

OCTOBRE 2014

Implication des urologues en cancérologie

COLLECTION
Études & enquêtes

PLACE DES UROLOGUES
DANS LA PRISE EN CHARGE
DES PATIENTS ATTEINTS
DE CANCER

ÉTUDE RÉALISÉE À PARTIR
D'UNE ENQUÊTE MENÉE PAR
L'INCa, EN COLLABORATION
AVEC L'ASSOCIATION
FRANÇAISE D'UROLOGIE
ET LE COLLÈGE D'UROLOGIE

L'Institut national du cancer est l'agence nationale sanitaire et scientifique chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

Ce document est téléchargeable sur le site : e-cancer.fr

Depuis 2003, la lutte contre le cancer en France est structurée autour de plans nationaux visant à mobiliser tous les acteurs autour de la prévention, du dépistage, des soins, de la recherche et de l'accompagnement du patient et de ses proches. Le Plan cancer 2003-2007 a dressé une première stratégie globale de lutte contre le cancer ; le second (2009-2013) a introduit la notion de prise en charge personnalisée.



Le 3^e Plan cancer 2014-2019 a pour ambitions de donner à chacun, partout en France, les mêmes chances de guérir et de mettre plus rapidement encore les innovations au service des malades. Il comprend 17 objectifs regroupés autour de quatre grandes priorités de santé :

- Guérir plus de personnes malades
- Préserver la continuité et la qualité de vie
- Investir dans la prévention et la recherche
- Optimiser le pilotage et les organisations

Le Plan cancer s'inscrit dans la mise en œuvre d'une stratégie nationale de santé et de l'Agenda stratégique pour la recherche, le transfert et l'innovation « France-Europe 2020 ».

Ce guide répond à l'**objectif 4** :
faire évoluer les formations et les métiers
de la cancérologie

Pour en savoir plus et télécharger le Plan cancer : e-cancer.fr

Ce document doit être cité comme suit : © *Implication des urologues en cancérologie*, collection études et enquêtes, ouvrage collectif édité par l'INCa, octobre 2014.

Il peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour des courtes citations. Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'INCa.

CONTRIBUTEURS

COORDINATION

- **Claudia FERRARI**, responsable du département parcours de soins et relations avec les professionnels de santé
- **Marie-José DUDEZERT**, chef de projets, département parcours de soins et relations avec les professionnels de santé

Le questionnaire d'enquête a été conçu avec les sociétés savantes de la spécialité : l'Association française d'urologie (AFU) et le Collège français d'urologie

AVEC LA COLLABORATION DE

- **Jérôme VIGUIER**, directeur du pôle santé publique et soins
- **Mathieu ROCCHI**, data manager/département Observation Veille Évaluation

Nous remercions le **Professeur Thierry LEBRET**, secrétaire général de l'Association française d'urologie et le **Professeur Alain HOULGATTE** du Collège français des urologues.

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	6
1. LES DONNÉES D'INCIDENCE ET DE MORTALITÉ PAR CANCERS UROLOGIQUES	7
1.1 Le cancer de la prostate	7
1.2 Le cancer de la vessie	10
1.3 Le cancer du rein	10
1.4 Le cancer du testicule	10
2. LA CHIRURGIE UROLOGIQUE CANCÉROLOGIQUE EN FRANCE, UN EXERCICE RÉGLEMENTÉ	11
2.1 Les aspects réglementaires	11
2.2 La formation initiale des urologues	12
3. LA PLACE DES UROLOGUES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER	14
3.1 Méthodologie d'enquête	14
3.2 Résultats d'enquête	15
4. UNE PRISE EN CHARGE UROLOGIQUE PARTAGÉE ENTRE PLUSIEURS SPÉCIALITÉS	26
5. ÉVOLUTIONS ET PERSPECTIVES	28
5.1 Le renouvellement des effectifs	28
5.2 L'apport prévu par Plan cancer	28
CONCLUSION	30
ANNEXES	31
La situation démographique des oncologues médicaux en 2013	31

Dans la continuité du rapport intitulé « Un nouvel éclairage sur l'exercice de la cancérologie : l'apport des spécialistes d'organes » publié par l'Institut national du cancer en 2013, une nouvelle étude a été lancée auprès des urologues, professionnels qui interviennent pour une part conséquente en cancérologie dans le champ de leur spécialité. Cette démarche s'inscrit dans le Plan cancer 2014-2019 qui dans son objectif 4 préconise d'adapter les métiers et les formations aux évolutions de la cancérologie.

En effet, la prise en charge des patients atteints de cancer évolue tant au niveau des méthodes de diagnostic que des traitements de plus en plus souvent ambulatoires. Les nouveaux besoins qui émergent impliquent une intervention coordonnée des professionnels de santé, mais aussi une adaptation des formations destinées aux acteurs de la cancérologie.

L'exercice de la chirurgie urologique constitue un bon exemple de cette évolution et des questions afférentes. L'objet de ce rapport sera donc d'observer les pratiques des urologues en cancérologie au regard de l'incidence des cancers urologiques et de leurs traitements, mais aussi d'évoquer la formation initiale et les améliorations envisagées par le nouveau Plan cancer.

L'étude a été menée en collaboration avec l'Association française d'urologie (AFU) et le Collège français d'urologie qui ont apporté leur concours dans la validation du questionnaire d'enquête et l'incitation des spécialistes à y répondre.

Ce rapport présente dans un premier temps quelques données épidémiologiques. Il apporte ensuite un éclairage sur la formation initiale des chirurgiens urologues et la réglementation associée à leur exercice en cancérologie. Sont ensuite présentés les résultats d'enquête qui montrent de façon objective la place des urologues dans ce domaine. La prise en charge urologique étant partagée entre plusieurs spécialités, cette étude souligne la complémentarité entre spécialistes au niveau régional, mais fait aussi apparaître les disparités interrégionales. Une dernière partie aborde les perspectives de renouvellement et d'évolution de cette profession sous l'impulsion du Plan cancer 2014-2019.

PRÉAMBULE

L'urologie est une spécialité médico-chirurgicale qui s'intéresse à l'appareil génital masculin (prostate et organes génitaux externes) et à l'appareil urinaire des deux sexes. La cancérologie urologique qui concerne la prostate, la vessie, les reins et les testicules représente une part importante de l'ensemble des cancers et occupe une place conséquente dans l'activité des urologues. Ces praticiens sont en effet impliqués dans toutes les étapes du parcours du patient. Souvent à l'origine du diagnostic de cancer, ils sont les premiers intervenants dans la prise en charge. Les progrès réalisés en matière de traitement avec l'apport de nouvelles techniques, le développement de l'hormonothérapie, l'évolution progressive vers l'ambulatoire, ouvrent le champ à des compétences extrachirurgicales. C'est ce volet plus spécifique lié à l'évolution inexorable du métier, qui est plus particulièrement étudié dans le cadre de ce rapport. La complexité des situations souvent polypathologiques des patients atteints de cancers fait que les prises en charge de cancers urologiques ne peuvent s'instaurer que dans un cadre pluridisciplinaire, même si le chirurgien urologue habilité en cancérologie reste l'acteur principal.

Pour comprendre l'étendue des cancers urologiques et le champ d'activité de l'urologue, il convient de rappeler quelques données épidémiologiques.

1. LES DONNÉES D'INCIDENCE ET DE MORTALITÉ PAR CANCERS UROLOGIQUES

TABLEAU 1 : ESTIMATION DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ PAR CANCER EN FRANCE EN 2012

Cancer	Incidence	Part de l'incidence globale	Rang d'incidence	Mortalité	Part de la mortalité par cancer	Rang de mortalité
Prostate	56840	16,00 %	1	8950	6,00 %	4
Vessie	11965	3,40 %	5	4772	3,20 %	5
Rein	11573	3,30 %	7	3957	2,70 %	7
Testicule	2317	0,70 %	19	85	0,05 %	17

Source : estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012, partenariat InVS, réseau des registres Francim, service de biostatistique des Hospices civils de Lyon, INCa.

L'incidence estimée des cancers, toutes localisations confondues, est de 355 354 cas en 2012¹. Le nombre de décès par cancer s'élève à 148 378 pour la même année, le taux de mortalité étant près de deux fois plus important chez l'homme que chez la femme.

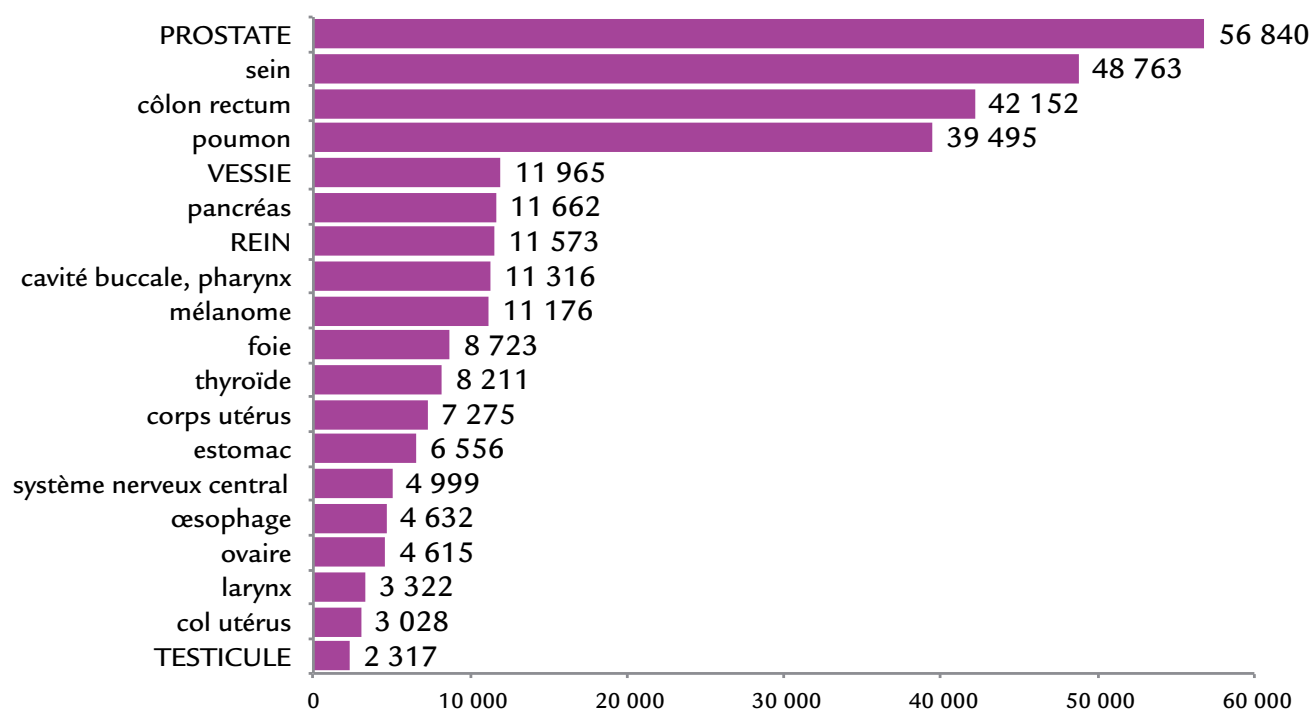
Les cancers urologiques regroupent quatre localisations que sont la prostate, les testicules, la vessie et les reins. Ils représentent 22 % des cas incidents de

cancer, le cancer de la prostate représentant à lui seul 16 % (tableau 1).

1.1 LE CANCER DE LA PROSTATE

Avec 53 465 nouveaux cas en 2009 et 56 840 nouveaux cas estimés en 2012², le cancer de la prostate reste de loin le cancer le plus fréquent chez l'homme, devant le cancer colorectal et celui du poumon (graphe 1). C'est autour de l'âge de 70 ans que l'incidence est la plus élevée.

GRAPHE 1 : INCIDENCE ESTIMÉE DES CANCERS EN FRANCE EN 2012



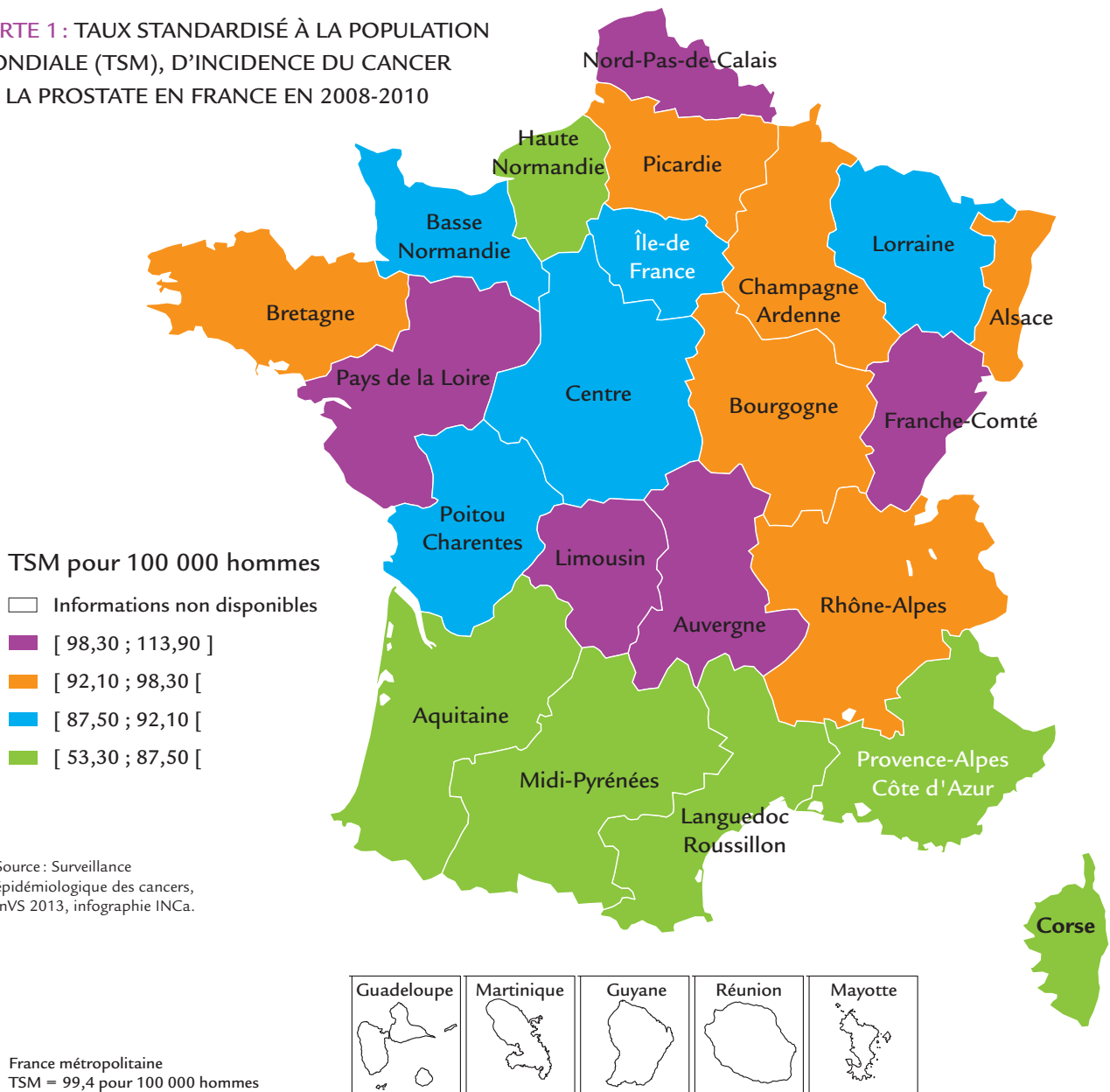
1. Source : Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012, partenariat InVS, réseau des registres Francim, service de biostatistique des Hospices civils de Lyon, INCa.

2. L'estimation 2012 pour l'incidence du cancer de la prostate repose sur une hypothèse de stabilité des taux d'incidence entre 2009 et 2012.

Trois régions sont plus particulièrement concernées par ce cancer avec une incidence supérieure à la moyenne nationale : Franche-Comté, Limousin et

Auvergne. À l'inverse, les taux les plus faibles s'observent dans le sud de la France et en Haute-Normandie (carte 1).

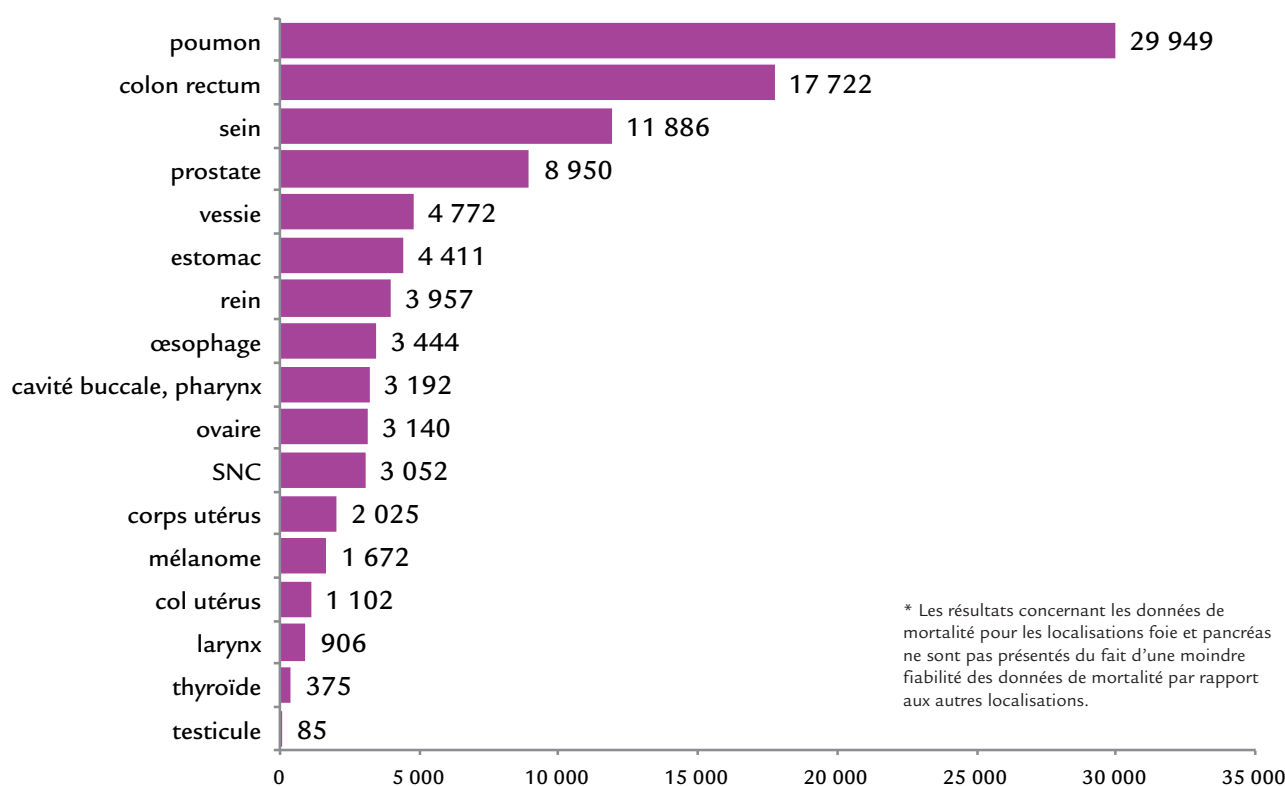
CARTE 1 : TAUX STANDARDISÉ À LA POPULATION MONDIALE (TSM), D'INCIDENCE DU CANCER DE LA PROSTATE EN FRANCE EN 2008-2010



L'évolution de l'incidence de ce cancer est essentiellement liée aux pratiques de dépistage par le dosage du PSA. Après une très forte augmentation entre 1980 et 2005, et un pic d'incidence en 2005, on observe une stabilisation, puis une baisse très nette. Cette baisse correspond à la conjonction de deux phénomènes : l'un épidémiologique lié au fait qu'après plusieurs années de dépistage, une partie des cancers prévalents est diagnostiquée, l'autre social qui résulte de la prise de conscience d'un risque de « surdiagnostic » par les soignants et la population, ce qui incite à la prudence vis-à-vis du dépistage³.

Avec 8 950 décès, le cancer de la prostate occupe le 4^e rang des décès par cancers (graphe 2). L'évolution de la mortalité est très différente de celle de l'incidence, puisqu'on observe une baisse régulière depuis la fin des années 1990. Le risque de décéder de ce cancer entre 0 et 74 ans diminue pour les cohortes les plus récentes. La baisse de mortalité également observée dans de nombreux pays est attribuée à l'amélioration des traitements par différentes formes d'hormonothérapie qui conduisent à une augmentation de la survie. Il est aussi probable que le dépistage permettant de diagnostiquer certains cancers à des stades précoces, donc curables, contribue à cette diminution. La part des deux mécanismes est difficilement mesurable⁴.

GRAPHE 2 : MORTALITÉ ESTIMÉE PAR CANCER EN FRANCE EN 2012*



3. Source : Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012, partenariat InVS, réseau des registres Francim, service de biostatistique des Hospices civils de Lyon, INCa.

4. Voir référence 3.

1.2 LE CANCER DE LA VESSIE

Avec 11 965 nouveaux cas estimés en 2012 dont 80 % survenant chez l'homme, le cancer de la vessie se situe au 5^e rang en termes d'incidence. On observe chez l'homme une stabilisation récente (depuis 1990), voire une diminution de ce cancer, alors que chez la femme, l'incidence baisse entre 1980 et 2000, puis augmente légèrement au cours des dernières années. Cette évolution est vraisemblable compte tenu des facteurs de risque du cancer de la vessie : le tabac et les expositions professionnelles. Selon l'InVS, une étude américaine a montré que les fumeurs avaient actuellement un risque 5,5 fois plus élevé que les non-fumeurs d'avoir un cancer de la vessie et que ce risque avait augmenté depuis le début des années 1980⁵. L'évolution récente du cancer de la vessie correspond bien à ce que l'on sait de l'évolution différente du tabagisme chez les hommes et les femmes en France depuis une quinzaine d'années⁶.

En 2012, ce cancer se situe au 7^e rang des décès par cancer avec 4 772 décès, 75 % d'entre eux concernant les hommes. L'évolution de la mortalité chez l'homme est assez semblable à celle de l'incidence, avec une baisse depuis 1990 qui s'accélère dans la période récente. Chez la femme, contrairement à ce que l'on observe pour l'incidence, la tendance est à la baisse régulière de la mortalité depuis 1980.

1.3 LE CANCER DU REIN

Avec 11 573 nouveaux cas estimés en 2012, dont 67 % chez l'homme, le cancer du rein se situe au 7^e rang en termes d'incidence des tumeurs solides. Chez l'homme comme chez la femme, l'incidence de ce cancer est en forte augmentation depuis 1980. Cette tendance s'observe également aux États-Unis et dans d'autres pays européens. Outre le tabac et l'hypertension artérielle, l'obésité pourrait contribuer à cette augmentation. Par

ailleurs, le développement d'examens d'imagerie abdominale réalisés pour des motifs divers favorise la détection fortuite de tumeurs à un stade précoce.

Avec 3 957 décès dont 67 % chez l'homme, le cancer du rein se situe au 9^e rang des décès par cancer. L'évolution positive de la survie en partie liée à la détection précoce de ces cancers entraîne une diminution de la mortalité sur la période 2005-2012, malgré l'augmentation de l'incidence.

1.4 LE CANCER DU TESTICULE

Avec 2 317 nouveaux cas estimés en 2012, le cancer du testicule se situe au dernier rang des 19 localisations examinées. Le pic d'incidence est atteint pour la classe d'âge 30-34 ans. L'incidence de ce cancer est en hausse depuis 1980 avec une augmentation plus modérée depuis 2005. En Europe, on observe cette augmentation depuis les années 1960 avec un important gradient nord-sud, les taux d'incidence les plus élevés étant observés dans les pays d'Europe du Nord.

Malgré l'augmentation de l'incidence, la mortalité due à ce cancer continue de diminuer : avec 85 décès, ce cancer se situe au dernier rang des décès par cancer. Cette évolution favorable s'observe depuis plusieurs décennies, et est attribuée à la fois aux traitements qui permettent de guérir la grande majorité des cancers du testicule et à l'augmentation possible de la part des formes de meilleur pronostic.

À retenir

- Avec 80 000 cas incidents par an, les cancers urologiques (prostate, vessie, rein, testicules) représentent 22 % des cas incidents de cancer.
- Avec 56 840 cas incidents, le cancer de la prostate représente à lui seul 16 % de tous les cancers et occupe le 1^{er} rang en termes d'incidence.

5. Baris D, Karagas MR, Verrill C, Johnson A, Andrew AS, Marsit CJ, et al. A case-control study of smoking and bladder cancer risk: emergent patterns over time. *J Natl Cancer Inst* 2009; 101(22) : 1553-61.

6. Source : Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012, partenariat InVS, réseau des registres Francim, service de biostatistique des Hospices civils de Lyon, INCa.

2. LA CHIRURGIE UROLOGIQUE CANCÉROLOGIQUE EN FRANCE, UN EXERCICE RÉGLEMENTÉ

2.1 LES ASPECTS RÉGLEMENTAIRES

Si la chirurgie reste le principal traitement pour soigner les patients atteints de cancers urologiques, elle nécessite parfois d'être associée à d'autres traitements comme la radiothérapie, l'hormonothérapie, l'immunothérapie endovésicale ou la chimiothérapie. Relevant d'une spécialité médico-chirurgicale, l'urologue peut prescrire des traitements anticancéreux hormonaux, mais les chimiothérapies, cytotoxiques ou thérapies ciblées, restent de la compétence de l'oncologue médical. L'apparition de traitements ambulatoires dont la prescription est autorisée pour les urologues lorsqu'il s'agit de molécules hormonales *per os*, mais relève des oncologues médicaux lorsqu'il s'agit de chimiothérapies orales, rend difficilement lisible le partage réel de responsabilités entre ces spécialistes. Cet état de fait s'explique par la réglementation qui a été mise en place en 2007. La chimiothérapie correspondant aux traitements médicaux des cancers est une pratique très réglementée exigeant une qualification propre.

Le traitement par chimiothérapie d'un patient atteint de cancer est défini en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), mais la décision de mise en œuvre est discutée avec le patient lors d'un entretien singulier, par un médecin prescripteur exerçant selon les titres ou qualifications définis par le décret du 21 mars 2007⁷. Ainsi, le traitement des tumeurs solides sera proposé

- soit par un oncologue médical ou un radiothérapeute, médecin **qualifié spécialiste en oncologie et titulaire du DES** (diplôme d'études spécialisées en oncologie);

- soit par un spécialiste d'organes, médecin **qualifié compétent en cancérologie, ou titulaire du DESC** (diplôme d'études spécialisées complémentaires en cancérologie). Ces médecins ne pratiquent la chimiothérapie que dans la spécialité dans laquelle ils sont inscrits au tableau de l'Ordre.

Les urologues, chirurgiens spécialistes d'organes, entrent dans cette dernière catégorie. Ils devraient donc pour traiter les cancers disposer soit de la compétence ordinaire pour les plus anciens, soit du DESC de cancérologie (DESC de type I non qualifiant) créé en 1988 pour les plus jeunes. Il faut cependant noter une différence importante entre ces deux modes de qualification. La compétence en cancérologie accordée sous certaines conditions d'ancienneté de pratique par les commissions de qualification de l'Ordre national des médecins, autorise la primo-prescription de chimiothérapie. Il n'en est pas de même du DESC de cancérologie dès lors qu'il s'agit de spécialités chirurgicales. En effet, seule l'option « chirurgie des cancers » est ouverte aux chirurgiens urologues. Contrairement aux spécialistes d'organes relevant de spécialités médicales (gastroentérologues, pneumologues, neurologues, dermatologues...), les chirurgiens n'ont en principe, pas accès à l'option « traitements médicaux des cancers » qui leur permettrait de primo-prescrire des chimiothérapies. Une évolution du 3^e cycle des études médicales est prévue dans le Plan cancer.

Une troisième voie est proposée depuis 2012 à ceux qui ne disposeraient d'aucune de ces qualifications : la validation des acquis d'expérience (VAE). Ce der-

7. Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

nier dispositif mis en place par décret du 27 janvier 2012⁸ permet, sous réserve de disposer d'une expérience en cancérologie, d'obtenir une équivalence du DESC de cancérologie: le dispositif de VAE comporte des critères d'évaluation des candidats, définis par le Conseil national des universités (CNU cancérologie) et le Collège national des enseignants de cancérologie (CNEC). Un arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur détermine chaque année, pour chaque région, et par spécialité le nombre maximum de DESC susceptibles d'être délivrés par VAE, au vu des besoins de la population. Le premier arrêté paru le 8 novembre 2012 a fixé ce nombre à 578 pour la cancérologie au titre de l'année 2012. L'arrêté du 15 octobre 2013 a fixé ce nombre à 84 au titre de l'année 2013. Pour les urologues, l'habilitation par VAE concerne principalement la chirurgie des cancers, et depuis peu, les traitements anticancéreux.

La multiplicité des voies de qualification (par diplôme, commission ou VAE) doit faire l'objet d'une révision dans le cadre du Plan cancer 2014-2019. Celui-ci préconise en effet de conserver quelles que soient les voies d'accès, un haut niveau d'exigence pour assurer un exercice sécurisé et de qualité de la cancérologie. La démarche consistera donc à homogénéiser les procédures de qualification et pour cela à identifier des critères communs parmi les critères existants dans les différentes procédures, en mobilisant tous les acteurs de ces différentes voies (universités, CNOM, ministères). La mise à niveau des critères de qualification préconisée par le Plan cancer pour l'exercice de la cancérologie vise à harmoniser, sur l'ensemble du territoire, les prérequis et les compétences au bénéfice du patient.

Outre la qualification nécessaire, les urologues prescrivant des traitements médicaux à des patients atteints d'un cancer urologique doivent exercer dans un éta-

blissement autorisé à la pratique de la cancérologie et assister aux réunions de concertation pluridisciplinaire au cours desquelles sont présentés les dossiers de leurs patients. En effet, depuis fin 2009, le traitement des malades atteints de cancer se fait dans des établissements hospitaliers disposant d'une autorisation spécifique délivrée par les agences régionales de santé. Ce dispositif d'autorisation requiert des seuils minimums d'activité annuelle pour chaque type de traitement: chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie des cancers⁹. Ainsi, le seuil d'activité minimale pour la chirurgie des cancers urologiques est de 30 interventions par an sur les trois dernières années. En outre, des critères de qualité (réunions de concertation pluridisciplinaire, programme personnalisé de soins...) et des critères d'agrément définis par l'Institut national du cancer et propres à chaque pratique thérapeutique doivent être respectés.

2.2 LA FORMATION INITIALE DES UROLOGUES

La chirurgie urologique est une spécialité médico-chirurgicale qui nécessite après l'examen classant national (ECN), la validation du DES (diplôme d'études spécialisées) de chirurgie générale, puis la validation du DESC (diplôme d'études spécialisées complémentaires) de chirurgie urologique.

Les internes inscrits en DES de chirurgie générale s'engagent dans une formation d'une durée de 5 ans qui conduira au diplôme de chirurgie générale. Ce DES comprend un enseignement théorique et une formation pratique dans des services agréés: les stages sont effectués dans les hôpitaux publics, universitaires ou non, les hôpitaux PSPH, les établissements privés. La liste des services agréés est établie par le coordonnateur régional du DES de chirurgie générale, validée par l'Agence régionale de santé et régulièrement réévaluée.

8. Décret n°2012-116 du 27 janvier 2012 relatif à l'obtention d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires en médecine de groupe 1 par validation de l'expérience professionnelle.

9. Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement.

C'est au cours de cette formation que certains internes ayant déjà fait au moins un semestre d'urologie durant les deux premières années s'orientent avec l'accord des coordonnateurs régionaux de la spécialité, vers l'urologie. Ils ont alors accès au DESC de chirurgie urologique qu'ils valideront ultérieurement pendant leur clinicat. Ce DESC, dit de type II, ouvre droit à la qualification de chirurgien urologue. D'une durée de trois ans, il inclut une formation théorique assurée au niveau régional sous l'égide des coordonnateurs locaux, en lien avec le coordonnateur interrégional. La formation pratique s'échelonne sur six semestres dans des services agréés.

Les jeunes urologues peuvent en outre acquérir une compétence chirurgicale en cancérologie dans leur domaine de spécialité, grâce au DESC de cancérologie¹⁰ d'une durée de deux ans. Ce DESC de type I, donc non qualifiant, est ouvert aux urologues, mais en principe uniquement pour l'option « chirurgie des cancers » dans leur domaine de spécialité et non pour l'option « traitements médicaux des cancers », ce qui ne leur permet pas de prescrire des chimiothérapies.

10. Le DESC de cancérologie comporte cinq options : traitement médicaux des cancers, chirurgie oncologique, réseaux de cancérologie, biologie, imagerie. Il s'agit d'un DESC de type I donc non qualifiant. Il donne une hyperspécialisation dans la spécialité d'origine, mais il ne s'y substitue pas.

3. LA PLACE DES UROLOGUES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

L'étude menée par l'INCa en 2013 concernant l'activité des spécialistes d'organes en cancérologie¹¹ a montré une forte implication de ces médecins, notamment des plus jeunes, tout au long du parcours de soins du patient atteint de cancer. Afin d'avoir un panorama plus complet de l'offre de soins dans ce domaine, il est apparu nécessaire d'élargir le champ d'étude à la chirurgie. Le choix s'est naturellement porté sur les urologues confrontés à la fois à une incidence élevée de cancers urologiques, notamment des cancers de la prostate, et à l'augmentation de l'espérance de vie des patients du fait de traitements plus performants.

Souvent à l'origine du dépistage de la maladie, les urologues assurent le traitement chirurgical, voire extra-chirurgical, de leurs patients. Une enquête a donc été menée auprès des professionnels, en collaboration avec l'Association française d'urologie (AFU) et le Collège français d'urologie, pour mieux comprendre l'importance de leur activité en cancérologie et mieux appréhender l'évolution de leurs modes d'intervention.

3.1 MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE

Un questionnaire d'une durée d'environ dix minutes, composé de 27 questions, a été conçu en partenariat avec les sociétés savantes. Un mail d'invitation à répondre au questionnaire a été envoyé préalablement par l'AFU à tous ses adhérents.

L'enquête a été confiée à la société d'études BVA dans le cadre des marchés publics de l'INCa. La méthode retenue a été celle d'une enquête téléphonique menée à partir d'un fichier nominatif: le Répertoire partagé des professionnels de santé¹² transmis par l'ASIP à l'INCa. Ce fichier comportait 1 087 adresses d'urologues. Une déclaration préalable à l'exploitation des données avait été effectuée auprès de la CNIL.

La taille de l'échantillon interrogé dépendait du nombre total de praticiens dans la spécialité, de leur accord de participation à l'enquête et de leur implication ou non en cancérologie; 266 urologues soit 24 %, ont accepté de répondre au questionnaire (tableau 2); 80 % d'entre eux étaient membres de l'AFU¹³.

La première question posée permettait de faire un tri entre ceux qui prenaient en charge ou non les patients atteints de cancer. Afin d'éviter toute erreur d'interprétation, il était d'emblée précisé que la prise en charge incluait le dépistage, la mise en œuvre d'un traitement chirurgical ou médical (chimiothérapie/hormonothérapie), mais aussi la participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), la contribution à des essais cliniques, le suivi médical du patient et/ou les soins palliatifs. Sur ces bases, 265 médecins entraient dans le champ de l'étude. De plus, cet échantillon était représentatif de l'ensemble

TABLEAU 2 : TAUX DE RETOUR D'ENQUÊTE

	Nombre de spécialistes en exercice (source RPPS juillet 2013)	Nombre de questionnaires remplis	Taux de retour
Urologues	1 087	266	24 %

11. Un nouvel éclairage sur l'exercice de la cancérologie: l'apport des spécialistes d'organes; Résultat d'une enquête INCa-FNS20, collection études et enquêtes, ouvrage collectif INCa, novembre 2013.

12. Fichier RPPS-ASIP santé 2013.

13. Les 20 % non membres de l'AFU incluent les chefs de clinique assistants membres de l'AFUF, et les jeunes installés qui ne peuvent devenir membres que deux ans après l'installation.

de la spécialité sur les critères de l'âge (moyenne d'âge 48 ans) et de la région. L'analyse des données a été réalisée par BVA pour le compte de l'INCa.

Ces résultats ont ensuite été rapprochés des données d'incidence des cancers urologiques afin de mieux appréhender la charge de travail des urologues et les éventuelles disparités régionales. Pour compléter cette approche, les données démographiques des oncologues médicaux intervenant de fait dans les traitements médicaux de ces mêmes cancers ont également été prises en compte (chapitre IV).

3.2 RÉSULTATS D'ENQUÊTE

Implication des urologues en cancérologie

Niveau d'intervention

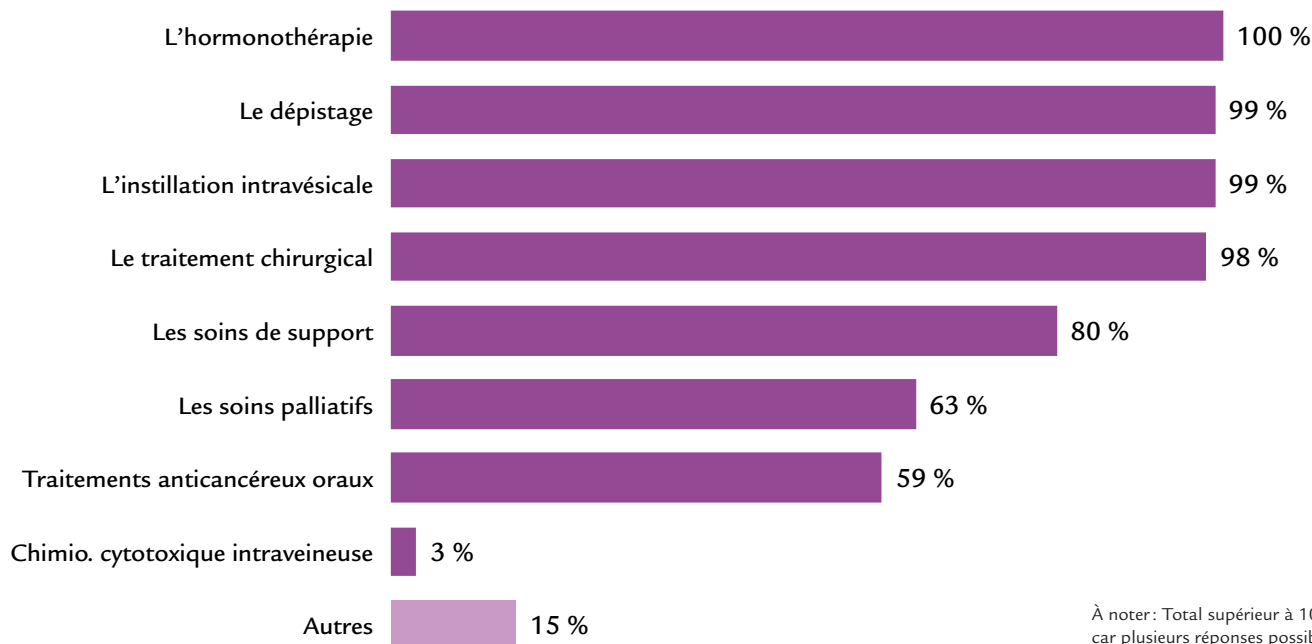
La cancérologie occupe une place conséquente dans l'activité des urologues. Ils sont 111, soit 43 % de l'échantillon à déclarer qu'elle représente plus de la moitié de leur temps de travail mensuel (tableau 3).

Ils interviennent quasiment tous au niveau du dépistage et du traitement chirurgical et pratiquent tous l'hormonothérapie et l'instillation intravésicale. Nombre d'entre eux s'investissent fortement dans les soins de support (80 %), les soins palliatifs (63 %) et les traitements anticancéreux oraux (59 %) (graphe 3).

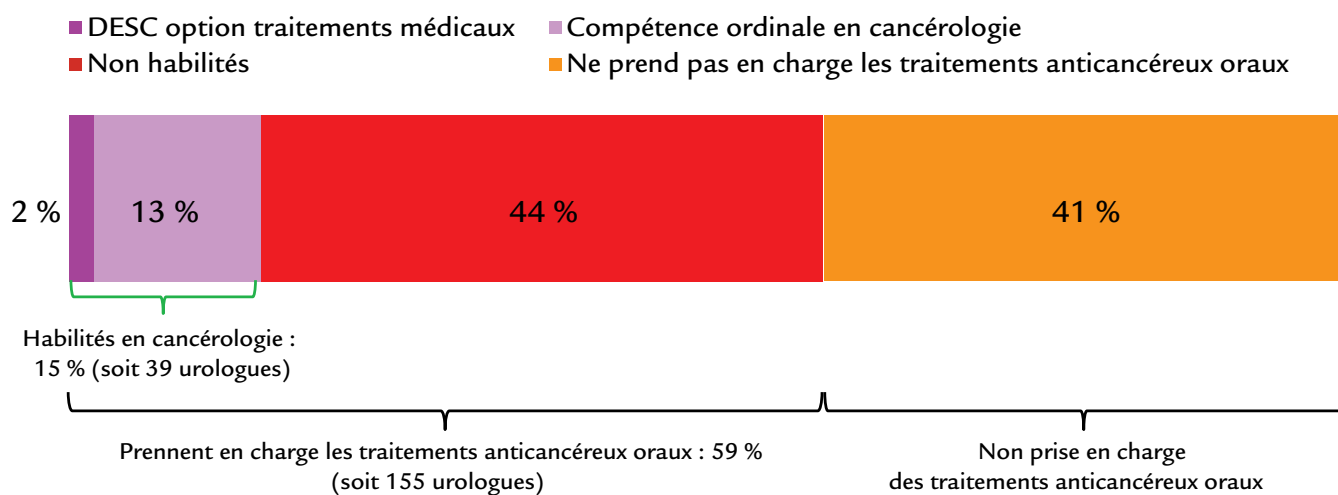
TABLEAU 3 : TEMPS CONSACRÉ À LA CANCÉROLOGIE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DE L'ACTIVITÉ

Base 265	< de 25 % du temps	Entre 25 et 50 %	Entre 50 et 75 %	Plus de 75 %	Total plus de 50 % du temps
Nombre d'urologues	14 (5 %)	140 (53 %)	96 (36 %)	15 (6 %)	111 soit 42 %

GRAPHE 3 : NIVEAUX D'INTERVENTION EN CANCÉROLOGIE (BASE 265)



GRAPHE 4: PRISE EN CHARGE PAR LES UROLOGUES DE TRAITEMENTS ANTICANCÉREUX ORAUX ET HABILITATIONS (BASE 265)



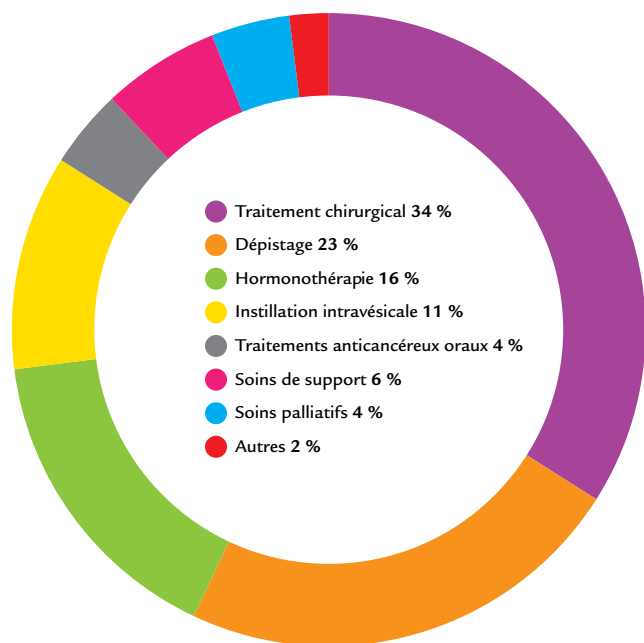
Rares sont ceux qui réalisent des chimiothérapies cytotoxiques intraveineuses. Sur l'ensemble des personnes interrogées, 9 médecins (3 %) déclarent en prescrire ponctuellement, 7 d'entre eux prenant aussi en charge les traitements anticancéreux oraux. Ils ne sont cependant que 4 à être habilités en cancérologie. Cette observation qui porte sur un effectif très restreint montre que, de façon générale, les urologues n'ont pas investi le champ de la chimiothérapie intraveineuse.

Un focus sur la prise en charge par les urologues des traitements anticancéreux oraux montre que 41 % d'entre eux n'interviennent pas dans ces traitements (graphe 4); 44 % déclarent les prendre en charge, mais ne sont pas habilités en cancérologie; seuls 15 % prescrivent des chimiothérapies tout en étant réellement habilités (6 possèdent un DESC option traitements médicaux et 31 ont une compétence ordinale en cancérologie).

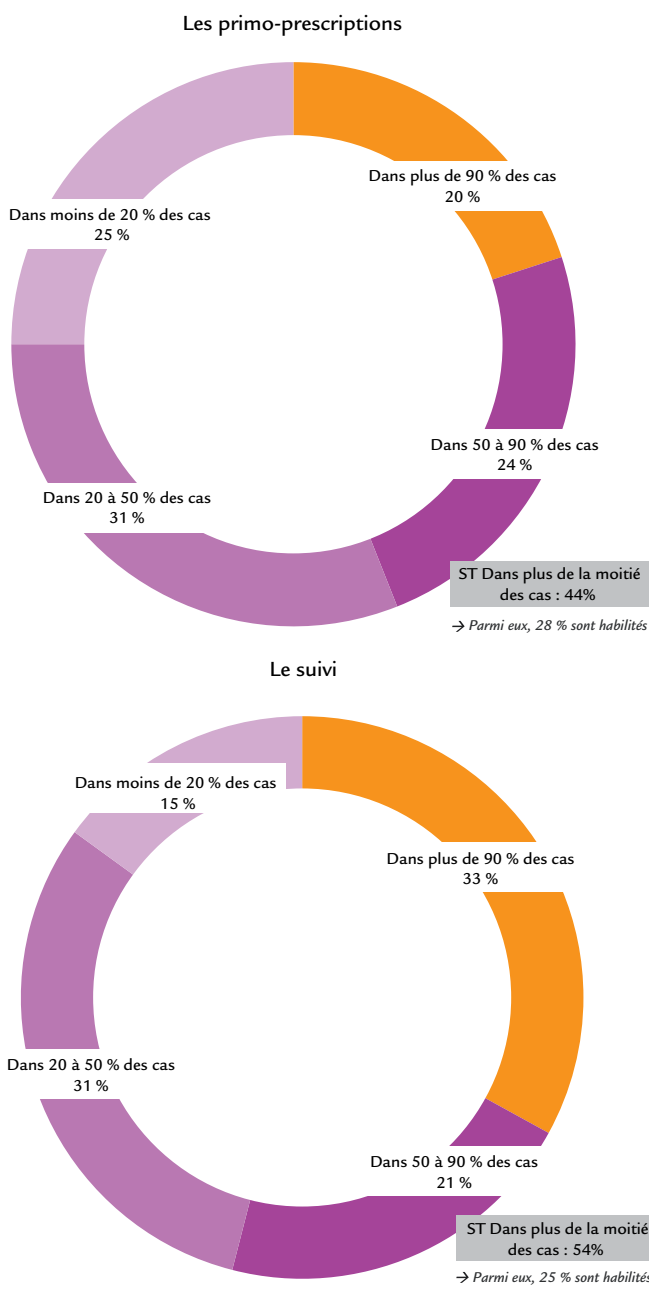
Sur 100 % du temps consacré à la cancérologie, 34 % sont dédiés à l'activité principale qui est le traitement chirurgical. Le dépistage des cancers urologiques occupe environ 23 % du temps. L'ensemble des traitements médicaux pratiqués par les urologues: hormonothérapie, instillation intravésicale, anticancéreux oraux et injectables, représente 31 % du temps dédié à la cancérologie, dont 4 % pour les traitements anticancéreux oraux (graphe 5). La valeur de ce paramètre doit cependant être relativisée, car le temps nécessaire à la réalisation des différents actes est très inégal et sans rapport avec la qualité ou l'importance de l'acte.

Si l'hormonothérapie et l'instillation intravésicale sont des traitements prescrits par quasiment tous les urologues, la primo-prescription de chimiothérapie orale et intraveineuse ne peut être pratiquée que dans certaines conditions réglementaires. Une sous-population de 155 urologues (59 % de l'échantillon) intervient dans les traitements anticancéreux oraux (graphe 3).

GRAPHE 5 : PART DU TEMPS CONSACRÉ AUX DIFFÉRENTS NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE SUR 100 % DE TEMPS EN CANCÉROLOGIE



GRAPHE 6 : FRÉQUENCE DE PRIMO-PRESCRIPTION ET DE SUIVI DES PATIENTS SOUS TRAITEMENT ANTICANCÉREUX ORAUX (BASE 155)

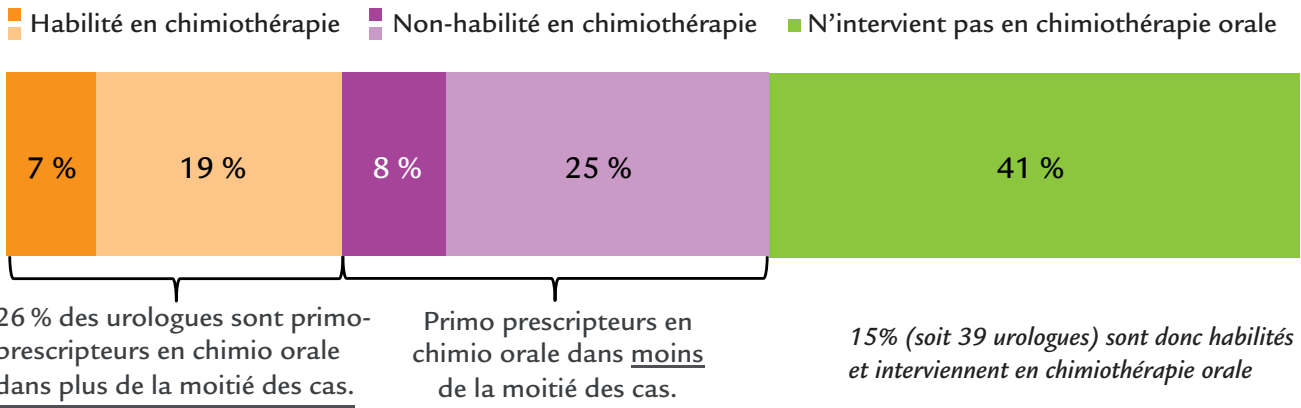


Parmi eux 68 médecins (44 %) déclarent primo-prescrire ces traitements dans plus de la moitié des cas (graphe 6). Ils sont même 30, à s'en charger systématiquement. Or, seuls 19 sont réellement habilités pour cette pratique selon la réglementation en vigueur. Une représentation graphique ramenant ces résultats à l'ensemble des répondants permet de cerner avec précision l'ampleur de ces pratiques (graphe 7).

De nombreuses situations devraient donc être régularisées par l'acquisition d'une compétence ordinale ou d'une VAE.

Ceux qui prescrivent des chimiothérapies orales assurent généralement le suivi des patients sous traitement.

GRAPHE 7 : FRÉQUENCE DE PRIMO-PRESCRIPTION PAR LES UROLOGUES ET HABILITATION (BASE 265)



Une cartographie des urologues déclarant intervenir dans la pratique des chimiothérapies orales montre à partir de l'échantillon considéré une densité plus importante de ces spécialistes dans le nord-est de la France, le Limousin, le Languedoc-Roussillon et la Corse (carte 2).

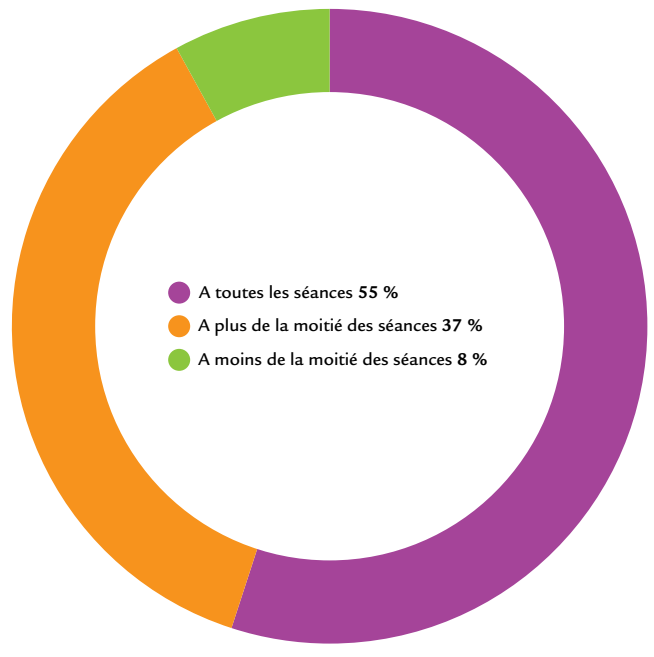
Participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)

Le rythme des RCP varie d'un établissement à l'autre. Dans la moitié des cas (51 %), les RCP sont organisées tous les 15 jours, mais pour 40 % des établissements ce rythme est hebdomadaire.

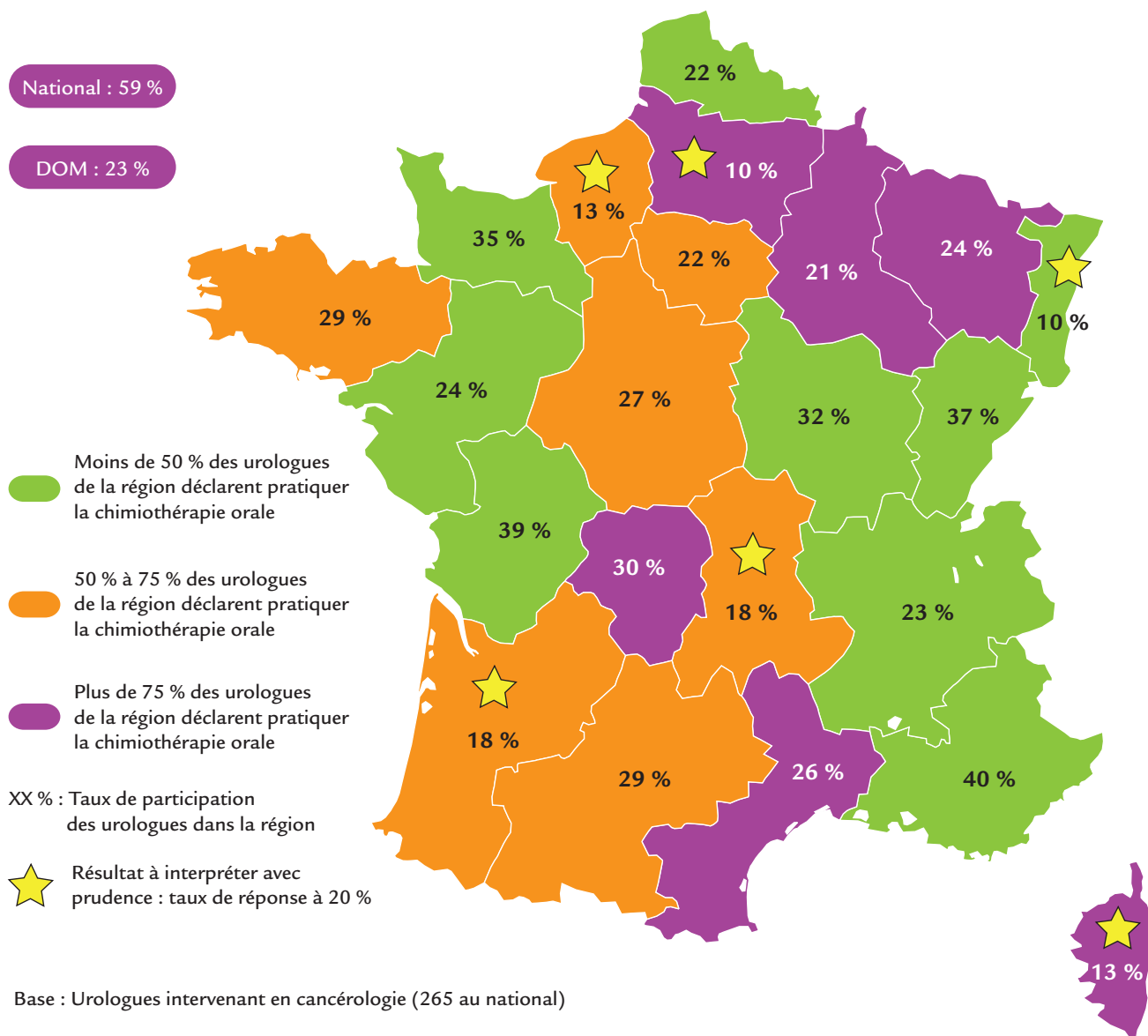
La participation des urologues aux RCP est généralisée : seuls 2 praticiens sur les 265 interrogés semblent ne pas y assister. Cependant, la fréquence de participation n'est pas homogène. Un urologue sur deux est particulièrement assidu et participe à toutes les séances : on y trouve majoritairement ceux qui déclarent consacrer au moins la moitié de leur temps à la cancérologie ; 37 % des répondants reconnaissent n'assister qu'à une séance sur deux. Au final, 9 uro-

logues sur 10 prennent part à au moins la moitié des séances (graphe 8).

GRAPHE 8 : FRÉQUENCE DE PARTICIPATION AUX RCP (BASE 265)



CARTE 2 : PRATIQUE DE LA CHIMIOTHÉRAPIE ORALE PAR LES UROLOGUES, PAR RÉGION (BASE 265)



De nombreuses spécialités sont impliquées dans ces réunions pluridisciplinaires (graphe 9). Ainsi, y participent en moyenne :

- 5 urologues, voire 6 dans le secteur public

- 2 oncologues
- 1 radiothérapeute
- 1 pathologiste
- 1 radiologue.

GRAPHE 9 : NOMBRE D'UROLOGUES PARTICIPANT AUX RCP

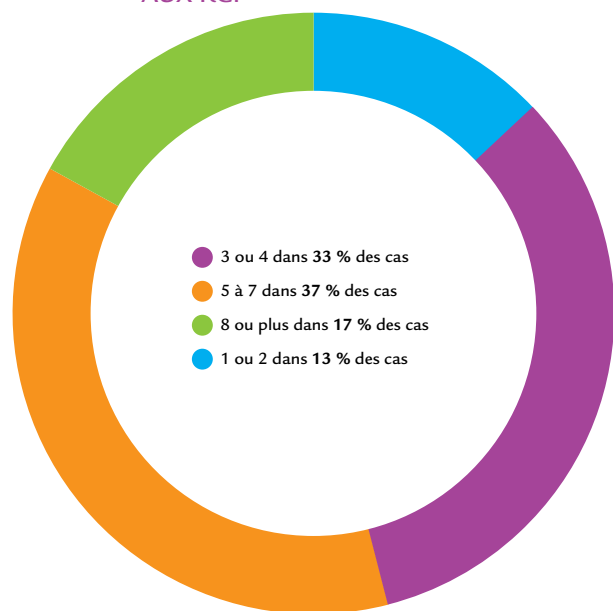


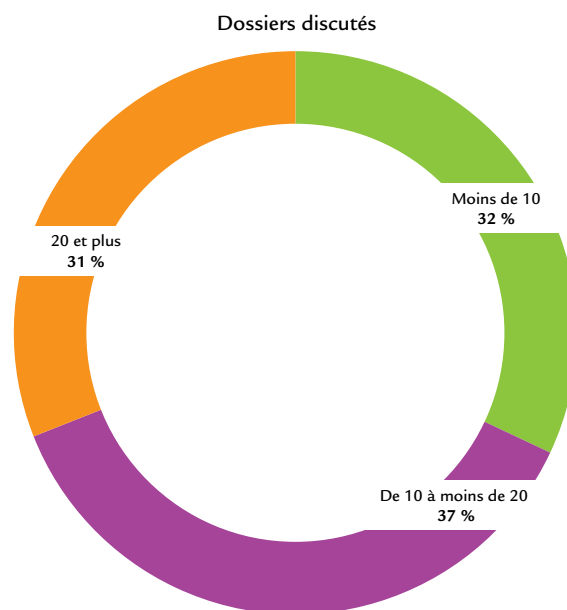
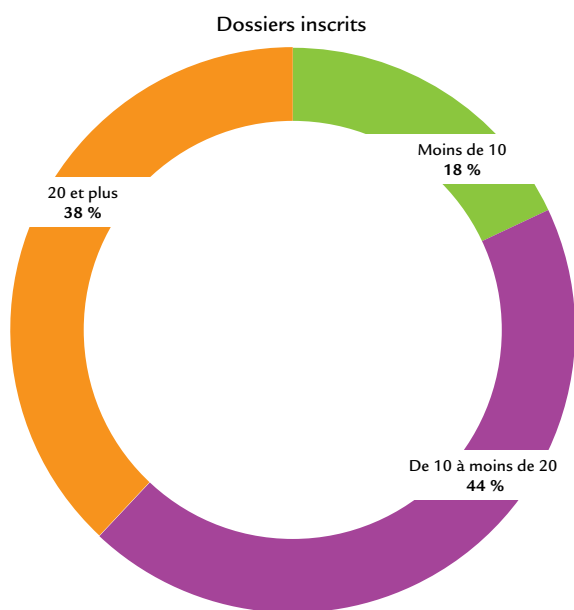
TABLEAU 4 : DOSSIERS PRÉSENTÉS EN RCP

Dossiers en RCP	Nombre de dossiers inscrits	Nombre de dossiers discutés
Moins de 10	17 %	32 %
De 10 à moins de 20	44 %	37 %
20 et plus	39 %	31 %
Moyenne	18,40	17,80

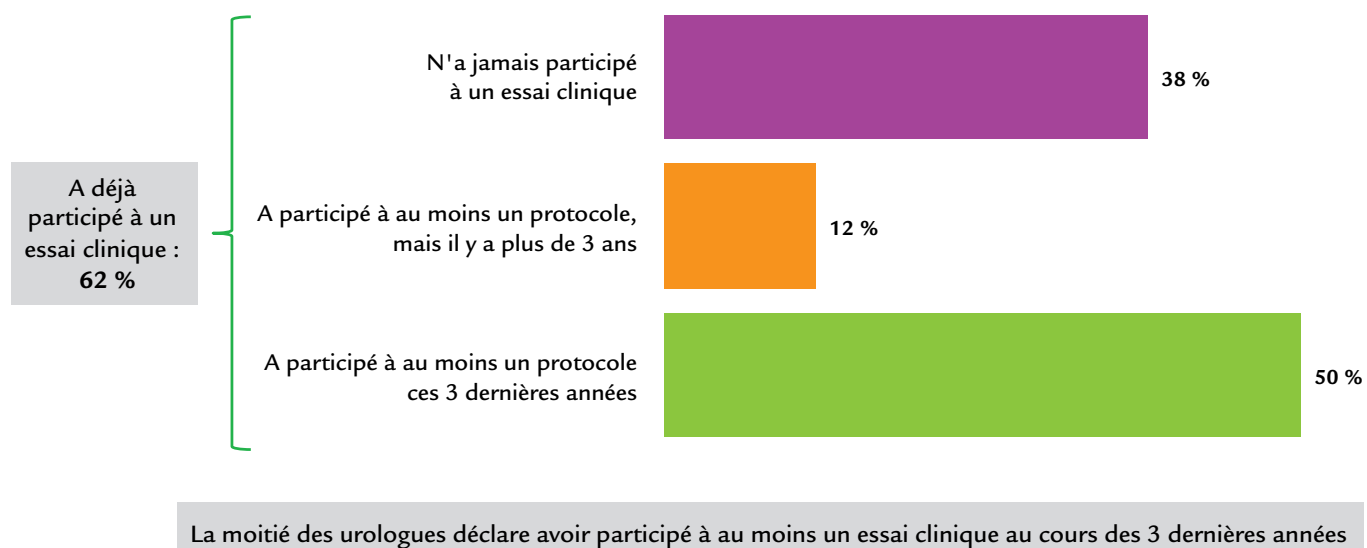
Plusieurs autres spécialités s'y associent, notamment les médecins nucléaires très souvent cités par les répondants, et de façon plus minoritaire : les oncogériatres, infirmiers, anesthésistes, réanimateurs, psychologues, oncogénéticiens, pharmaciens et autres spécialistes d'organes.

Le nombre de dossiers que chaque urologue inscrit à titre personnel en RCP est en moyenne de 18 par mois, mais près de 40 % des médecins en déposent

GRAPHES 10 ET 11 : DOSSIERS INSCRITS ET DOSSIERS DISCUTÉS EN RCP



GRAPHE 12: PARTICIPATION À DES ESSAIS CLINIQUES EN CANCÉROLOGIE (BASE 265)



20 ou plus. Un léger décalage est observé entre le nombre de dossiers déposés en RCP et le nombre discuté par ces mêmes médecins, ce qui tend à montrer que les dossiers des patients ne sont pas toujours discutés en présence de l'urologue concerné (tableau 4 et graphes 10 et 11).

Participation à des essais cliniques

Au sein de l'échantillon considéré, 38 % soit 100 médecins n'ont jamais participé à des essais cliniques, mais 50 % y ont pris part durant les trois dernières années : ce sont majoritairement des jeunes ayant moins de 10 ans d'exercice dans la spécialité, et ceux qui consacrent plus de la moitié de leur temps à la cancérologie (graphe 12).

Le nombre de protocoles auxquels ces urologues ont participé est généralement de 3, mais il peut atteindre 4, voire plus, pour un quart d'entre eux (tableau 5).

Ce nombre est d'autant plus élevé qu'il implique des praticiens exerçant en CHU.

Le nombre moyen de patients inclus en 3 ans dans ces protocoles est de l'ordre de 25, mais il se rapproche de 50 pour les médecins qui exercent en CHU.

TABLEAU 5: IMPLICATION DES UROLOGUES DANS LES ESSAIS CLINIQUES EN CANCÉROLOGIE (BASE 135)

Base 135	Nombre d'urologues ayant participé à des essais cliniques en cancérologie au cours des 3 dernières années	%
1 protocole	30	22 %
2 ou 3 protocoles	68	50 %
4 protocoles ou plus	37	28 %

Profils

Modes et structures d'exercice de la cancérologie

Une majorité d'urologues interrogés (52 %) exercent en établissement privé. Ce pourcentage est représentatif de l'ensemble de la population. Ils sont 33 % à travailler exclusivement dans le secteur public. L'exercice mixte public/privé concerne 15 % des personnes interrogées.

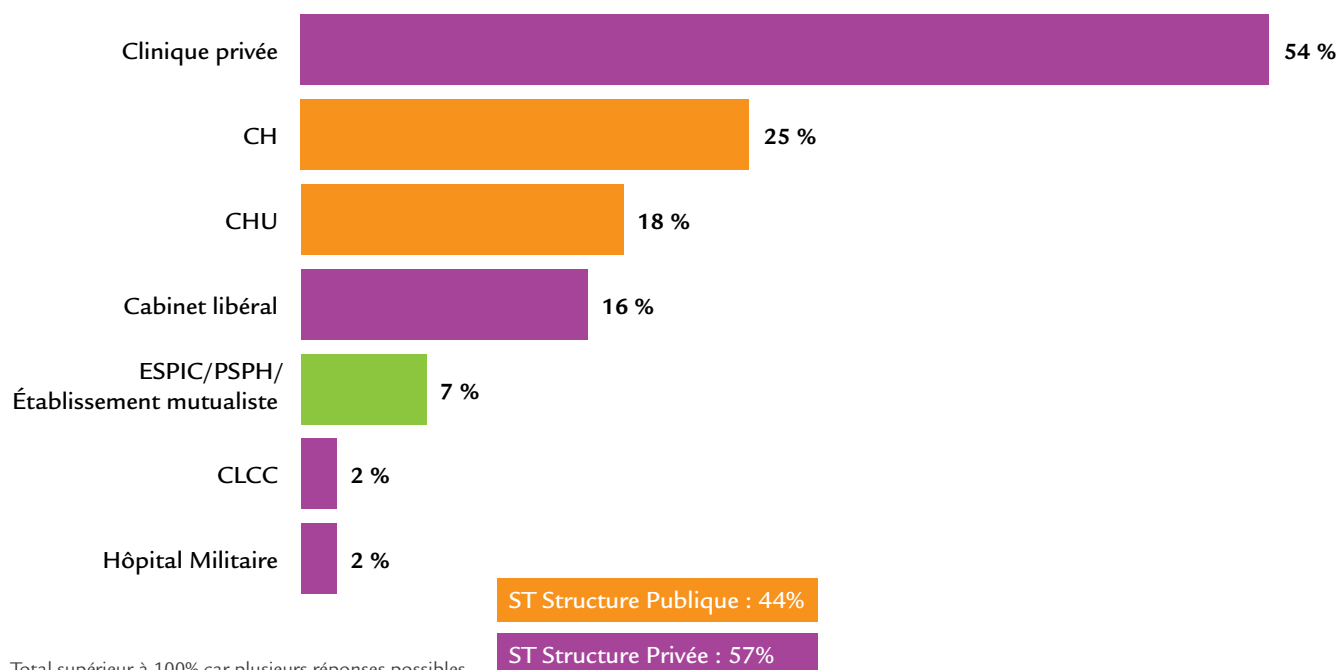
Les principales structures d'exercice de la cancérologie sont les cliniques privées, citées par 54 % des répondants. Viennent ensuite les CH et les CHU où exercent respectivement 25 % et 18 % des personnes interrogées. Seuls 6 médecins de l'échantillon (2 %) travaillent en Centres de lutte contre le cancer (CLCC)

(graphe 13). L'exercice simultané dans plusieurs établissements n'est pas rare puisque la moyenne des structures citées est de 1,3.

Pour les 48 % soit 127 urologues exerçant dans le secteur public ou mixte, le statut de praticien hospitalier (PH) est de loin le plus répandu : il concerne 72 % soit 92 médecins. Les PU-PH, MCU-PH et PHU ne représentent que 15 %. Les autres spécialistes ont un statut temporaire : chef de clinique assistant (CCA), attaché, vacataire, assistant.

Compte tenu de la réglementation, l'exercice de la cancérologie ne peut se faire que dans un établissement autorisé pour chacun des traitements considé-

GRAPHE 13 : STRUCTURES D'EXERCICE DES UROLOGUES EN CANCÉROLOGIE : SOUS-TOTAL STRUCTURES PUBLIQUES 44 % ; SOUS-TOTAL STRUCTURES PRIVÉES 57 %



À noter: total supérieur à 100 % car plusieurs réponses possibles

TABLEAU 6 : QUALIFICATION DES STRUCTURES D'EXERCICE DE LA CANCÉROLOGIE (*BASE FAIBLE)

	CHU (Base: 48)	CH (Base: 67)	CLCC (Base: 6)	Clinique privée (Base: 145)	ESPIC (Base: 11)
ST un établissement autorisé...	100 %	97 %	100 %	99 %	100 %
...pour la chirurgie des cancers	100 %	89 %	100 %	99 %	100 %
...pour la chimiothérapie	98 %	96 %	100 %	60 %	66 %
...pour la radiothérapie	66 %	39 %	100 %	29 %	20 %
Un établissement associé	-	3 %	-	1 %	-

rés: chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie. L'enquête confirme que tous les CHU, CLCC, cliniques privées et établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) dans lesquels travaillent les urologues sont autorisés pour la chirurgie des cancers (tableau 6). Quelques CH feraient exception à cette règle, mais dans ce cas les urologues concernés travaillent simultanément dans un autre établissement autorisé pour la chirurgie des cancers.

D'autre part, si les CHU, CH et CLCC dans lesquels exercent ces urologues sont autorisés pour pratiquer la chimiothérapie, ce n'est pas le cas de toutes les cliniques privées. Sur les 145 médecins exerçant en clinique privée, seuls 60 % déclarent que cet établissement est autorisé pour la chimiothérapie. Un focus sur les pratiques des 40 %, c'est-à-dire des 58 urologues exerçant dans des établissements non autorisés pour la chimiothérapie, montre que 27 spécialistes n'ont que ce seul lieu d'exercice. Parmi eux, 3 déclarent prendre systématiquement en charge la primo-prescription, 11 le font dans 50 à 90 % des cas, les autres déclarent le faire plus rarement.

Diplôme et habilitation

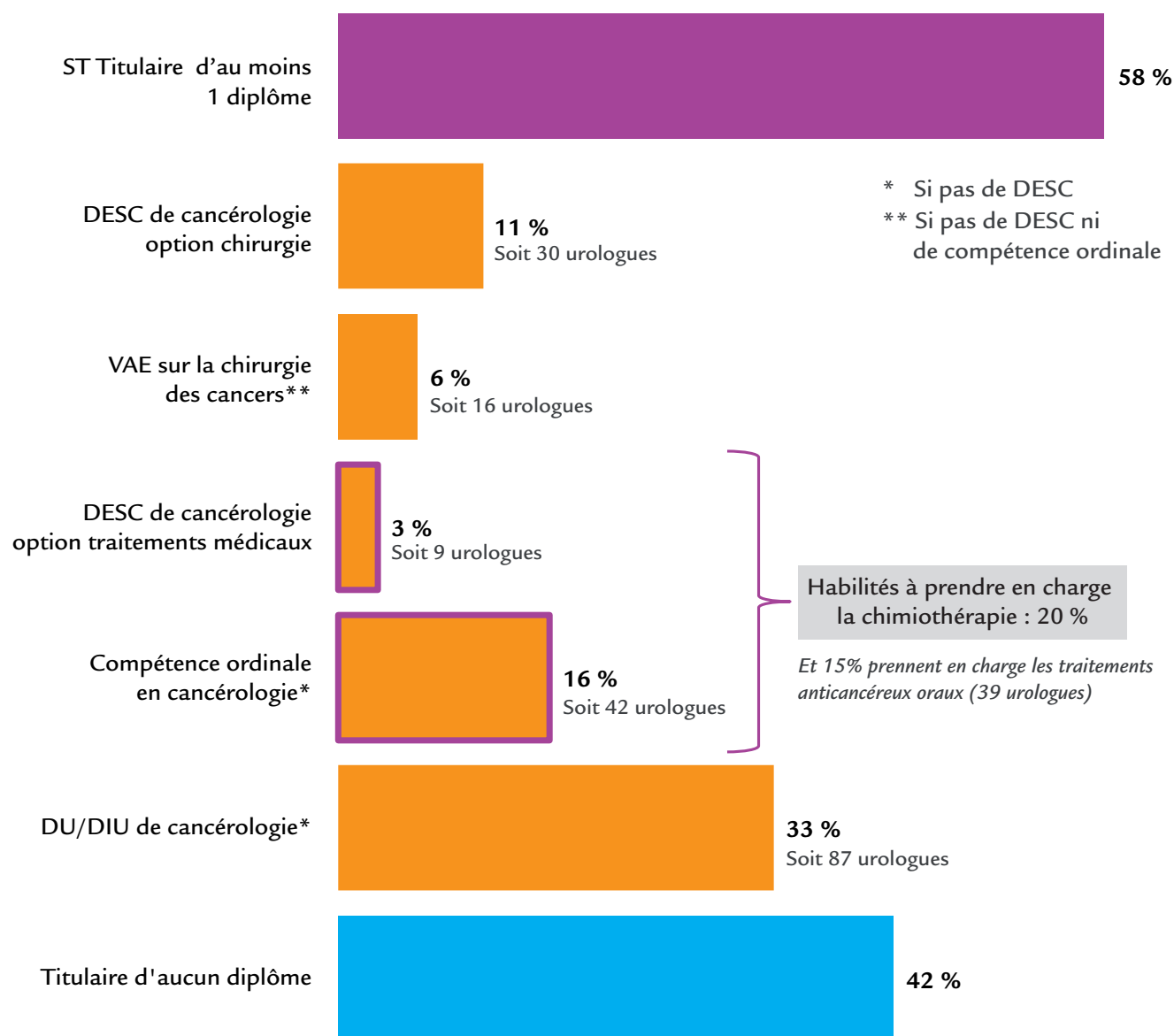
Les 265 urologues de l'échantillon ont en moyenne 17 ans d'ancienneté par rapport à l'obtention de leur diplôme (DES) de chirurgie générale et 15 ans par rap-

port au DESC de chirurgie urologique. L'étude montre que la plupart d'entre eux ont obtenu leur DES et leur DESC à moins de 2 ans d'intervalle. Ils sont cependant 26 % à déclarer avoir obtenu les deux diplômes la même année. Ceci s'explique par un choix précoce d'orientation vers l'urologie rendu possible après quatre semestres d'internat de chirurgie générale, mais aussi par l'ancienneté du diplôme lui-même, les urologues les plus âgés ayant pu bénéficier à certaines périodes d'un diplôme unique de chirurgien urologue.

Comme mentionné précédemment, pour exercer la cancérologie les urologues doivent être habilités, cette habilitation pouvant être obtenue par différents procédés: diplômes ou reconnaissance des compétences dans le domaine. De façon générale, 58 % des personnes interrogées disposent d'au moins un diplôme ou une habilitation en cancérologie, 42 % n'en ayant aucun (graphe 14).

L'enquête montre que 30 médecins soit seulement 11 % de l'échantillon, disposent d'un DESC d'oncologie dans l'option chirurgie des cancers et que 9 médecins, soit 3 %, disposeraient de ce même DESC, mais dans l'option traitements médicaux des cancers. Cette dernière option, en principe non accessible aux chirurgiens, compte quelques exceptions avec l'accord du coordonnateur du DESC.

GRAPHE 14 : DIPLÔMES OU HABILITATIONS EN CANCÉROLOGIE (BASE 265)



La validation des acquis d'expérience (VAE) détenue par 16 médecins (6 % des répondants) leur a donné une reconnaissance supplémentaire pour la pratique

de la chirurgie des cancers. La compétence ordinaire, acquise par 42 médecins (16 % des répondants), leur a permis de prescrire des chimiothérapies.

Au final, sur l'ensemble des répondants, 45 (soit 17 % de l'échantillon) disposent d'un titre ou diplôme en chirurgie des cancers (DESC d'oncologie option chirurgie ou VAE), et 52 (soit 20 % de l'échantillon) sont habilités pour prescrire des chimiothérapies (DESC d'oncologie option traitement des cancers ou compétence ordinale).

Un rapprochement des diplômes et des pratiques de cette dernière sous-population montre qu'une ving-

taine d'urologues, bien qu'habilités en cancérologie ne prescrivent pas de chimiothérapie et se limitent à leur cœur de métier ; 33 % des répondants sont titulaires d'un diplôme universitaire ou interuniversitaire (DU ou DIU) de cancérologie, ce qui témoigne d'un intérêt pour la thématique cancer.

Une très large majorité de spécialistes (88 %) déclarent suivre des formations en cancérologie dans le cadre du développement professionnel continu (DPC).

À retenir

- 43 % des urologues consacrent plus de la moitié de leur temps de travail mensuel à la cancérologie.
- Les 265 médecins interrogés interviennent systématiquement dans le dépistage des cancers urologiques, le traitement chirurgical, l'hormonothérapie, l'instillation intravésicale.
- 59 % déclarent prendre en charge les traitements anticancéreux oraux (primo prescription de chimiothérapie et suivi de patient sous anticancéreux), mais peu sont habilités selon la réglementation en vigueur (15 %).
- Sur l'ensemble des spécialistes interrogés, 20 % disposent d'une habilitation en cancérologie permettant de prescrire des traitements anticancéreux, mais certains n'en prescrivent jamais.
- Les urologues participent massivement aux RCP : 9 urologues sur 10 prennent part à au moins la moitié des séances, mais les dossiers des patients ne sont pas toujours discutés en présence de l'urologue concerné.
- Une majorité d'urologues (52 %) exercent dans le secteur privé.

4. UNE PRISE EN CHARGE UROLOGIQUE PARTAGÉE ENTRE PLUSIEURS SPÉCIALITÉS

Le traitement des cancers implique différentes pratiques thérapeutiques qui relèvent elles-mêmes de plusieurs spécialités. La chimiothérapie qui correspond à la prescription de cytotoxiques, thérapies ciblées, hormonothérapie ou immunothérapie, relève avant tout de la compétence de l'oncologue médical ; la radiothérapie est le propre du radiothérapeute mais celui-ci peut également prescrire des chimiothérapies. Oncologie médicale et radiothérapie sont les deux spécialités entièrement dédiées à la cancérologie. L'approche médicale propre aux oncologues et l'intervention chirurgicale propre aux urologues en font naturellement deux spécialités complémentaires dans la prise en charge des patients atteints de cancer urologiques. Cependant si le cœur de métier de l'urologue est la chirurgie, celui-ci prescrit également des traitements hormonaux. L'arrivée sur le marché de molécules *per os* l'amène à investir le champ de l'ambulatoire et, de ce fait, incite certains à prescrire des chimiothérapies orales avec ou sans habilitation. Ainsi les différents domaines d'intervention se complètent, mais tendent à se recouper.

L'augmentation de l'incidence des cancers, liée à l'accroissement de la population et à l'allongement de la durée de vie, implique un maillage territorial suffisamment fin pour une prise en charge sans perte de chance des patients atteints de cancers. L'enquête ne permet pas d'objectiver avec certitude une complémentarité entre oncologues et urologues dans la prise en charge médicale des cancers urologiques. Cependant, les disparités démographiques régionales des oncologues médicaux seraient à mettre en perspective avec les données d'incidence des cancers urologiques et avec le nombre d'urologues en activité par région (tableau 7).

Ces données pourraient être rapprochées des résultats d'enquête qui montrent une plus forte densité d'urologues pratiquant la chimiothérapie orale dans le nord-est de la France, le Limousin, le Languedoc-Roussillon et la Corse (carte 2), régions dans lesquelles la densité des oncologues médicaux est inférieure à la moyenne nationale. On pourrait alors faire l'hypothèse que l'intervention des urologues compenserait l'activité des oncologues médicaux dans les régions fragilisées.

TABLEAU 7 : DENSITÉ RÉGIONALE DES ONCOLOGUES MÉDICAUX ET DES UROLOGUES POUR 100 000 HABITANTS

Régions	Population INSEE 2013 (Estimation)	Nombre d'OM RPPS juillet 2013	Densité d'OM pour 100 000 habitants	Nombre TOTAL d'Urologues RPPS juillet 2013	Densité d'urologues pour 100 000 habitants	Incidence des cancers de la prostate
Alsace	1 861 000	23	1,2	23	1,2	1 552
Aquitaine	3 303 400	35	1,1	45	1,3	2 813
Auvergne	1 355 600	15	1,1	27	1,8	1 414
Basse-Normandie	1 479 200	16	1,1	24	1,6	1 284
Bourgogne	1 643 900	24	1,5	26	1,6	1 609
Bretagne	3 259 700	31	1,0	52	1,6	2 847
Centre	2 572 900	22	0,9	39	1,5	2 266
Champagne-Ardenne	1 333 500	10	0,7	27	1,9	1 151
Corse	322 100	4	1,2	8	2,5	181
DOM TOM	1 883 300	10	0,5	30	1,5	
Franche-Comté	1 177 900	13	1,1	25	2,1	1 227
Haute-Normandie	1 848 100	17	0,9	23	1,2	1 363
Ile-de-France	11 978 400	247	2,1	185	1,5	7 437
Languedoc-Roussillon	2 727 300	18	0,7	48	1,8	2 173
Limousin	741 000	7	0,9	15	2,0	908
Lorraine	2 350 700	27	1,1	29	1,2	1 920
Midi-Pyrénées	2 946 500	40	1,4	52	1,8	2 501
Nord-Pas-de-Calais	4 052 200	29	0,7	75	1,8	3 005
Pays de la Loire	3 658 400	46	1,3	53	1,4	3 225
Picardie	1 924 700	10	0,5	27	1,4	1 532
Poitou-Charentes	1 792 200	16	0,9	35	2,0	1 756
PACA	4 937 400	79	1,6	96	1,9	4 042
Rhône-Alpes	6 393 500	72	1,1	106	1,6	4 933
Total	65 542 900	811		1 070		
Moyenne nationale			1,2		1,6	

5. ÉVOLUTIONS ET PERSPECTIVES

5.1 LE RENOUVELLEMENT DES EFFECTIFS

Le renouvellement des professionnels s'opère par l'entrée en activité des nouveaux diplômés susceptibles de compenser les cessations d'activité.

Depuis l'instauration du processus de « filiarisation » inscrit dans la loi Hôpital patients santé et territoires (HPST), les épreuves classantes nationales (ECN) visent à redresser les évolutions démographiques de chaque spécialité, en provoquant un rattrapage ciblé de postes d'internes dans les régions en forte pénurie. Depuis 2010-2011, une programmation est établie pour 5 ans et révisée annuellement. Le tableau 8 indique les flux d'internes fixés par les quatre arrêtés successifs parus entre 2010 et 2013.

Au sein du DES d'oncologie, les internes se destinant au métier d'oncologue médical représentent environ 50 % des effectifs, ce qui correspond à la création de 490 postes attribués en 8 ans à cette profession, alors que l'on estime à 226 le nombre de médecins âgés de 55 ans et plus, donc susceptibles de partir en retraite dans les 10 ans. Le renouvellement des effectifs sera donc largement assuré.

Il est plus difficile d'apprécier le renouvellement des effectifs d'urologues dans la mesure où les 3 253 postes ouverts aux épreuves classantes nationales

(ECN) sur 8 ans concernent la chirurgie générale. Le choix de la spécialité chirurgicale s'opérant au cours de l'internat, la proportion de ceux qui s'orienteront vers l'urologie est difficile à évaluer. Cependant, le nombre d'urologues âgés actuellement de 55 ans et plus étant de 321 (soit 30 % de l'effectif actuel), leur renouvellement devrait là encore être largement assuré.

5.2 L'APPORT PRÉVU PAR PLAN CANCER

Dans le cadre de la réorganisation du 3^e cycle des études médicales, le Plan cancer 2014-2019 porte des évolutions qui devraient avoir un impact important en termes de formation initiale, qu'il s'agisse du DES d'oncologie propre aux oncologues médicaux et radiothérapeutes ou des DES de spécialité d'organes. Tout d'abord, un référentiel national de formation pour le DES d'oncologie assurera une progressivité de la formation des oncologues avec une période socle, une phase intermédiaire incluant le corps de la formation et une période de mise en responsabilité. Ce référentiel sera assorti à chaque étape d'une évaluation des compétences acquises.

Afin de maintenir la qualité de formation des spécialistes d'organes en cancérologie, un référentiel national de Formation spécialisée transversale (FST) en cancérologie sera défini conjointement par les enseignants en oncologie et les spécialistes d'organes. La

TABLEAU 8 : POSTES OUVERTS AUX ÉPREUVES CLASSANTES NATIONALES, PAR LES ARRÊTÉS DE JUILLET 2010, 2011, 2012 ET 2013

DES	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018	Total
Oncologie (3 options)	92	116	126	125	129	131	131	132	982
Chirurgie générale	357	401	420	413	415	417	414	416	3253

validation de cette FST remplacera le DESC actuel de cancérologie. Le déploiement des formations ainsi restructurées est prévu pour la rentrée universitaire 2016. Les nouvelles générations disposeront alors d'un socle de formation et d'une qualification en accord avec l'évolution des pratiques et conforme à la législation. Concernant les spécialistes déjà en exercice, des solutions transitoires devront être mises en place afin de régulariser les situations inadaptées.

De façon générale, la refonte des maquettes de formation initiale constitue une évolution majeure pour toutes les spécialités d'organes. Elle aura pour conséquence de clarifier la situation de nombreux prescripteurs.

L'application de ces nouveaux programmes conduira à un élargissement du champ d'intervention des urologues et, de façon plus générale, des spécialistes d'organes. Cet élargissement porté par le nouveau Plan cancer n'est cependant pas contradictoire avec la notion de pluridisciplinarité : il n'exclut en rien la concertation et l'étude commune des dossiers patients en réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). Au contraire, la coopération et la complémentarité entre profession-

nels : urologues, oncologues médicaux, radiothérapeutes, radiologues, pathologistes..., pour discuter ensemble des différentes options de traitement, est d'autant plus nécessaire que les spécialistes d'organes n'interviennent que dans le champ strict de leur spécialité, que les patients souvent âgés sont atteints de polyopathologies rendant plus complexes les choix de traitement et que les disparités territoriales en matière de démographie médicale persistent.

Le Plan cancer 2014-2019 est également porteur d'un ensemble de mesures destinées à garantir la qualité et la sécurité tout au long du parcours de soins, notamment :

- faire évoluer le périmètre des autorisations de traitement du cancer en prenant en compte les changements dans les techniques de prises en charge et dans l'accès à l'innovation ;
- réviser les critères d'agrément à la prise en charge du cancer pour améliorer l'orientation des situations complexes ;
- accompagner les évolutions techniques et thérapeutiques en développant la chirurgie ambulatoire en cancérologie.

CONCLUSION

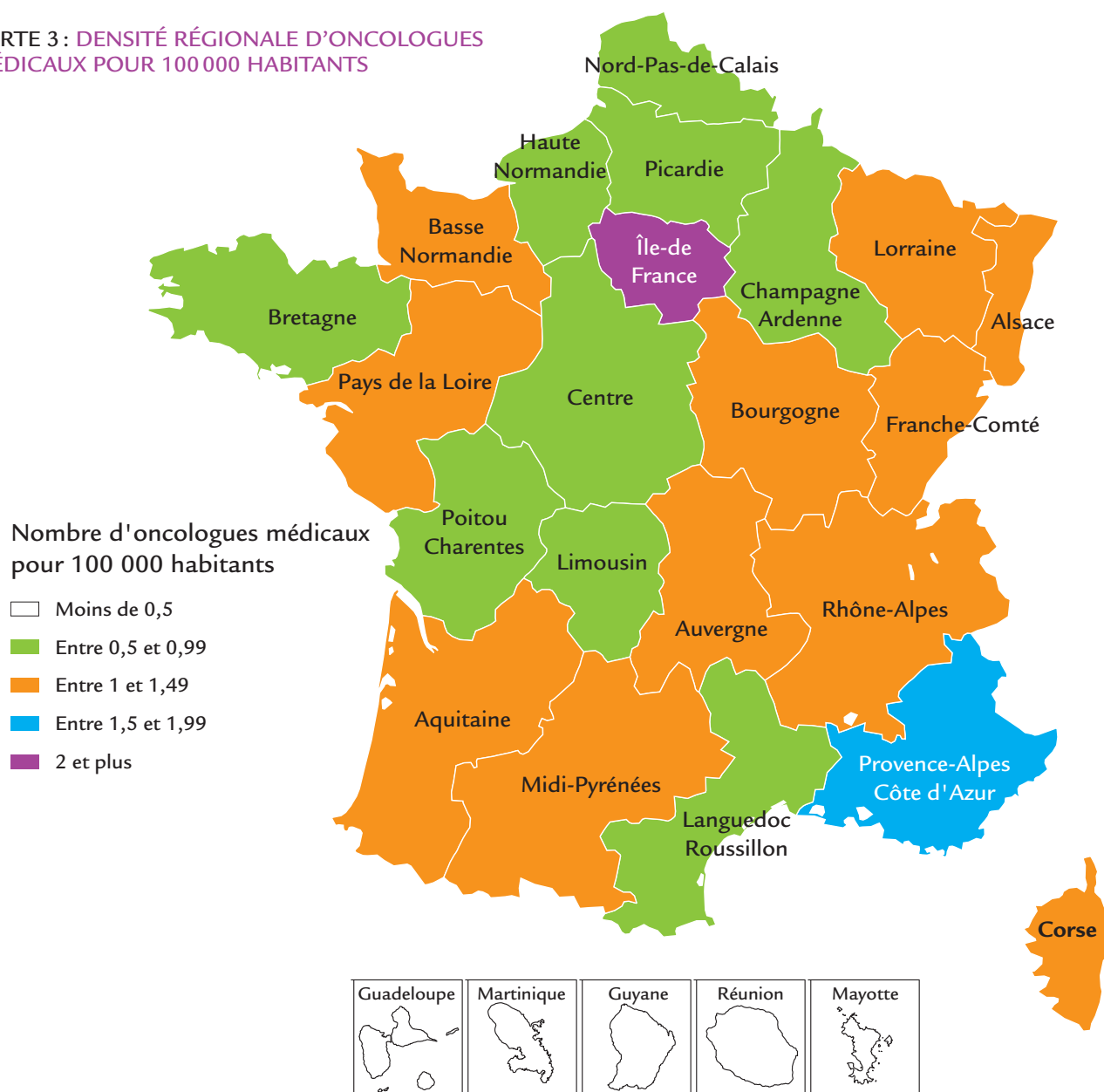
Cette étude témoigne de l'investissement important des urologues en cancérologie. Elle souligne l'état de mutation de cette profession qui outre son activité en chirurgie développe des compétences extra-chirurgicales. Ce travail d'observation et d'analyse qui correspond à une période charnière pour la profession constitue un T0. Prenant en compte l'évolution rapide des traitements vers l'ambulatoire, le nouveau Plan cancer contribuera à encadrer ces nouvelles pratiques à travers l'adaptation des formations initiales et, pour les plus anciens, l'harmonisation des critères de qualification, afin de garantir un haut niveau de sécurité et de qualité dans l'exercice de la cancérologie. Il sera sans doute pertinent de réaliser une nouvelle étude auprès de l'ensemble des spécialistes d'organes en fin de Plan cancer pour évaluer l'appropriation de ces évolutions par ces médecins.

ANNEXE : LA SITUATION DÉMOGRAPHIQUE DES ONCOLOGUES MÉDICAUX EN 2013

Le nombre d'oncologues médicaux s'élève actuellement à 811 sur l'ensemble du territoire¹⁴, ce qui témoigne d'une progression constante des effectifs au cours de ces dernières années (790 en 2012). Ces effectifs représentent une densité de 1,2 oncologue pour 100 000 habitants. La proportion de femmes,

actuellement de 47 %, reste encore légèrement minoritaire. Elle est malgré tout supérieure à celle observée pour l'ensemble des médecins qui est de 42 %. L'exercice salarié est largement privilégié par les oncologues médicaux (78 %), sans évolution significative depuis plusieurs années.

CARTE 3 : DENSITÉ RÉGIONALE D'ONCOLOGUES MÉDICAUX POUR 100 000 HABITANTS



Il s'agit d'une population relativement jeune par rapport à l'ensemble des spécialités médicales : la part de praticiens âgés de 55 ans et plus n'est que de 28 % contre 44 % pour l'ensemble des spécialités. Cette moyenne masque cependant quelques disparités, puisque deux départements, l'Alsace et la Champagne-Ardenne, comptent plus de 50 % de praticiens âgés de 55 ans et plus.

L'augmentation régulière des effectifs d'oncologues médicaux ne réussit pas à gommer les disparités régionales. L'écart de densité reste important entre la Picardie ou les DOM TOM, et l'Île-de-France (0,5 vs 2,1 pour 100 000 habitants). Le nombre de régions ayant une densité d'oncologues médicaux inférieure de 20 % à la moyenne nationale a malgré tout diminué, passant de 12 à 9 entre 2012 et 2013. La Corse qui ne disposait en 2012 que d'un seul oncologue médical, en compte désormais quatre, la densité étant ainsi équivalente à la moyenne nationale (carte 3).

RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE

L'incidence des cancers urologiques s'élève à 80 000 cas par an soit 22 % des cas incidents de cancer. À lui seul le cancer de la prostate en représente 16 %.

Les urologues dont une majorité exerce dans le secteur privé, s'impliquent fortement en cancérologie : ils sont 43 % à y consacrer plus de la moitié de leur temps de travail.

Ils interviennent systématiquement dans le dépistage des cancers urologiques, le traitement chirurgical, l'hormonothérapie, l'instillation intravésicale, et dans une moindre mesure dans les soins de support, les soins palliatifs et les traitements anticancéreux.

Dix-sept pour cent des urologues disposent d'un DESC ou d'une Validation des acquis d'expérience en chirurgie des cancers.

Près de 60 % déclarent prendre en charge les traitements anticancéreux oraux (primo-prescription et suivi de patients) mais parmi eux, peu sont habilités à primo-prescrire des chimiothérapies.

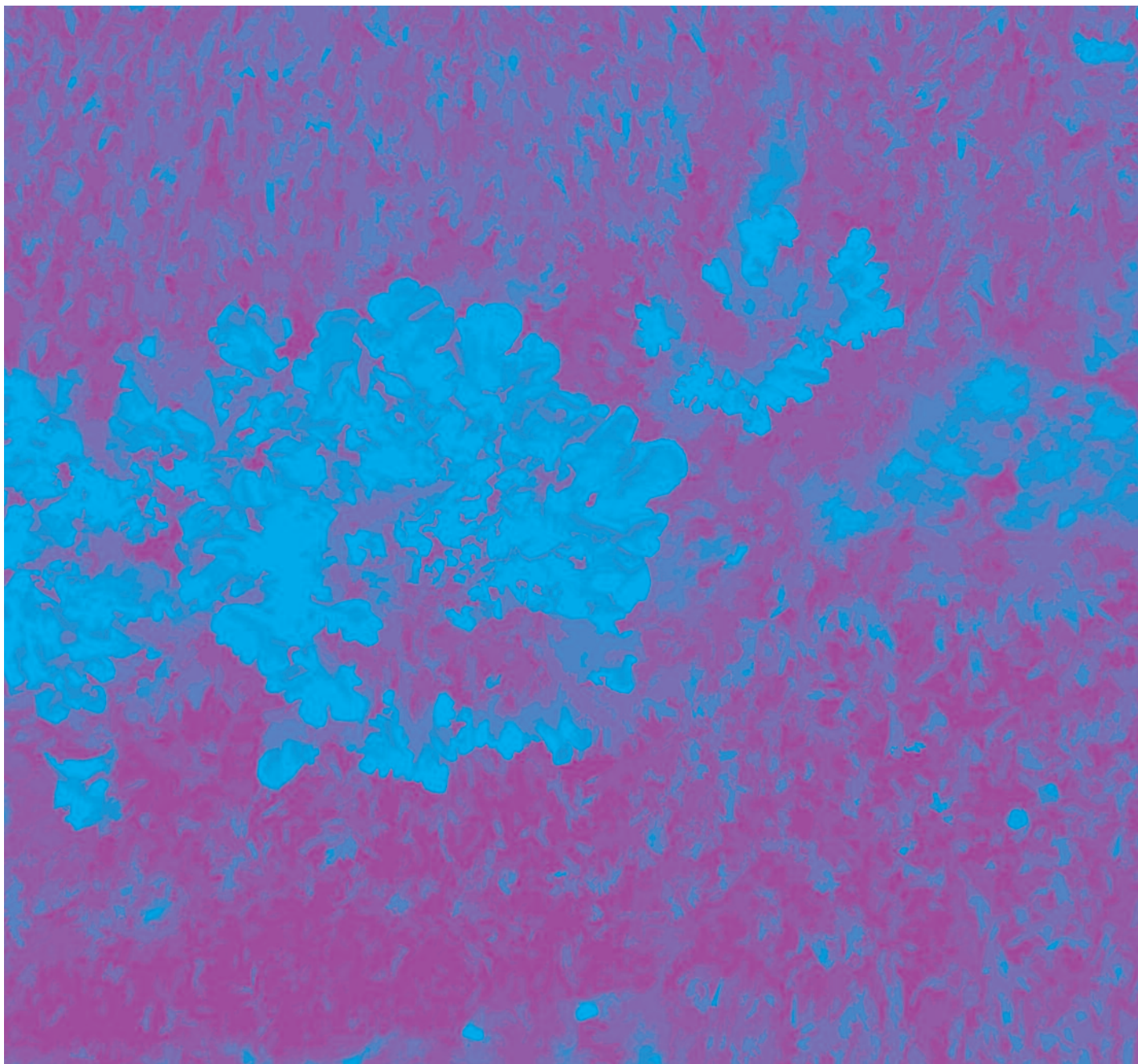
A contrario, 20 % sont réellement habilités pour cette pratique, mais tous ne sont pas prescripteurs.

Cette étude a donc mis en évidence de façon objective le décalage entre la réglementation en vigueur et les pratiques actuelles.

Une restructuration des formations initiales pour les futurs spécialistes et une harmonisation des exigences requises pour l'obtention des qualifications en cancérologie pour les plus anciens, devraient permettre de résoudre les difficultés actuelles.



52, avenue André Morizet
92513 Boulogne-Billancourt Cedex
Tél.: +33 (1) 41 10 50 00
Fax: +33 (1) 41 10 50 20
e-cancer.fr



Édité par l'Institut National du Cancer
Conception/Réalisation: Institut National du Cancer
Tous droits réservés – Siren: 185 512 77
ISBN: 978-2-37219-026-8
ISBN net: 978-2-37219-027-5

DÉPOT LÉGAL OCTOBRE 2014

Plus d'informations sur l'Institut
et le Plan cancer 2014-2019
sur **e-cancer.fr**

Institut national du cancer
52, avenue André Morizet
92513 Boulogne-Billancourt Cedex

Tél. : 01 41 10 50 00
Fax : 01 41 10 50 20
diffusion@institutcancer.fr

ENQUROLOGUES14