

## Compte-rendu de l'audition des anatomo-cytopathologistes du 17 février 2010

### Les chiffres sur les anatomo-cytopathologistes

Le répertoire Adeli au 1<sup>er</sup> janvier 2009 recense 1 574 anatomo-cytopathologistes, contre 1 453 pour les fichiers de l'Ordre. Toutefois en ramenant les deux chiffres à des champs comparables, c'est à dire en retirant du nombre des spécialistes d'Adeli ceux qui ont réussi le concours de praticien hospitalier, sans être qualifiés dans la spécialité, l'écart diminue, passant de 121 à 74. (Tableau 1). En outre le champ de l'Ordre est plus restreint puisqu'il exclue les « sans activité » et les remplaçants.

**Tableau 1 : Effectifs des anatomo-cytopathologistes au 1<sup>er</sup> janvier 2009**

Spécialité	ADELI			Ordre (activité régulière)	Ecart ADELI - Ordre (hors diplômés concours PH)
	qualifiés spécialistes	reçus au concours national de praticien hospitalier	Total Spécialistes		
anatomie et cytologie pathologique	1 527	47	1 574	1453	74

Sources : DREES. Répertoire ADELI et Conseil national de l'Ordre des médecins.

L'évolution des effectifs fait apparaître une faible croissance entre 1999 et 2003, puis une baisse régulière jusqu'en 2009. Le taux de croissance pour la période 1999-2009 est négatif à -1,3 % correspondant à un taux de croissance annuel moyen de -0,1 %, alors que pour l'ensemble des spécialistes, ces taux sont respectivement de 10,4 % (Tableau 2), et de 1 %.

**Tableau 2: Évolution des effectifs d'anatomo-cytopathologistes entre 1999 et 2009**

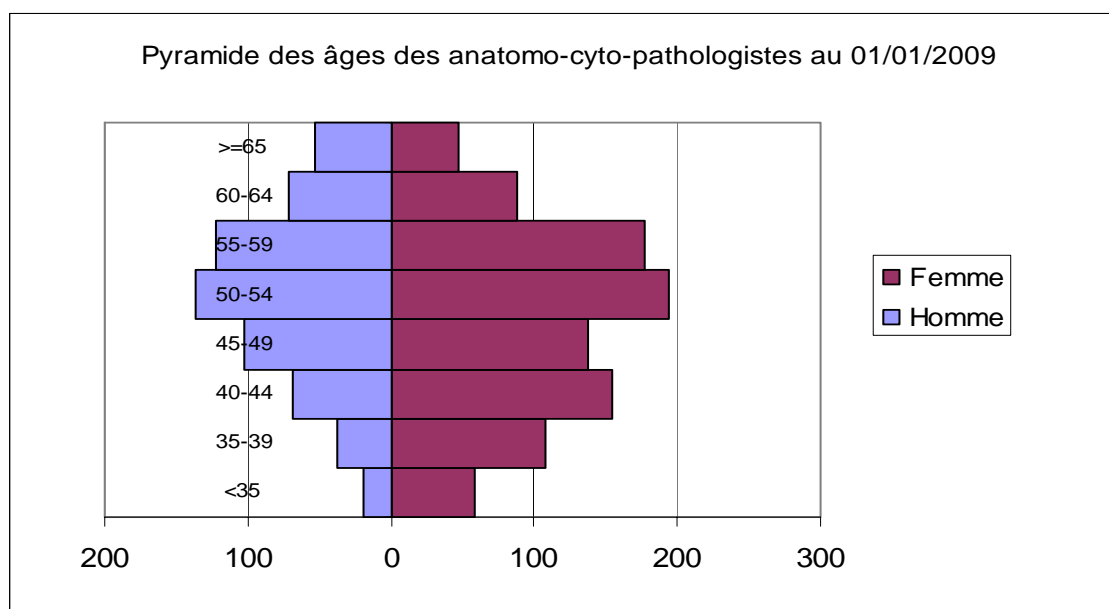
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Taux de croissance annuel moyen	Taux de croissance (1999-2009)
Médecins spécialisés en anatomie et cytologie pathologique	1 594	1 608	1 608	1 628	1 631	1 609	1 623	1 628	1 611	1 595	1 574	-0,1%	-1,3%
Ensemble des spécialistes	99 249	100 632	101 262	103 157	104 755	105 783	107 183	108 044	108 704	108 960	109 596	1,0%	10,4%

Sources : DREES. Répertoire ADELI redressé.

La spécialité compte actuellement 61 % de femmes. Les femmes sont largement majoritaires dans l'ensemble des classes d'âge et particulièrement pour les dernières générations où le taux de féminisation est de 70 % pour les 40-44 ans et 75 % en dessous de 40 ans.

L'âge moyen (50,5 ans) correspond à celui de l'ensemble des spécialistes (50,8 ans). Chez les femmes, il est inférieur de 3 ans à celui des hommes, caractéristique que l'on retrouve également chez l'ensemble des spécialistes. La part des médecins âgés de 55 ans et plus équivaut à 32 % des effectifs (Graphique 1).

**Graphique 1 : Pyramide des âges des médecins spécialistes d'anatomo-cytopathologie tous secteurs d'exercice confondus**



Sources : DREES. Répertoire ADELI redressé.

Les anatomo-cytopathologistes exercent pour la moitié d'entre eux en établissement d'hospitalisation public ou privé, et pour 45 % d'entre eux en cabinet libéral.

Selon les données transmises par la CNAMTS, les anatomo-cytopathologistes exerçant en secteur libéral ont augmenté régulièrement sur la période 1995-2002, pour atteindre 709 professionnels. L'évolution des effectifs depuis cette date est assez faible, avec une décroissance de -2,1 % entre 2006 et 2007.

**Tableau 3 : Évolution du nombre d'anatomo-cytopathologistes libéraux**

	1995	2000	2 001	2 002	2 003	2 004	2 005	2 006	2 007	2 008	TCAM* 95-08	Evol. 07-08
Effectif	610	675	708	709	700	701	717	708	693	702	1,1%	1,3%
dont APE**	545	625	644	661	659	663	670	664	646	651	1,4%	0,8%
% APE	89,3%	92,6%	91,0%	93,2%	94,1%	94,6%	93,4%	93,8%	93,2%	92,7%	-	-

\* Taux de Croissance Annuel Moyen







\*\* APE : professionnels conventionnés actifs au 31 décembre, non installés dans l'année, non HTP et ayant moins de 65 ans

Source : CNAMTS

Les anatomo-cytopathologistes libéraux exercent plus fréquemment en exercice libéral exclusif<sup>1</sup> ; seulement 3,6 % d'entre eux cumulent également un travail salarié en centre de soins et 14 % d'entre eux ont également une activité hospitalière, partielle ou en HTP. Ils exercent presque exclusivement en secteur 1, non autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires ; 13,8 % d'entre eux sont en secteur 2.

En secteur libéral, la proportion d'hommes et de femmes est équilibrée.

**Tableaux 4,5 et 6 : Quelques caractéristiques des anatomo-cytopathologistes en secteur libéral**

	Age moyen 2008			Répartition par sexe en %	
			 		
Anatomo-cyto-pathol.	52,4	51,2	51,8	50,3	49,7
Total spécial	53,3	51,7	52,8	69,3	30,7

**Répartition par mode d'exercice au 31.12.2008**

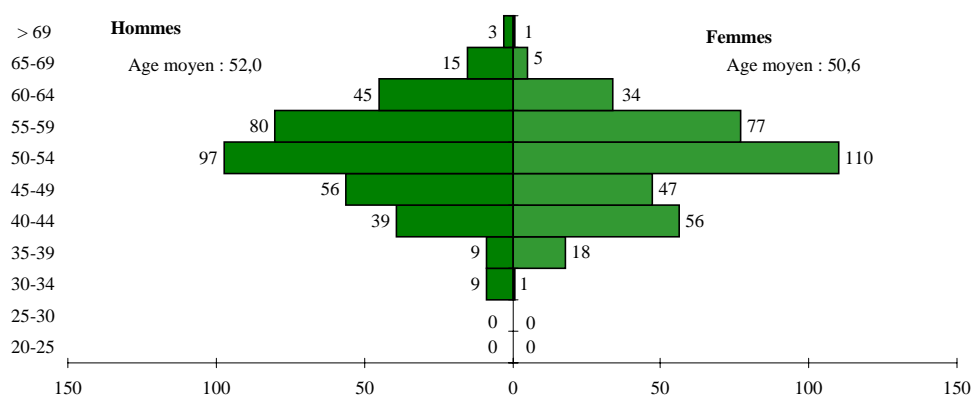
	en %			
	Libéral exclusif	Libéral et Salarié	Libéral + exercice hospitalier temps partiel	Total médecins temps plein
Anatomo-cyto-pathol	83,6	3,6	10,7	2,1
Total spécial	63,3	11,5	17,2	8,1

**Répartition par mode conventionnel au 31.12.2008**

	Conventionnés				non conventionnés	Total médecins
	Secteur 1	Secteur 2	D.P.	Total		
	Anatomo-cyto-pathol.	86,2	13,8	0,0	100,0	0,0
Total spécial	59,3	39,8	0,7	99,7	0,3	100,0

<sup>1</sup> Rappel : cette étude ne concerne pas les médecins ACP exerçant en secteur privé mais en laboratoires.

## Graphique 2 : Pyramide des âges au 31 décembre 2008 des anatomo-cytopathologistes libéraux

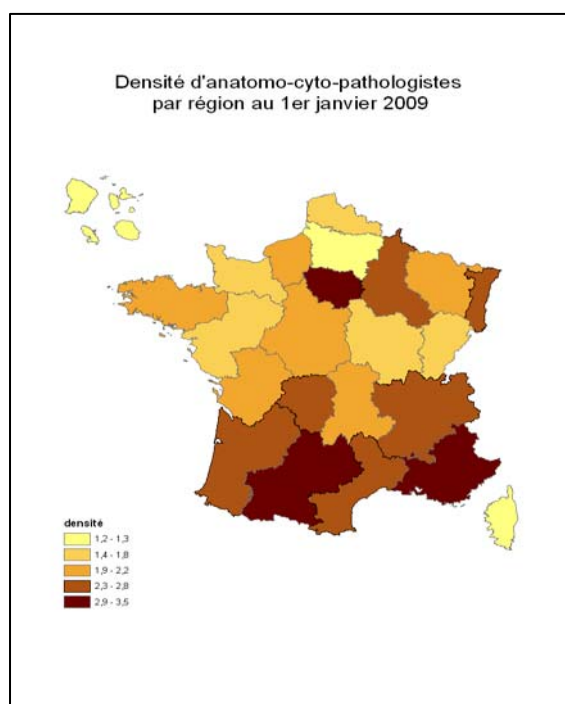


La pyramide des âges ci-dessus fait apparaître une spécialité vieillissante, avec un nombre de praticiens assez faible aux âges les plus jeunes.

### La répartition géographique

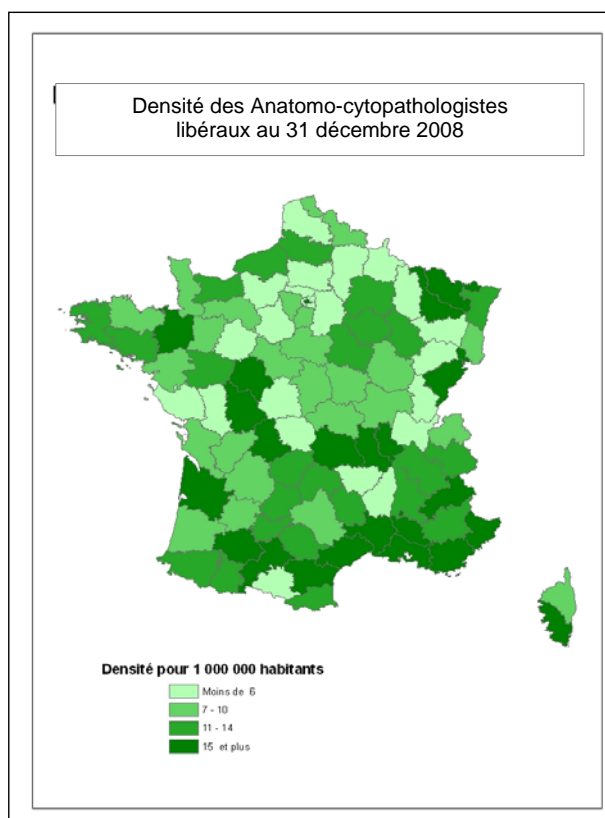
En France, la densité moyenne d'anatomo-cytopathologistes, tous secteurs d'exercice confondus, est de 2,5 médecins pour 100 000 habitants. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur avec une densité de 3,5 est la région la mieux dotée (Carte 1). Viennent ensuite les régions Île-de-France avec une densité de 3,3 et Midi-Pyrénées avec une densité de 3,2. Parmi les régions les moins bien dotées, on trouve la Picardie, les DOM et la Corse avec des densités allant de 1,2 à 1,3 médecins pour 100 000 habitants.

### Carte 1



Sources : DREES. Répertoire ADELI redressé.

## Carte 2



Source : CNAMTS SNIR

En secteur libéral et pour la France entière, on compte 1,1 médecin spécialiste d'anatomie et de cytologie pathologiques pour 100 000 habitants. A l'échelle des départements (Carte 2), les densités les plus élevées sont observées à Paris (plus de 3 pour 100 000 habitants), mais également en Haute-Garonne et dans les départements du pourtour méditerranéen, des Hautes-Alpes et des Alpes-Maritimes, en Rhône-Alpes, plus globalement dans les départements du Sud de la France et en Corse. En revanche, les densités sont faibles dans le centre de la France et le bassin parisien. Six départements (l'Ardèche, l'Ariège, la Creuse, l'Indre, la Meuse et la Haute-Saône) ne comptent aucun anato-mo-cytopathologiste installé en libéral.

### Les évolutions de l'exercice et des modalités d'organisation

A. En terme de champ d'exercice, outre le développement des actes à visée prédictive, de nouvelles charges sont apparues sans lien direct avec le nombre de dossiers traités mais consommatrices de temps médical (participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie, constitution de bases de données à visée épidémiologique et participation à des registres, constitution de tumorothèques, développement de plateformes de pathologies moléculaires, mise en place de consultations de « second avis »... ).

Se dessinent ainsi des formes de spécialisation de nature à améliorer la précision du diagnostic, mais aussi d'hyperspécialisation à organiser à l'échelle nationale pour en permettre l'accès à tous.

En parallèle, les médecins spécialistes d'anatomie et de cytologie pathologiques observent que certains actes techniques et tâches de gestion devraient être délégués à des personnels formés, pour permettre aux anato-mo-cytopathologistes de se recentrer

sur leur cœur de métier (partie « intellectuelle » de l'acte diagnostique et dialogue avec les cliniciens autour des cas complexes).

Dans cette perspective, une licence professionnelle de « technicien spécialisé en anatomie et cytologie pathologiques » niveau L3 à Dijon (Pr Piard et Dr Laurent) a été créée. Un DU « Macroscopie des pièces opératoires - Prise en charge par le technicien de laboratoire » sera mis en place en 2010-2011 à Paris (Pr Flejou - Hôpital Saint Antoine). Ces formations rencontrent un certain écho, mais leur développement est limité par l'absence de reconnaissance des compétences acquises au travers des grilles de salaires. Ont été également mis en avant le besoin de cytotechniciens, et de personnels de niveau bac+5 pour la gestion et le traitement des images, les plateformes de biologie moléculaire, la gestion et l'exploitation de base de données ou de tumorothèques.

Au cours des échanges qui ont suivi, il a été observé que ce souhait de déléguer des tâches à des collaborateurs formés s'inscrivait parfaitement dans le champ des collaborations ouvert par la loi HPST. Dès lors que les compétences précises pouvant être déléguées auront été définies et auront reçu l'assentiment des professionnels concernés, des dossiers pourront être proposés aux ARS puis soumis à la Haute autorité de santé (HAS). En effet, depuis le 13 janvier 2010, les techniciens de laboratoire médical (selon leur nouvelle dénomination) sont devenus une profession réglementée par le Code de Santé Publique.

B. La répartition territoriale des structures et les modes d'organisation sont également amenés à profondément évoluer. Un document élaboré en commun par toutes les composantes de la profession en trace les grands principes : « Projet Pathologie 2008 » (disponible sur internet). Il s'agit, notamment, de combiner une structuration de l'offre selon plusieurs niveaux d'expertise et un maillage territorial plus performant que celui qui existe actuellement avec, dans chaque région, des « plateaux techniques communs territoriaux » et une plateforme de pathologie moléculaire régionale.

Au premier niveau, des « plateaux techniques communs territoriaux » regrouperaient les pathologistes d'un territoire de santé (à définir avec les Agences régionales de santé, ARS). Ceux-ci devraient avoir la taille critique nécessaire, tant au niveau des équipes que des équipements, pour être attractifs pour les jeunes médecins (une certaine forme de spécialisation étant possible) et répondre aux exigences de l'accréditation. Les professionnels s'attendent en effet à ce que les structures d'ACP (laboratoires et cabinets) soient soumises aux mêmes exigences que les laboratoires de biologie médicale. Ils font aussi observer que dans la majorité des pays européens, les plateaux techniques d'ACP sont plus gros qu'en France. Le maintien des activités extemporanées de proximité pourrait être facilité par le biais de techniciens spécialisés au sein des blocs opératoires et de la transmission d'images, comme cela se pratique déjà au Canada (télépathologie). Un travail d'évaluation de ce mode de diagnostic à distance est en cours au Canada. Il fera l'objet d'un partage d'expérience.

Au second niveau, il s'agit de mettre en place une plateforme de pathologie moléculaire spécialisée par région, publique, privée ou mixte. L'importance croissante des techniques de biologie moléculaire appliquées au diagnostic anatomopathologique rend indispensable ce type de plateforme intégrée au sein de chaque région. Les plateformes de génétique moléculaire des cancers mises en place à l'initiative de l'INCa sont une réponse partielle à cette nécessité. En parallèle, les professionnels soulignent que la dimension des équipes de pathologistes des établissements universitaires (4 à 8 dans la majorité des cas) est bien inférieure à celle que l'on observe dans les autres pays européens (15 à 30). De nombreuses structures (publiques et privées) sont de très petite taille (1 à 3 pathologistes)

Des regroupements allant dans le sens indiqué se mettent lentement en place dans certaines régions, mais cette politique ne bénéficie pas pour le moment de réel soutien de la part des pouvoirs publics et rencontre une certaine réticence des cliniciens habitués à la proximité de l'anatomo-cytopathologiste. La généralisation des RCP en

visioconférence devrait cependant contribuer à les familiariser avec ce mode de collaboration.

Les professionnels auditionnés insistent sur l'importance de rendre ce dispositif cohérent avec les restructurations des plateaux techniques chirurgicaux avec lesquels les anatomo-cytopathologistes travaillent au quotidien, bien au-delà de la problématique « cancer ». Si la chirurgie se réorganise du fait des exigences de seuil d'activité minimale, il faudrait que l'ACP suive le mouvement et que l'implantation optimale soit examinée sur la base d'éléments pertinents tels que la capacité du bloc opératoire, le type de chirurgie, le nombre d'endoscopies, l'existence d'une réanimation...

### **Attractivité de la discipline et évolution des besoins**

Le sentiment partagé au sein de la profession est celui d'une pénurie : les professionnels libéraux rencontrent des difficultés pour trouver des remplaçants ou des successeurs, dans les hôpitaux publics, des postes sont vacants (même si le taux de vacance n'est pas supérieur à la moyenne des autres disciplines), peu d'internes sont inscrits (15 à 20 par an), ce qui a amené à diminuer de 20 % les postes d'AHU, faute de candidats.

Ceci s'explique en partie par le fait que la discipline souffre d'un déficit d'image auprès des étudiants (pas assez de stages en second cycle et faible participation des enseignants d'ACP aux enseignements cliniques) et se révèle donc peu attractive aux ECN. Selon une enquête réalisée par l'Association Française des Internes en Anatomie et cytologie pathologiques, 40 % seulement des internes inscrits dans le DES avaient choisi cette orientation dès le début de leur cursus, la majorité s'étant déterminée en cours d'internat. Des actions en direction des étudiants et des internes pour faire connaître la discipline sont d'ailleurs menées en collaboration avec l'INCa et l'AFIAP.

Dans ce contexte, les professionnels craignent que la filiarisation ne se traduise essentiellement par des postes vacants à l'issue des choix. C'est pourquoi, ils ne sont pas favorables à des mesures trop volontaristes d'augmentation des postes d'internes, comme celles qui figurent dans le Plan Cancer 2. Ils estiment prioritaire la réorganisation des plateaux techniques, même si c'est une œuvre de longue haleine, car elle redonnera de l'attractivité, améliorera la qualité des prestations et la couverture des besoins.

La démarche développée, dans le cadre de l'ONDPS, pour la prévision des effectifs d'internes à former, est alors présentée.

- Selon le scénario 1, basé sur le prolongement à l'identique de la situation observée en 2008, 24 internes seraient formés en moyenne annuelle, soit 120 internes sur la période 2009-2013. Ce scénario minimal est peu plausible, notamment parce qu'il n'intègre pas les effets de l'augmentation du numerus clausus ; il ne permettrait pas le remplacement de l'effectif susceptible de cesser son activité au cours des 5 prochaines années (soit 241 anatomopathologistes âgés de 60 ans et plus).

- Selon le scénario 2, basé sur les propositions qu'ont formulé les comités régionaux après examen des situations démographiques locales et des capacités de formation, 304 internes seraient formés sur la période 2009-2013, soit, en moyenne annuelle, 61, ce flux permettant de compenser et de dépasser les sorties attendues des spécialistes âgés de 60 ans et plus, sur la période.

L'augmentation globale proposée dans ce deuxième scénario ne concerne pas toutes les régions de la même façon. Quatre cas de figure peuvent être distingués :

- A. les régions qui souhaitent conserver un nombre d'internes inférieur aux postes offerts en 2008. C'est le cas de la Bourgogne (- 4) ;
- B. les régions qui souhaitent conserver un nombre d'internes équivalent à 2008 : Alsace, Nord-Pas-de-Calais.
- C. les régions qui proposent une augmentation mesurée (de +3 à +10) : Centre, Limousin, La Réunion (+3), Antilles-Guyane, Aquitaine, Auvergne, Midi-Pyrénées, Picardie, Provence-Alpes-Côte d'Azur+Corse (+5), Pays de la Loire (+7), Bretagne (+8), Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Lorraine, Poitou-Charentes (+10);

- D. les régions qui envisagent une augmentation sensible (> à 10) sont : Basse-Normandie, Languedoc-Roussillon (+15), Rhône-Alpes (+20), Île-de-France (+30).

Ces propositions semblent trop ambitieuses aux représentants de la profession. Des chiffres plus modestes de l'ordre d'une quarantaine de postes par an au début, avec montée en charge progressive, associés à la possibilité de choix tardifs, leur semblent plus réalistes.

### **Éléments relatifs à la formation**

La maquette actuelle comporte 7 semestres dans des services agréés, ce qui permet un apprentissage essentiellement par « compagnonnage ». A l'usage, les enseignants souhaitent assouplir cette maquette très rigide et proposent « de 6 à 8 semestres dans des services agréés ».

Par ailleurs, ils ont proposé dans le cadre de la Commission nationale de l'internat et du post-internat (CNIPI) la création d'un DESC de type 3 permettant à des internes en fin de cursus de se réorienter vers l'ACP, car le choix « tardif » fait partie des spécificités de la discipline. En effet, lorsque les internes d'autres spécialités cliniques font un stage en ACP, il n'est pas rare qu'ils expriment leur intérêt et un souhait de réorientation. Tous les universitaires présents à l'audition ont, pour leur part, témoigné de tels parcours commencés au sein d'autres spécialités. Cette diversité d'expériences cliniques est, en soi, une richesse car elle facilite les échanges avec les cliniciens. De façon plus exceptionnelle, ce DESC de type 3 permettrait également à des médecins spécialistes de se réorienter vers l'ACP.

Les professionnels font remarquer qu'en France les spécialités chirurgicales n'ont pas accès à un stage en ACP, alors qu'en Allemagne les internes en chirurgie font obligatoirement 6 mois en ACP. La moitié du travail se fait avec des chirurgiens. Cette « troisième voie » pourrait les concerner. En tout état de cause, elle ne devrait fournir que des petits effectifs.

La capacité globale de formation en nombre de stages est suffisante, sous réserve de budgétiser plus de postes (exemple de l'Île-de-France). Cependant elle est inégale selon les régions avec, dans quelques services, une absence de certaines activités spécialisées. Par ailleurs, le temps des formateurs est mobilisé par l'activité hospitalière elle-même, notamment dans les équipes de petite taille, ou par des internes d'autres DES (oncologie par exemple) « sans retour d'investissement ». Ainsi en Île-de-France, sur 30 postes, certains semestres, 28 sont occupés par des cliniciens (« concurrence » de fait entre DES).

Enfin, les professionnels font observer que le nombre d'internes va augmenter au moment où celui des enseignants devrait se réduire (départs en retraite). L'ouverture de stages en secteur libéral pourrait se faire sous réserve de contrats passés avec le formateur (et non pas l'institution au sein de laquelle il l'exerce) ; elle suppose des plateaux techniques de taille déjà conséquente pour avoir un nombre suffisant de formateurs. En ACP, la plupart des apprentissages peuvent se faire dans le public, sauf le frottis cervico-utérin qui est le plus souvent fait en libéral, et il s'agirait plus d'une découverte d'un mode d'exercice.

Trois DESC, assez confidentiels en nombre d'inscrits, existent actuellement (Hémo pathologie, neuropathologie, fœtopathologie). Il est demandé la création d'un quatrième DESC de pathologie moléculaire, du fait de l'importance croissante des techniques de biologie moléculaire pour le diagnostic anatomopathologique. Son contenu devrait s'inspirer du DIU de pathologie moléculaire qui se met en place actuellement pour améliorer la formation des ACP en la matière. En outre, 2/3 des DES en ACP font un master.



Les représentants de la discipline insistent sur l'intérêt d'un complément de formation en post-internat pour les besoins de « surspécialisation ». A une question sur la contradiction apparente entre la réduction des semestres pour la maquette et ce souhait d'un post-internat, il est indiqué qu'une formation clinique solide fait partie intégrante de la formation d'un pathologiste, que la formation en 5 ans est suffisante pour former un anatomo-cytopathologiste de qualité mais qu'un complément d'expérience est indispensable pour acquérir une « surspécialisation » : l'organisation future de l'ACP en structures de taille comparable à celles des pays d'Europe du nord va de pair avec une surspécialisation des générations futures de pathologistes, donc avec la nécessité d'un post-internat, qui ne doit pas être obligatoirement hospitalo-universitaire.

## **Annexe : Liste des professionnels participants à l'audition**

**Pr Jean Pierre BELLOCQ**

*Président de l'Association française d'assurance de qualité en Anatomie et cytologie pathologiques (AFAQAP)*

**Pr Frédérique CAPRON**

*Représentant le Dr Michel GUIU du Syndicat des médecins pathologistes français (SMPF)*

**Pr Jean-François FLÉJOU**

*Président de la Société française de pathologie (SFP)*

**Pr Jean-Paul SAINT-ANDRÉ**

*Président du Collège universitaire français des pathologistes (CUFP)  
et Doyen de la faculté de Médecine d'Angers*