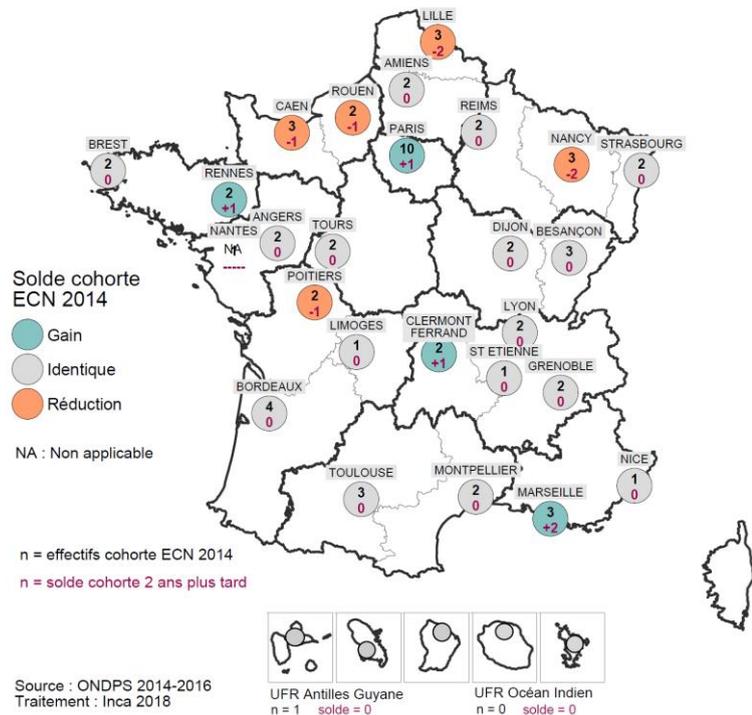
Pour les deux spécialités, les résultats calculés en pourcentage sont à prendre avec précaution compte tenu des effectifs parfois faibles.

RÉSULTATS DE LA COHORTE DU DES D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES PAR UFR

Le solde de la cohorte du DES d'ACP exprimé en effectifs est négatif (moins d'internes définitivement en formation dans la spécialité 2 ans après l'ECN) au sein des UFR de Nancy et Lille qui enregistrent les réductions les plus importantes avec 2 internes en moins (67 %), suivies de celles de Rouen, Poitiers et Caen.

En revanche, on observe un solde positif (augmentation des internes inscrits dans la spécialité) au sein des UFR de Marseille, Clermont-Ferrand, Rennes et Paris.

CARTE 4. Solde de la cohorte ECN 2014 du DES d'anatomie et cytologie pathologiques

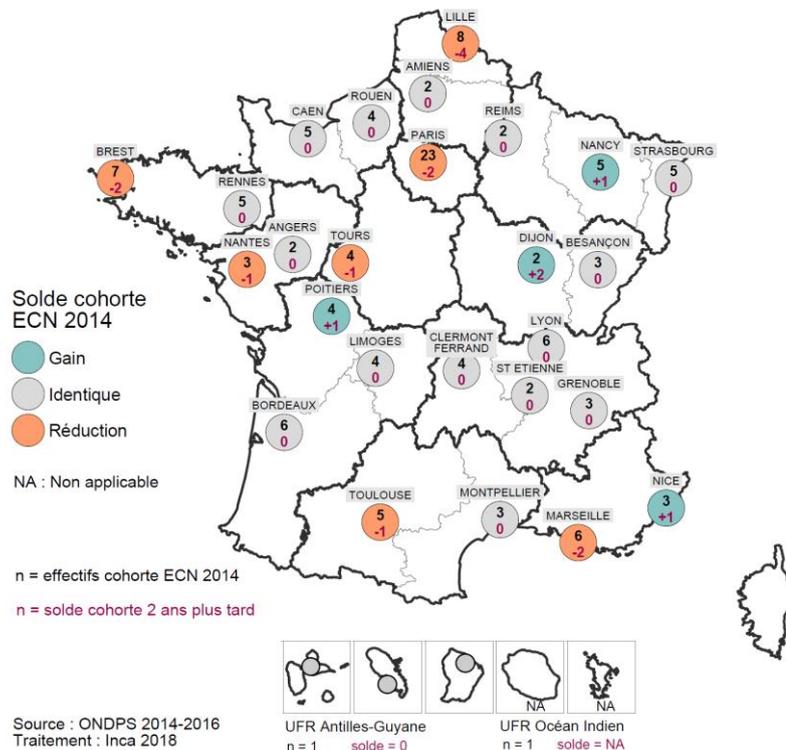


RÉSULTATS DE LA COHORTE DU DES D'ONCOLOGIE PAR UFR

Le solde de la cohorte en « oncologie médicale » est négatif avec une désaffection dans les UFR de Lille, Marseille, Nantes, Brest, Tours, Toulouse et Paris.

En revanche, le solde de la cohorte est positif dans les UFR de Dijon : + 2 internes (100 %), Nice, Poitiers et Nancy, par ordre décroissant.

CARTE 5. Solde de la cohorte ECN 2014 du DES d'oncologie



L'UFR de Lille est la seule à avoir enregistré, en 2016, une perte d'internes en formation aussi bien en anatomocytopathologie qu'en oncologie.

FAITS MARQUANTS SUR LA FILIARISATION

Les prévisions des postes d'internes à former des arrêtés pluriannuels sont en adéquation avec les effectifs en formation observés par l'ONDPS auprès des UFR de médecine :

- en oncologie : 125 postes pourvus en 2014 (ONDPS) pour 132 postes ouverts (arrêté 2014) ;
- en anatomocytopathologie : 65 postes pourvus (ONDPS) pour 66 postes ouverts (arrêté 2014).

Les capacités d'encadrement des internes

Depuis la mise en place du dispositif de filiarisation, le nombre d'internes définitivement inscrits en DES d'anatomie et cytologie pathologiques et d'oncologie (de la 3^e à la 5^e année) a évolué respectivement de 118 % et 115 % entre 2010 et 2016.

Les objectifs d'augmenter de 20 % la densité moyenne des postes d'internes qui étaient prévus dans le Plan cancer 2009-2013 sont largement atteints. Toutefois, l'évolution des effectifs d'enseignants ne suit pas cette même progression. Les effectifs des enseignants titulaires (PU-PH, MCU-PH) et temporaires (AHU, CCA, PHU) assurant l'encadrement des internes ont diminué de 8 % en anatomocytopathologie et de 3 % pour le DES oncologie entre 2010 et 2016.

DONNÉES SUR LES CAPACITÉS D'ENCADREMENT

Les internes inscrits en 3^e année en 2016/2017 (enquête réalisée par l'ONDPS auprès des UFR de médecine) dans les DES d'oncologie, d'anatomie et cytologie pathologiques et d'hématologie.

Les effectifs des enseignants au 1^{er} janvier 2016 sont issus des arrêtés publiés sur le site du ministère de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.

La capacité d'encadrement

Le nombre d'enseignants sur le nombre d'internes en formation auquel a été calculé un intervalle de confiance. Pour plus de lisibilité, ce ratio correspond au nombre d'enseignants pour 10 internes inscrits.

Les effectifs des enseignants sont recensés pour le DES d'oncologie sans dissociation des deux options, ce qui ne permet pas d'observer la capacité d'encadrement pour l'oncologie médicale et la radiothérapie séparément.

Tableau 1. Taux d'évolution des internes et des enseignants entre 2010 et 2016

	Effectifs des internes en formation de la 3 ^e à la 5 ^e année			Effectifs des enseignants titulaires et temporaires		
	2010	2016	Taux d'évolution	2010	2016	Taux d'évolution
DES Oncologie	168	362	115 %	262	253	- 3 %
DES ACP	98	214	118 %	246	225	- 8 %

Sources : arrêtés du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation.

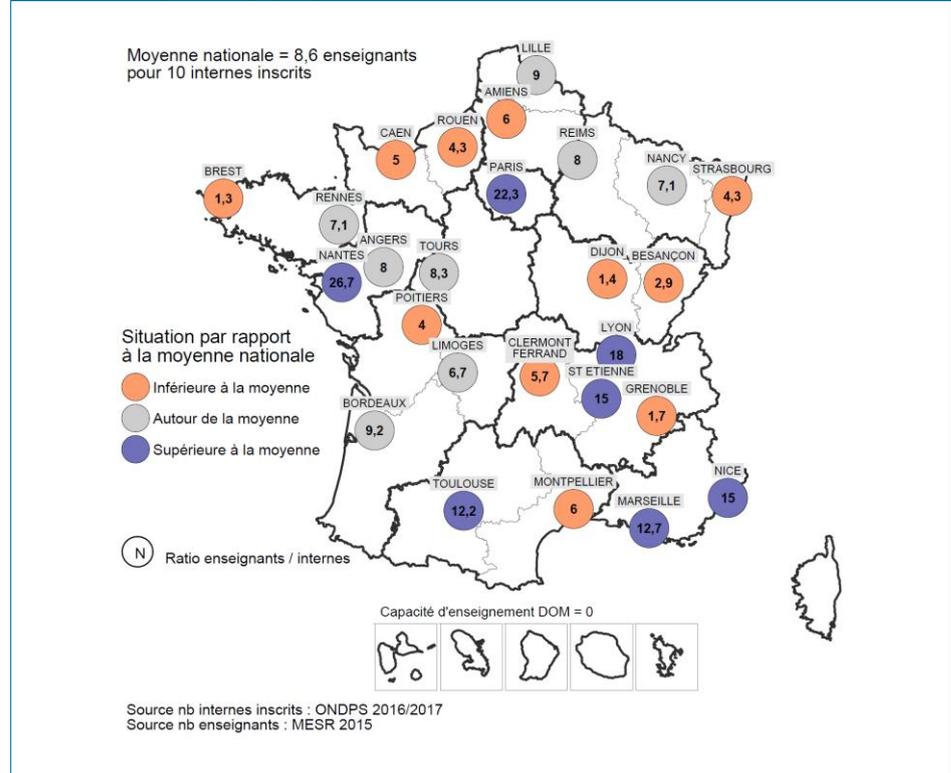
RÉSULTATS

Rappel : pour plus de lisibilité, ce ratio correspond au nombre d'enseignants pour 10 internes inscrits.

Les UFR avec des capacités d'encadrement s'éloignant le plus de la moyenne nationale sont celles de : Brest, Dijon, Grenoble, Besançon, Poitiers, Strasbourg, Rouen, Caen, Clermont-Ferrand, Montpellier et Amiens.

A contrario, les UFR pour lesquelles il y a plus d'encadrants que d'internes sont celles de : Nantes, Paris, Lyon, Nice, Saint-Etienne, Marseille, Toulouse.

CARTE 6. Capacité d'encadrement du DES d'anatomie et cytologie pathologique par CHU

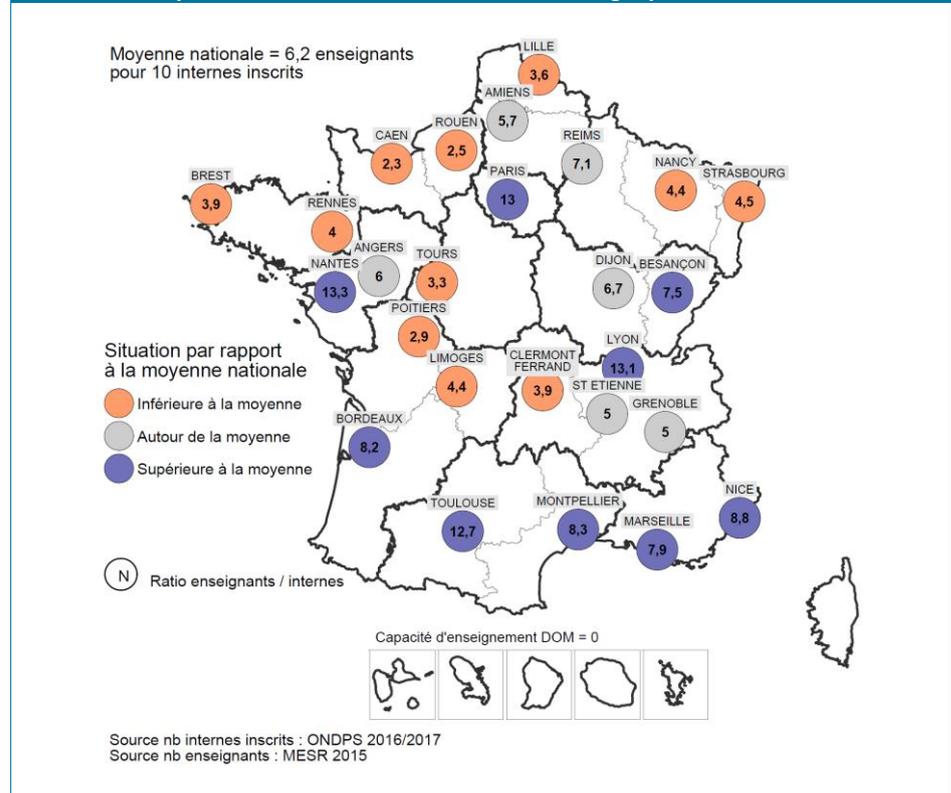


RÉSULTATS

Les UFR avec des capacités d'encadrement s'éloignant le plus de la moyenne nationale sont celles de : Basse-Normandie, Haute-Normandie, Poitou-Charentes, Centre, Nord-Pas-de Calais, Auvergne, Bretagne (pour ses deux CHU), Limousin, Lorraine et Alsace.

A contrario, les UFR pour lesquelles il y a plus d'encadrants que d'internes sont celles de : Pays de la Loire pour le CHU de Nantes, Rhone-Alpes pour Lyon, Paris, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Aquitaine, PACA (pour ses deux CHU) et Franche-Comté.

CARTE 7. Capacité d'encadrement du DES d'Oncologie par CHU



Les UFR communes aux DES d'oncologie et d'anatomie et cytologie pathologiques ayant des capacités d'encadrement inférieures à la moyenne sont celles de : Brest, Caen, Rouen, Poitiers, Strasbourg et Clermont-Ferrand.

▲ Focus sur d'autres spécialités intervenant en cancérologie

Les spécialistes d'organes

L'activité des oncologues médicaux et des oncologues radiothérapeutes est dédiée à la cancérologie mais certains spécialistes d'organes, souvent à l'origine du diagnostic, assurent également le traitement des cancers dans leur spécialité d'origine.

Les cancers les plus fréquents sont les cancers de la prostate, du sein, du côlon-rectum et du poumon dont les spécialistes d'organes sont urologues, gynécologues médicaux, gastro-entérologues et pneumologues qualifiés ou compétents pour le traitement médical du cancer.

Sur les 11 040 spécialistes (pneumologues, gastro-entérologues, gynécologues médicaux et urologues) recensés au 1^{er} janvier 2018 dans le RPPS, 985 (9 %) d'entre eux sont compétents ou qualifiés pour primo-prescrire les traitements médicaux du cancer selon les sources universitaires et ordinales depuis 2010 (voir le tableau ci-dessous).

LA COMPÉTENCE EN CANCÉROLOGIE

Sont compétents en cancérologie les spécialistes qui ont obtenu par l'université, soit le Diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de cancérologie option « traitements médicaux des cancers », soit la reconnaissance du DESC par la validation des acquis d'expérience (VAE) par voie universitaire ou ordinale du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM).

Sont qualifiés en cancérologie, les spécialistes titulaires du diplôme d'études spécialisés (DES) d'oncologie ou ceux qui ont obtenu la qualification en oncologie par les commissions du CNOM.

TABLEAU 2. Spécialistes compétents et qualifiés en cancérologie (effectifs et part en %)

Spécialité d'origine	Effectifs (sources RPPS au 1 ^{er} janvier 2018)	UNIVERSITÉ		CNOM		Part des spécialistes compétents et qualifiés en cancérologie (en %)
		DESC de cancérologie validés par diplôme (sources CNEC depuis 2010)	VAE DESC cancérologie (sources MESR depuis 2012)	VAE ordinale DESC cancérologie (depuis 2015)	Reconnaissance qualification en cancérologie par les commissions du CNOM (depuis 2010)	
Pneumologie	3 096	162	43	19	3	7
Hépto-Gastro- entérologie	3 846	236	38	20	3	8
Gynécologie médicale	2 786	23	2	-	1	1
Urologie	1 312	-	2	433	-	33
TOTAL	11 040	421	85	472	7	9

Traitement : Institut national du cancer (INCa) 2018, sources RPPS, Collège national des enseignants en cancérologie (CNEC), ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (MESR), Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM).

Toutefois, ces données sous-estiment probablement les effectifs. Elles ne comptabilisent pas tous les professionnels qui auraient acquis, antérieurement à 2010, une compétence en cancérologie, ni ceux qui déclarent pratiquer la primo-prescription de chimiothérapie dans des enquêtes de recueil. En effet, sur 1 136 pneumologues répondant à une enquête de 2013, 504 d'entre eux déclarent pratiquer la primo-prescription de chimiothérapie [1].

Les nouvelles formations mises en place par la réforme des 3^e cycles d'études médicales vont permettre à des spécialistes de se former à la primo-prescription et à la réalisation des traitements médicaux anticancéreux.

Les pédiatres

Au 1^{er} janvier 2018, le RPPS recense 8 217 pédiatres dont 55 d'entre eux (0,7%) se sont formés à la cancérologie depuis 2010 (54 par la voie universitaire du DESC et de la VAE et 1 par la VAE du CNOM). Ces pédiatres interviennent directement auprès des enfants atteints de cancer et peuvent primo prescrire des traitements médicamenteux.

Ces données ne tiennent pas compte des pédiatres ayant suivi le diplôme inter-universitaire d'oncologie pédiatrique (DIUOP).

Le nombre de pédiatres formés à la cancérologie devrait évoluer avec la création de la formation spécialisée transversale en cancérologie qui comprend une déclinaison dédiée à l'hémato-cancérologie pédiatrique.

CE QUE PRÉVOIT L'ARRÊTÉ DU 21 AVRIL 2017

L'arrêté du 21 avril 2017 fixant la liste des DES, des options et des FST du 3^e cycle des études de médecine prévoit que la FST cancérologie sera organisée sous deux déclinaisons : « Hémato-cancérologie pédiatrique » et « Traitements médicaux des cancers » pour les adultes. Cette dernière sera organisée avec un tronc commun et des modules spécifiques pour la dermatologie, l'endocrinologie, la gynécologie médicale et la gynécologie obstétrique, l'hépatogastro-entérologie, la neurologie, la pneumologie, la rhumatologie, l'oto-rhino-laryngologie-chirurgie cervico-faciale et chirurgie maxillo-faciale et l'urologie.

▲ Une formation universitaire qui évolue

La réforme des 3^e cycles d'études médicales, mise en œuvre depuis la rentrée universitaire 2017, a pour objectif de garantir à tous les étudiants une formation de haut niveau et d'améliorer la qualité des soins. Sa nouvelle organisation est prévue dans l'arrêté du 12 avril 2017 et les maquettes de diplômes sont publiées dans l'arrêté du 21 avril 2017.

Elle donne lieu à la suppression des diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) de type I, dits non-qualifiants mais conférant une compétence pour la spécialité d'origine et des DESC de type II, dits qualifiants. Ces DESC deviennent soit des DES à part entière, soit des options de DES, soit des Formations spécialisées transversales (FST).

Ces changements reconnaissent le DES comme étant l'unique diplôme nécessaire et suffisant à l'exercice de la spécialité. Les DES sont organisés en trois phases : une phase socle permet l'acquisition de base de la spécialité et des compétences transversales nécessaires à l'exercice de la spécialité suivie ; une phase d'approfondissement porte plus précisément sur l'exercice de la spécialité choisie et une phase dite de consolidation qui vise à consolider l'ensemble des connaissances et compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de la spécialité et l'autonomisation croissante de l'étudiant.

Le DESC de cancérologie option « traitements médicaux des cancers » principalement suivi par les spécialistes d'organes, devient une FST cancérologie avec deux déclinaisons : « Hémato-cancérologie pédiatrique » et « Traitements médicaux des cancers ». Cette formation dispensée sur une année, validera la compétence en cancérologie et sera effective à la rentrée 2019.

La particularité de la FST est qu'elle peut être suivie durant la formation initiale mais également tout au long de la vie des médecins contrairement à la compétence du DESC de cancérologie pour lequel les inscriptions devaient se faire avant la fin du cinquième stage de l'internat.

LA FST CANCÉROLOGIE SUIVIE EN FORMATION INITIALE ET CONTINUE DURÉE : 1 AN

DES QUOTAS ANNUELS FIXÉS PAR ARRÊTÉ

CONCLUSION

Entre 1990 et 2018, le nombre de nouveaux cas de cancers a fortement augmenté. Ce phénomène s'explique principalement par l'accroissement et le vieillissement de la population : +65 % chez l'homme et +93 % chez la femme [2].

L'analyse de la démographie de ces professions a permis d'identifier cinq régions en situation de fragilité, cumulant une activité importante et un vieillissement des professionnels. Pour l'anatomocytopathologie, il s'agit du Poitou-Charentes, de la Corse, l'Auvergne et la Lorraine ; pour l'oncologie médicale, la Guadeloupe cumule ces deux critères.

Les enjeux autour de la formation des professionnels du cancer demeurent par conséquent majeurs afin de garantir aux patients l'accès à une offre de qualité dispensée par les différents spécialistes du cancer. Toutefois, les lieux de formation ne présagent pas du lieu d'installation du praticien diplômé et l'impact complet de la réforme sur la démographie médicale des spécialistes en cancérologie ne pourra se mesurer que d'ici quelques années. La filiarisation et la réforme du 3^e cycle des études médicales favorisent l'augmentation du nombre d'internes en veillant à leur adéquation aux besoins territoriaux et contribuant à réduire les disparités territoriales observées.

Cette réforme devrait adapter la formation des professionnels aux évolutions de la cancérologie. La Formation spécialisée transversale (FST) cancérologie devrait également permettre d'accroître le nombre de professionnels assurant la primo-prescription des traitements médicamenteux par les spécialistes d'organes.

Par ailleurs, l'objectif du Plan cancer qui vise à améliorer la formation initiale en cancérologie en proposant des formations de qualité ne pourra être atteint qu'à la condition que les capacités d'encadrement soient également adaptées. Ainsi, l'analyse mettant en exergue les UFR avec une faible capacité d'encadrement apporte un éclairage dans le financement de postes d'enseignants.

BIBLIOGRAPHIE

1. Un nouvel éclairage sur l'exercice de la cancérologie : l'apport des spécialistes d'organes - Résultats d'une enquête INCa-FNS20, collection Études et enquêtes, Institut national du cancer, 2013.
2. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018, collection Les Données, Institut national du cancer, 2019.

Édité par l'Institut national du cancer
Siren 185 512 777 Conception : INCa
ISBN : 978-2-37219-466-2
ISBN net : 978-2-37219-467-9
DÉPÔT LÉGAL MAI 2019

Ce document doit être cité comme suit : © Démographie médicale et formation initiale en cancérologie - Données 2016-2017, Fiche d'analyse, collection Les Données, INCa, mai 2019.

Ce document est publié par l'Institut national du cancer qui en détient les droits. Les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées dès lors que : (1) leur réutilisation entre dans le champ d'application de la loi N°78-753 du 17 juillet 1978 ; (2) ces informations ne sont pas altérées et leur sens dénaturé ; (3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.



52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
Tel. +33 (1) 41 10 50 00
diffusion@institutcancer.fr