

POUR FAIRE
LA JONCTION
ENTRE UROLOGUES

DEPUIS LONGTEMPS NOUS
N'AVIONS VÉCU UNE ANNÉE
AUSSI IMPORTANTE...

sommaire

ÉDITORIAL

Depuis longtemps... p. 1

DÉMOGRAPHIE

Les effectifs de l'activité
des médecins... p. 3

DOSSIER

Les DU & DIU d'urologie... p. 6

Recensement des DU &
DIU d'urologie... p. 7

Pourquoi nous avons
arrêté... p. 9

Point de vue pour... p. 9

Point de vue contre... p. 10

Place des DU et DIU
dans la FMC urologique... p. 10

SNCUF

Dossier SNCUF... p. 11

AFU

Les nouveautés sur
l'affectation des internes et
l'agrément des stages... p. 16

AFU : régionalisation,
mode d'emploi !... p. 17

Des nouvelles du comité
d'infectiologie de l'AFU... p. 19

ACTUALITÉ

Hommage à
Dominique Chopin... p. 18

Ça pourrait vous arriver
un jour... p. 15

Journée de la prostate... p. 20

SUPPLÉMENT

→ Calendrier

éditorial



Depuis longtemps nous n'avions vécu une année aussi importante pour notre profession d'urologue. Avec le recul, sans doute 2005 apparaîtra-t-elle une année charnière tant les nouveautés sont nombreuses, l'ensemble opérant une véritable révolution dans nos pratiques : nouvelle nomenclature CCAM, contraintes budgétaires et tarifaires, réforme du médecin traitant, réseaux de soins, objectifs des formations universitaire et post universitaire, évaluation des pratiques professionnelles, effets à long terme de la loi du 4 mars 2002, nouvelles orientations et régionalisation de l'AFU...



Jérôme GRALL
Rédacteur en Chef Adjoint
d'Urojonction

Quand nos repères les plus sûrs semblent se dérober, garder l'équilibre devient difficile, le système entier pourrait s'écrouler, ce ne serait pas notre faute ! Faut-il être pour autant de ceux qui regrettent le passé ? Faut-il se lamenter devant les ors ternis du pouvoir médical ? Faut-il se détourner de ceux qui ne mettent plus le médecin sur un piédestal ? Certainement non, la vie continue.

Car le monde a changé, la société a changé, les moyens ont changé. On ne demande plus au médecin d'être le confident quasi religieux qu'il était il y a cinquante ans. On lui demande d'être un expert technique, soucieux d'humanité et de la qualité de ses soins, pleinement conscient des moyens techniques et financiers qu'il engage et de leur bon usage, bref, un personnage incontournable sans l'avis et le travail duquel il n'est pas possible de bâtir un système de santé cohérent.

Encore faut-il cependant qu'il donne son avis ou qu'on le lui demande ! A cet égard nombre d'expériences récentes sont décevantes, des décisions stratégiques importantes sont prises dans l'ignorance des principaux intéressés, les investissements n'ont pas toujours pour but une meilleure qualité des soins, la valeur de nos actes diminue dangereusement, etc. L'urologue ne doit pas être isolé.

L'année 2004 a ainsi montré que la cohésion d'une profession pouvait obtenir quelques résultats. L'action des instances urologiques, AFU, AFUF, SNCUF, ... depuis des années avait d'ailleurs montré cette voie de la cohésion que d'autres nous envient. Poursuivons ainsi avec les outils que nous nous sommes créés, référentiels et recommandations, formations de tous types, ECU, SUC, conseils scientifiques, juridiques et professionnels, syndicat des urologues, organisation de l'AFU, maillage du territoire, lobbying intelligent mené à l'échelle nationale et régionale. Urojonction se doit d'être à la

suite page 2



Association
Française
d'Urologie



SFG
Société Félix Guyon

COMITÉ DE RÉDACTION D'UROJONCTION

■ Rédaction

Rédacteur en chef :

François RICHARD

Tél : 01 42 17 71 31 - Fax : 01 42 17 71 71

e-mail : francois.richard@psl.ap-hop-paris.fr

Rédacteur en chef adjoint :

Jérôme GRALL

Tél : 03 80 74 00 33 - Fax : 03 80 73 12 30

e-mail : j-s.grall@wanadoo.fr

Secrétariat de rédaction :

Franck BRUYERE

Tél : 02 47 47 47 30 - Fax : 02 47 47 69 91

e-mail : f.bruyere@chu-tours.fr

Olivier TRAXER

Tél : 01 56 01 61 53 - Fax : 01 56 01 63 77

e-mail : olivier.traxer@tnn.ap-hop-paris.fr

Stéphane DROUPY

Tél : 01 45 21 36 98 - Fax : 01 45 21 21 70

e-mail : sdroupy@aol.com

■ Correspondants

SFG : Alain HAERTIG

Tél : 01 42 17 71 41 - Fax : 01 42 17 71 42

SNCUF : Benoît VIGNES

Tél : 01 30 21 68 10 - Fax : 01 39 50 78 56

e-mail : Benoit.VIGNES@wanadoo.fr

Frédéric VAUDIN

Tél : 04 68 11 53 53 - Fax : 04 68 72 57 80

e-mail : urovavdin@aol.com

CFU : Yves LANSON

Tél : 02 47 47 47 30 - Fax : 02 47 47 69 91

■ Correspondants régionaux

Antoine VALERI (Bretagne et Pays de Loire) :

Tél : 02 98 34 71 70 - Fax : 02 98 34 71 71

Pierre BRUNET (Nord-Picardie) :

Tél : 03 21 69 15 70 - Fax : 03 21 69 15 75

Béatrice CUZIN

(Rhônes-Alpes/Franche-Comté/Bourgogne) :

Tél : 04 72 11 05 70 - Fax : 04 72 11 05 82

Jean-Marie FERRIÈRE (Aquitaine et DOM-TOM) :

Tél : 05 56 79 55 35 - Fax : 05 56 79 56 51

Laurent GUY (Auvergne et Limousin) :

Tél : 04 73 62 56 16 - Fax : 04 73 62 55 65

Jacques IRANI (Poitou-Charentes et Centre) :

Tél : 05 49 44 44 44 - Fax : 05 49 44 39 80

Eric LECHEVALLIER (Provence-Alpes-Côte d'Azur) :

Tél : 04 91 74 52 80 ou 52 86

Fax : 04 91 75 70 71 ou 70 76

Christian PFISTER (Haute et Basse Normandie) :

Tél : 02 32 88 81 73 - Fax : 02 32 88 82 05

Pascal RISCHMANN

(Midi-Pyrénées/Languedoc-Roussillon) :

Tél : 05 61 77 74 83 - Fax : 05 61 77 76 28

Christian SAUSSINE

(Champagne-Ardennes/Lorraine-Alsace) :

Tél : 03 88 11 64 33 ou 66 78

Fax : 03 88 11 61 32

■ Mise en page

Conception graphique : Yann KRUK

Réalisation : Accent Aigu

Tél : 01 40 36 10 80 - Fax : 01 40 36 13 38

■ Courrier à adresser à :

Pr François RICHARD

UROjonction

15, av. de la Belle-Gabrielle - 92150 Suresnes

éditorial
suite

croisée de tous ces chemins où le scientifique et le professionnel se rejoignent pour dessiner le monde de l'urologue qu'il soit en hôpital public ou en établissement privé.

C'est sur nos différences, si elles sont intelligentes et synergiques, que se construit notre richesse, c'est de ce brassage qu'émerge une véritable force de proposition à même d'influer sainement sur les tutelles et les "décideurs" plutôt que de céder aux combines personnelles.

Mais cette richesse a des conditions : que chacun participe à l'œuvre commune par son témoignage et son action, que le sentiment de faire partie de la famille urologique dépasse les petits pouvoirs locaux et qu'en définitive chacun soit prêt, pour progresser, à remettre un peu en cause chaque jour ses certitudes d'hier. Urojonction doit être un moyen dans le débat constructif de ces convictions, un lieu où nous construisons ensemble notre identité.

Jérôme GRALL

annonces

■ TARN (81)

Groupe de 4 urologues recherche 5^e associé.

Contacteur : Drs. Brault, Delescluse,

Paycha, Tenaillon

Clinique Toulouse-Lautrec à Albi

Tél. : 05 63 48 47 50 ou 51 ou 61

■ CHAMBERY (73)

Urologue libéral recherche un successeur.

Contacteur le Dr Dominique Wolff à

la Clinique Cléret de Chambéry

Tél. : 04 79 75 11 75

ou 06 12 40 82 90

■ EURE-ET-LOIR (28)

Le Centre Hospitalier de Chartres recherche un 2^e praticien hospitalier temps plein en Urologie – Possibilité de chefferie de service à moyen terme.

Contacteur le Directeur de

l'Établissement

M. Calmon : 02 37 30 30 30

■ ARGENTAN (61)

Le Centre Hospitalier d'Argentan a décidé de créer un premier poste d'urologie avec l'accord de l'ARH de Basse Normandie.

Pour plus d'information contacter :

M. Michel Renaut – Directeur du

CH d'Argentan

Tél. : 02 33 12 33 12

■ THIONVILLE(57)

Cabinet de 2 urologues exclusifs, activité importante, proche Luxembourg, Clinique chirurgicale de 120 lits – Bassin de population de 300 000 habitants - cherche troisième associé.

Tél. : 03 82 53 33 85

■ MANTES-LA-JOLIE (78)

Urologue libéral recherche successeur.

Contacteur le Docteur Hervé Tricot

Centre Médico Chirurgical du

Mantois, 78200 Mantes-la-Jolie

Tél. : 01 30 94 32 00

ou 06 03 04 03 11

■ CHARTRES (28)

Le Docteur Jacques Paillet (urologue à Chartres) cherche un deuxième urologue pour une clinique de 100 lits.

Tél. : 06 09 12 09 06

■ MEAUX (77)

Le service d'urologie du Centre Hospitalier de Meaux recherche un praticien hospitalier, temps plein, pour renforcer son équipe.

Contacteur le Docteur Eric Chartier

au 01 64 35 38 91

■ PAU (64)

Cabinet d'urologie de Pau cherche un 4^e urologue – compétence en coelochirurgie.

Contacteur le Dr Willaime

au 05 59 90 33 05



François RICHARD
Rédacteur en Chef
d'Urojonction

Les effectifs et l'activité des médecins

(extrait du rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé)

Il y a quelques semaines a été présenté le rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (rapport 2004, La Documentation Française – 5 Tomes) dirigé par le Professeur Yvon BERLAND. Nous présentons ici un court résumé du Tome n°1 sur "Les effectifs et l'activité des professionnels de santé".

L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé a pour objet de mettre en perspective l'évolution des effectifs des professionnels de santé avec l'évolution de leur activité et de leur métier. Pour cela, l'observatoire avait trois objectifs :

- Organiser les échanges avec les professionnels sur les questions des effectifs afin de mieux saisir les incohérences entre les chiffres énoncés et d'en expliciter les raisons.
- Développer une analyse qui intègre le temps, le travail et les conditions d'exercice des professionnels de santé. En effet, d'une part le temps disponible directement pour les patients n'est pas égal au temps de travail des médecins (recherche, formation, enseignement, gestion administrative des procédures), sans compter les pertes de temps liées à l'organisation d'activités ou la disponibilité des plateaux techniques. D'autre part, les variables sociodémographiques tels la féminisation ou le vieillissement des médecins ne se répercutent pas mécaniquement sur l'activité car les comportements d'activité ou d'installation évoluent au cours du temps.
- Réfléchir en terme d'offre de soins de façon coordonnée sur l'ensemble des professionnels de santé car la prise en charge du patient passe de plus en plus par des coopérations entre professionnels médicaux mais aussi paramédicaux, voire médico-sociaux ce qui a des conséquences sur l'organisation et les regroupements. L'approche démographique par recensement par spécialité doit donc être complétée sur les partages de compétence entre les diverses catégories professionnelles. La structuration de l'offre de soin apparaît ainsi déterminante pour organiser la réponse aux demandes de soins.

La situation des effectifs

Dans la période récente, les effectifs continuent d'augmenter et le taux de croissance est de 1.4% pour les médecins (généralistes et spécialistes) entre le 1^{er} janvier 2000 et le 1^{er} janvier 2004 (194 000 en 2000 – 203400 en 2004).

Par contre, pour les médecins, l'importance des

départs prévisibles à la retraite se traduit par une situation tendue dans les prochaines années. Trois périodes sont à distinguer en comparant le nombre prévisible des départs à la retraite et le nombre de nouveaux diplômés susceptibles d'arriver sur la marché : jusqu'en 2007 le nombre d'entrées et de sorties est équivalent. De 2008 à 2015 le solde devient négatif de façon croissante, ce n'est qu'à partir de 2016 que le solde toujours négatif pourrait l'être de façon décroissante sous l'hypothèse d'un numerus clausus à 7000 et d'un âge moyen de départ à la retraite fixé à 64 ans. Il faut donc dès à présent étudier les pistes qui permettent de répondre à la diminution sensible des effectifs entre 2008 et 2015 car dans cette période les modifications du numerus clausus seraient trop tardives et n'auraient aucune influence.

Les disparités régionales de densité peuvent aggraver ce phénomène

Pour l'ensemble des médecins spécialistes, deux régions se situent très nettement au dessus de la moyenne sur le plan de la densité. L'ILE-DE-FRANCE et PACA. D'autres régions (AQUITAINE, LANGUEDOC-ROUSSILLON, MIDI-PYRÉNÉES et ALSACE) sont légèrement au dessus de la moyenne nationale (173 pour 100 000 habitants). Toutes les autres régions ont une densité inférieure et en PICARDIE la densité des spécialistes n'est que de 113 pour 100 000 habitants soit 34.7% de moins que la moyenne nationale. Par ailleurs, les régions jugées les moins attractives ont du mal à retenir les jeunes médecins formés sur place : ainsi la proportion de médecins exerçant dans leur région de thèse en janvier 2003, alors qu'ils avaient été diplômés entre 1993 et 2001, est de 47% pour la région CENTRE, 45% pour le LIMOUSIN, 46% pour la PICARDIE et Le POITOU-CHARENTE alors qu'elle est de 74% pour l'ILE-DE-FRANCE, 78% pour RHONE-ALPES et 87% pour PACA. Cependant, la relation entre le lieu de formation et le lieu d'installation doit être analysée en tenant compte d'autres évolutions. En effet, depuis le milieu des années 1980 et l'institution de l'internat comme élément unique de formation des futurs spécialistes, la réussite au concours et l'obtention du poste d'interne constituent, pour près de la moitié des candidats reçus, un motif de changement inter-régional et donc une

>>>>>

Les effectifs... suite

rupture avec leur faculté d'origine. Cela affaiblit d'autant la notion de faculté d'origine comme déterminant principal du lieu d'installation. Ceci s'accroîtra encore avec l'examen national classant.

Des auditions ont été menées avec l'ensemble des médecins et l'Observatoire qui ont montré des discordances entre les chiffres officiels et les chiffres mis en avant par les différentes spécialités. Les sources principales officielles sont le fichier ADELI, les statistiques du Conseil National de l'Ordre, mais aussi les statistiques de la CNAMTS et de la CARMF (cf encadré 1)

Encadré 1

Les principales sources sur les effectifs des professions de santé.

La source statistique qui permet aujourd'hui de comptabiliser les effectifs de l'ensemble des professions de santé est le fichier ADELI (automatisation des listes de professions de santé). Ce fichier est alimenté par les déclarations des professionnels auprès des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et qui sont centralisées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé. Ce fichier présente un certain nombre d'imperfections mais il donne une information aujourd'hui de plus en plus fiable sur les effectifs globaux, notamment grâce aux rapprochements effectués avec d'autres données, celles provenant de l'enquête emploi de l'INSEE, et celles provenant des fichiers des Ordres pour lesquels l'inscription est obligatoire pour exercer. Ces rapprochements permettent d'effectuer un redressement des données recueillies, qui vise à corriger les défauts d'inscription dans ADELI.

A côté du fichier ADELI, il existe d'autres sources d'informations sur les effectifs des professions de santé. Tout d'abord les professions qui sont représentées par un ordre professionnel ont des données propres issues de l'inscription auprès du Conseil de leur Ordre. Ensuite, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) dispose de données sur les professionnels libéraux ainsi que des données d'activité sur le nombre de leur actes. Des informations démographiques peuvent également être obtenues auprès des caisses de retraite des professionnels libéraux. Enfin, pour les professions les plus nombreuses, des sources générales comme le recensement ou l'enquête emploi de l'INSEE peuvent être utilisées. Pour la partie hospitalière, SIGMED, outil de gestion de la DHOS pour le personnel hospitalier statutaire, et les enquêtes, comme la statistique annuelle des établissements suivis par la DREES (SAE) menées auprès des établissements donnent également des informations sur les effectifs. Les professionnels eux-mêmes ont dans certains cas été à l'origine d'enquêtes, de Livre Blanc ou de recensements sur leurs spécialités. L'analyse des écarts entre toutes ces sources permet de faire la part entre ce qui relève de différences de champs dans la définition des effectifs et ce qui relève de décalages dans les mises à jour des fichiers, en particulier au moment de l'inscription des professionnels ou de leur départ à la retraite.

Une des explications des difficultés d'interprétation tient au fait d'intitulés différents selon que l'on distingue d'une part ce qui est du domaine de l'organisation de l'enseignement et de la recherche universitaire, à savoir les disciplines et les filières, et d'autre part ce qui concerne l'exercice professionnel, à savoir les spécialités, les compétences et la qualification. (encadré 2)

C'est ainsi que, pour les spécialités chirurgicales, la pratique de l'exercice a contribué à brouiller les frontières entre chirurgie générale et spécialités chirurgicales. En outre, l'ancien régime des études médicales conduit à classer en chirurgie générale beaucoup des praticiens qui exercent en réalité dans une chirurgie spécialisée. L'urologie est caractéristique de cette situation : alors que 400 à 500 spécialistes sont recensés (selon les fichiers de l'Ordre et les fichiers ADELI) les professionnels estiment qu'il y a environ 1000 chirurgiens (dont 700 en activité libérale) qui exercent en urologie, principalement par la voie d'une compétence en urologie. Par ailleurs, le régime des gardes contribue à maintenir une certaine opacité qui explique, dans un certain nombre de cas, le maintien des chirurgiens dans la catégorie de chirurgie générale qu'ils préfèrent garder plutôt que de faire une déclaration dans la spécialité de leur exercice afin d'éviter tous problèmes médico-légaux.

Les données du fichier ADELI recensaient 515 urologues au 1^{er} janvier 2003 et celle du Conseil de l'Ordre, 395 spécialistes urologues. Une des explications de ce chiffre discordant est le fait (tableau 1) que l'Ordre des Médecins considère comme généralistes des praticiens hospitaliers qui n'ont pas la qualification de spécialistes, alors que le fichier ADELI les considère comme spécialistes s'ils ont été nommés à un concours dans une spécialité telle l'urologie.

D'autre part, au niveau du Conseil de l'Ordre, les compétents sont recensés au niveau de 654. A la même période, l'enquête faite par l'AFU avait montré qu'il y avait 996 urologues dont 70 % en libéral, les 30% restant en hôpital public ou universitaire. Par ailleurs s'ajoutent environ 80 CCA.

Encadré 2

Disciplines, filières, spécialités, compétences, qualifications médicales

La discipline médicale : la notion de "discipline" fait spécifiquement référence aux connaissances, à la recherche scientifique qui les enrichit et à l'enseignement qui les diffuse. La "discipline" correspond donc au thésaurus des connaissances d'un domaine défini. Quelques exemples de "discipline" : l'anatomie, la physiologie, la pharmacologie, mais aussi la neurologie, la pédiatrie, l'urologie etc.

La filière de formation : la notion de "filière" de formation est apparue en 1983 avec la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales instaurant l'internat qualifiant, en application des directives européennes. En effet, les textes régissant le 3^{ème} cycle prévoient depuis cette réforme qu'après proclamation des résultats du concours d'internat mis en place en 1983, puis de l'examen classant national qui le remplace à partir de 2004, les étudiants

Tableau 1

Les champs retenus, ADELI – ORDRE DES MEDECINS

	Ordre des Médecins	ADELI
Médecins "qualifiés" spécialistes	Spécialistes	Spécialistes
Médecins "compétents qualifiés" "non qualifiés spécialistes"	Généralistes	Généralistes
Praticiens Hospitaliers "non qualifiés spécialistes"	Généralistes	Spécialistes
Médecins "compétents exclusifs"	Généralistes à exercice particulier	Spécialistes

doivent choisir, en fonction de leur rang de classement, la "filière" d'études spécialisées qu'ils vont suivre, chaque "filière" étant contingentée par décision conjointe des ministères chargés de la santé et de l'éducation nationale. L'objectif de ce contingentement est d'obtenir l'adéquation la plus appropriée entre le nombre d'étudiants formés, filière par filière et les besoins du pays.

La spécialité : avec le terme "spécialité" on sort du strict domaine de l'enseignement et de la recherche, sans toutefois le quitter tout à fait, pour entrer dans celui de la pratique professionnelle. Les études de 3^{ème} cycle désormais toutes spécialisées, correspondent en effet à la préparation de quatre types de diplômes nationaux : les diplômes d'études spécialisées (DES), les diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) de groupe I ou II, les capacités de médecine. La possession d'un de ces diplômes constitue un prérequis obligatoire pour la présentation au concours de praticien hospitalier dans la "spécialité" correspondante.

La compétence : un médecin diplômé dans le cadre du régime en vigueur avant la réforme de 1983 peut se faire reconnaître comme "médecin compétent qualifié" : il possède alors un certificat d'études spéciales (ou les connaissances correspondantes appréciées par la commission nationale de qualification concernée) pouvant conduire à l'attribution d'une qualification de spécialiste, mais ne souhaite pas exercer cette "spécialité" de façon exclusive. Par exemple, un spécialiste de médecine interne peut être qualifié "compétent" en réanimation ou un chirurgien généraliste "compétent" en chirurgie urologique.

La qualification : depuis la réforme de 1983 tous les médecins exerçant en France reçoivent une "qualification" (et une seule) précisée sur un document annexé à leur diplôme de docteur en médecine et délivré après validation du 3^{ème} cycle. Cette "qualification" est attribuée dans la "spécialité" correspondant au DES ou DESC du groupe II obtenu. La qualification de spécialiste implique que le médecin qui en bénéficie exerce exclusivement la spécialité pour laquelle il est qualifié. C'est au moment de son inscription au tableau de l'Ordre des Médecins que la "qualification" du médecin prend toute sa signification puisqu'il doit être inscrit au tableau correspondant à la "qualification" obtenue. Dans cette procédure, l'Ordre ne se prononce pas sur la validité de la "qualification" à prendre en considération mais prend simplement acte de celle qui a été décernée par l'université.

Les éléments à prendre en compte pour affiner le diagnostic démographique sont les quotas de formation et les évolutions du temps disponible pour les soins dans les établissements de santé. Chacun sait que le numerus clausus des études de médecine a entraîné les problèmes que nous constatons pour les années futures. Le numerus clausus qui était supérieur à 8000 des années 1971 à 1980 est ensuite descendu à 3500 dans les années 1990 avant d'amorcer une réaugmentation à partir de 1998 et de s'accélérer ces deux dernières années.

Mais cette diminution du numerus clausus a eu des effets très inégalement répartis avec un renforcement de la concurrence entre les différentes spécialités. L'exemple le plus caricatural étant celui de la chirurgie et de la gynécologie obstétrique. En effet, le tableau 2 montre que si les spécialités chirurgicales y compris l'obstétrique avaient leur nombre de places d'internes qui diminuait progressivement de 1985 à 1998, à partir de 2000 la filiarisation de la gynécologie obstétrique a fait diminuer brutalement de plusieurs dizaines de places les spécialités chirurgicales tandis que la gynécologie obstétrique voyait tous les ans son nombre augmenter d'une trentaine de postes aggravant d'autant plus les problèmes démographiques des autres spécialités chirurgicales. Cette baisse significative du nombre des internes en formation, conséquence directe d'un numerus clausus mal évalué et adapté de façon brutale explique que l'urologie, qui en moyenne formait 35 spécialistes par an, n'avait pour les années 2000 à 2002 que 20 à 22 inscrits en DESC d'urologie aboutissant ainsi à un déficit d'environ 15 postes chaque année. On peut espérer que l'augmentation du numerus clausus et l'attractivité de l'urologie permettent de corriger ce déficit qu'il faut souhaiter temporaire.

Cela étant dit, le nombre de départs à la retraite étant dans les prochaines années de 35 à 40 annuellement, il est nécessaire de retrouver un niveau de formation identique à celui de ces dernières années.

Nombre de places ouvertes au concours de l'internat par discipline

Année	1985	1990	1995	1996	1998	2000	2001	2002	2003
Spéc. Chirurgicale						286	286	286	306
Gynécologie Obstétrique						140	170	200	198
Spéc. Chirurgicales y compris Obstétrique	555	529	435	430	392	426	456	486	504

Tableau 2

Un autre élément à prendre en compte pour le futur est la durée de travail et d'activité des médecins dans le secteur libéral qui peut conduire à relativiser l'impact de la démographie en raison de comportement d'activité qui ne sont pas stables et qui semblent s'adapter en fonction de la demande des soins. Si on envisage les statistiques globales d'activité en secteur libéral sur la période de 1985 à 2002 on s'aperçoit que pour l'urologie l'évolution du nombre annuel total d'actes exécutés étaient de 536 en 1985, de 691 en 1990, de 858 en 1995, de 1259 en 2000, de 1370 en 2001 et de 1546 en 2002. Il y a une augmentation considérable des années 2000 par rapport aux années 1985 mais il faut noter que le nombre d'urologues a très nettement augmenté et doublé dans cette période, par contre, sur les 3 dernières années, il persiste une augmentation du nombre d'actes réalisés. Cette tendance est constatée même dans des spécialités où la féminisation est importante ce qui n'est pas le cas de l'urologie, ce qui amène à relativiser les conséquences de la féminisation.

Pour l'avenir, les évolutions envisagées par l'observatoire s'orientent vers deux tendances :

- d'une part les regroupements qui apparaissent comme l'une des façons de répondre dans les meilleures conditions à la demande de soins, ceci a déjà été la politique notée en urologie, le développement des plateaux techniques conduisant à regrouper autour de ceux-ci un nombre de chirurgiens suffisant permettant des conditions de travail optimales, les discussions entre spécialistes, une permanence des soins, une optimisation du plateau technique et une diminution du coût de l'installation autorisant ainsi une offre de soins large avec une compétence variée pour la population. Ces regroupements pour les actes chirurgicaux n'empêchant pas des consultations avancées en fonction des territoires.
- L'autre tendance est la redéfinition des métiers et la recomposition des compétences. Ceci est lié à la sur-spécialisation de certaines activités et au développement des technologies nécessitant des collaborateurs très spécialisés. Enfin certains actes sont déjà délégués à certaines catégories paramédicales.

Tous ces éléments doivent amener à une réflexion sur les transferts ou les délégations de compétence.

Les D.U. & D.I.U. D'UROLOGIE



Franck BRUYÈRE
Secrétaire de Rédaction
d'Urojonction



Olivier TRAXER
Secrétaire de Rédaction
d'Urojonction

DOSSIER

Les DU & DIU d'urologie ... p. 6
Recensement des DU & DIU d'urologie ... p. 7
Pourquoi nous avons arrêté ... p. 9
Point de vue pour ... p. 9
Point de vue contre ... p. 10
Place des DU et DIU dans la FMC urologique ... p. 10

Il existe de très nombreux Diplômes d'Université (DU) et Inter-Universitaires (DIU) mais leur place dans la formation officielle des urologues reste controversée. Le premier reproche fait à ces DU et DIU concerne leur valeur pédagogique : il est indéniable qu'ils constituent un enseignement et une source potentielle d'informations mais la qualité de cet enseignement reste inégale d'un diplôme à l'autre et est régulièrement montrée du doigt. Le second reproche concerne le diplôme en lui-même : délivré par l'université d'origine, il n'est que très rarement reconnu par le Conseil de l'Ordre des Médecins, ce qui en fait des diplômes quelque peu obsolètes.

L'objet du présent dossier d'Urojonction a été d'ouvrir le débat sur la place des DU et DIU dans la formation des urologues. La première partie du dossier recense les différents DU et DIU proposés aux urologues. Dans une deuxième partie, le Professeur Olivier CUSSENOT (Tenon Paris) responsable du DU d'Endourologie et Lithotripsie Extra-Corporelle (Paris) expliquera les raisons qui l'ont conduit à fermer les inscriptions pour l'année universitaire 2004-2005. Dans une troisième partie " Pour ou Contre " le Professeur François GUILLE, doyen de la Faculté de Médecine de Rennes défendra la place des DU et DIU et le Professeur François RICHARD donnera quant à lui ses arguments contre. Enfin, en guise de conclusion, le Dr Jean-Luc MOREAU définira la place à laquelle peuvent prétendre les DU et DIU dans la FMC Urologique.

RECENSEMENT des D.U. & D.I.U. D'UROLOGIE

Diplôme Universitaire ou Diplôme Inter-Universitaire	Responsable	Lieu UFR	Inscription	Objectif	Publics	Volume Horaire		Calendrier	Contrôle des connaissances	Effectif	Coût €	
						Cours	Cs Stage pratique				Enseig	Inscrip
DU Endo-urologie et lithotripsie extra-corporelles	Pr CUSSENOT	Paris 6-7	Interrompu en 2004-2005									
DU Epuration Extra-Rénale et Plasmatique	Pr FOURNIER	Université de Picardie	Pr Fournier	Acquérir des connaissances théoriques de l'urémie en phase terminale ou transitoire ainsi que les méthodes d'épuration plasmatique dans le cadre des traitements nécessités par certaines affections	Pas d'urologues DES/DESC néphrologie Personnel infirmier diplômé	100 h 16 sessions	34 h 8 sessions	1 an		44		760
D.U. Exploration fonctionnelles en Uro-Andrologie	Pr BENOIT Dr ESCHWEGE	Paris Sud	Secrétariat du Pr Benoit Hôpital Bicêtre	Visant à la bonne utilisation de examens para-cliniques biologistes, d'imagerie, d'étude fonctionnelle et endoscopique	Généralistes Spécialistes Urologues Biologistes Etudiants DESC	80 heures		1 an une soirée 2fois par mois	Ecrit		2000€ médecins 1000€ internes	
D.U. Laparoscopie cours intensifs	Dr PIECHAUD	IRCAD	IRCAD 1 Place de l'Hôpital Strasbourg					5 jours				321,57€
D.U. de Lithiase urinaire	Pr LACOUR	Université Paris XI UFR de sciences pharmaceutiques et biologiques de Chatenay-Malabry	Secrétariats Pr Lacour ou Dr Daudon	Proposer un enseignement intégré, approfondi multi-disciplinaire et exhaustif couvrant tous les aspects physiopathologiques de la lithiase urinaire à tous les acteurs de santé concernés.	Néphrologue Urologue Internes Méd. Généralistes CCA, DES-DIS Biologistes IDE			7 modules de 2 jours	Ecrit 4 heures	20	300€ 780€ Formation continue	
D.U. d'Hypertension artérielle et de ses complications cardiovasculaires et rénales : une approche basée sur cas clinique	Pr HANNEDOUCHE Pr MOULIN	Université Strasbourg 1 Louis Pasteur	Secrétariat du Service de Néphrologie	Mises au point des connaissances (théoriques et pratiques) concernant l'HTA et ses diverses complications cardiovasculaires et rénales. L'aspect thérapeutique est particulièrement développé	Pas d'urologues Résidents de médecine générale, DES, DIS, AFS, AFSA de toute spécialité Tout médecin avec un doctorat de médecine français ou étranger	1 cours par semaine pendant 25 semaines		1 an	QCM Cas clinique		500 300 Internes	
D.U. Nouvelles techniques chirurgicales	Pr VALLANCIEN Pr FOURNIER Dr CATHÉLINEAU	Biomédicale des Saints-Pères	UFR Biomédicale des Saint-Pères Ecole Européenne de Chirurgie	Mise à niveau ou remise à niveau des chirurgiens	Urologues en activité	100 heures	x		QCM	12	945,57€	
D.U. Perfectionnement en pathologie des organes génitaux externes	Pr ESCANDE	Paris 5	Faculté de médecine René Descartes Paris 5	Permettre le perfectionnement et la prise en charge globale des pathologies des organes génitaux.	Docteur en médecine, CES ou DES de dermatovénérologie, CES de gynécologie, DES OU DESC chirurgie urologique Etranger DIS-AFS-AFSA dermatologie et vénérologie	104 h	9 h	2 jours / sem. 9 fois par an	Ecrit		420€	
D.U. de Périnéologie	Pr BALLANGER	Bordeaux 2	Scolarité 2 Université Victor Segalen Bordeaux 2	Une formation médico-chirurgicale complémentaire en périnéologie dans les domaines urologique, gynécologique et digestif	Médecins, Résident de médecine générale Interne de spécialité avec dérogation, Kiné, Sages-femmes DE.	80 h	x	1 an	Ecrit	8/20	200€+	167.25

RECENSEMENT des D.U. & D.I.U. D'UROLOGIE, suite...

Diplôme Universitaire ou Diplôme Inter-Universitaire	Responsable	Lieu UFR	Inscription	Objectif	Publics	Volume Horaire			Calendrier	Contrôle des connaissances	Effectif		Coût €	
						Cours	Cs	Stage pratique			Enseig	Inscrip	Enseig	Inscrip
DU Statique Pelvienne et Urodynamique	Pr MARES	Université Montpellier 1	Division de la Scolarité Spécialisée Montpellier	Etude et approfondissement des connaissances génito-urinaires, ano-proctologique et sexologiques		65 h sur 2 semaines			1 an	Ecrit Mémoire			484,57	
D.U. Urodynamique	Pr BOCCON-GIBOD	Bichat	Secrétariat Pr BOCCON-GIBOD Hôpital Bichat	Connaissances théoriques, pratiques et surtout cliniques indispensables à la réalisation et l'interprétation des études urodynamiques	Médecin Internes Etudiants DES/DIS Infirmier DE Kiné DE Sage Femme DE	104 h 3 x jours		4-8 séances	1 an	Ecrit Oral et Mémoire			274€+ 194,57	
D.U. Pédiatrique	Pr MOURIQUAND Pr AIGRAIN	Lyon 1 & Paris VII	Secrétariat Pr Mounquand Hôpital Debrousse ou Pr Aigrain Université Paris 7	Formations théoriques et pratiques initiales ou complémentaires pour l'exercice de l'urologie pédiatrique	Internes DESC urologie ou Chir. pédiatrique CCA, Chir. uro. Chir. pédiatrique Etrangers CEE Etranger AFSA FFI depuis 6 mois	100 h		2 semestres	2 ans	Ecrit et Oral mémoire	5-10		1346€	
D.U. Trouble de la statique pelvi-périnéale	Pr LAZORTHES Pr SARRAMON Pr MONROZIES		Suspendu depuis 2004-05											
D.I.U. Andrologie	Pr BOTTEUX	Fac Clermont-Ferrand Université de Limoge et Saint-Etienne	Faculté de médecine de Limoge Secrétariat Dr Dumas		Urologue, Interne d'uro DES&DIS d'uro, Docteur Interne méd. générale Pharmaciens, biologie reproduction Sage femmes Kiné, Infirmiers	3 modules de 2 jours			1 an	Ecrit Oral mémoire	20		230€+	
D.I.U. de chirurgie endoscopique en urologie et en uro-gynécologie	Pr ABBOU Pr BRUHAT	Fac Créteil Fac Clermont-Ferrand	Secrétariat Pr Abbou Secrétariat Pr Bruhat	Acquisition par les participants des connaissances pratiques et théoriques de la chirurgie laparoscopique en urologie et gynécologie	Internes CCA Chirur. Urologues				2 ans	mémoire	20		F. Initiale 70€ F. Continue 315€	
D.I.U. de Chirurgie vaginale	Pr JACQUETIN Dr COSSON	Fac Clermont-Ferrand Fac Lille	Fac Clermont-Ferrand Fac Lille	Permettre aux candidats de s'initier à la chirurgie vaginale, à ses indications et aux techniques opératoires	Chirurgien gynéco-obstétricien Chir. généraliste ou urologues DES de chirurgie, DES gynéco-obstétrique	2x3 jours			1 an					
D.I.U. Echographie urogénitale	Dr DEVONEC	Lyon 1	Secrétariat Dr Devonec	Acquisition de connaissances approfondies dans le domaine de l'échographie clinique	DES d'urologie DES de radio-diagnostic et imagerie médicale DIS correspondant Urologue radiologistes	40 h		60 h	1 an	Ecrit Mémoire pratique			F. Initiale 366€ F. Continue 554€	
D.I.U. d'Infirmière en urologie	Pr GRISE	Faculté de Médecine de Rouen	Mme GERVAIS Nathalie Rue Lavoisier 76821 MONT-SAINT-AIGNAN	Compléter l'enseignement initial, remettre à jour les connaissances, être capable d'animer un réseau de soins	Infirmière Demandeurs d'emploi, Jeunes de moins de 26 ans pour formation en alternance	2 ans	3 sessions /an	2/3 jours par module		QCM Projet professionnel	25		157,10€ +450€	
D.I.U. Pathologie rénale	Pr CALLARD	Pitié-Salpêtrière	Tél 6617											
D.I.U. Onco-urologie			Secrétariat Pr Staerman	Connaître les principes généraux de la biologie tumorale Diagnostiquer un cancer uro-génital	Médecin DES DESC d'urologie Etudiants 3 ^e cycle AFS, AFSA, DIS Généralistes	75 heures			2 ans	Questions mémoire	30		Internes 200€ Médecins thésés 300€	
D.I.U. Urodynamique et Neuro-urologie	Pr PERRIGOT Pr RICHARD	Pitié-Salpêtrière	Mme Seyer Hôpital Pitié-Salpêtrière	Formation spécifique sur l'exploration fonctionnelle vésico-sphinctérienne et périnéale	Médecin, DES DIS, Internes Pharmaciens	20h	20h	160h	1 an	Ecrit Oral Mémoire	30		1189€	
D.I.U. Explorations fonctionnels uro-gynécologiques et rééducation pelvipérinéale	Pr PERRIGOT Pr RICHARD	Pitié-Salpêtrière	Mme Seyer Hôpital Pitié-Salpêtrière	Spécialisation en incontinence urinaire dans le cadre de sa pratique professionnelle quotidienne	Paramédicaux Sages-femmes Kiné	20h	20h	160 h	1 an	Ecrit Oral Mémoire			1189€	



Olivier CUSSENOT
PARIS



Olivier TRAXER
Secrétaire de Rédaction
d'Urojonction



François GUILLÉ
Doyen de la Faculté de
Médecine de Rennes

Pourquoi nous avons arrêté le Diplôme Universitaire d'EndoUrologie et Lithotripsie Extra-Corporelle

Dans les années 90, les techniques de lithotripsie extracorporelle, de chirurgie percutanée et d'endourologie ont trouvé leur essor. Une forte demande de formation pratique pour ces techniques interventionnelles avait alors obtenu réponse dans la création d'un Diplôme d'Université (DU de lithotripsie extracorporelle et d'endourologie) sous la direction des Professeurs A. Le Duc et B. Gattegno. La préparation de ce diplôme apportait un enseignement pratique sur l'animal et sujet anatomique à l'École de Chirurgie, des stages sur site et un enseignement théorique. En 10 ans, la diffusion progressive de ces techniques au sein des services d'urologie a permis aux juniors de se former sur le terrain lors de l'internat.

Parallèlement, la banalisation et la multiplication des Diplômes d'Université (DU) au sein des facultés a profondément dévalorisé l'image des DU et leur reconnaissance comme diplôme validant n'est plus à l'ordre du jour. L'enseignement du Collège d'Urologie, la mise en place régulière de stages pratiques subventionnés par l'industrie et les stages de DES couvrent maintenant les besoins de formation pour ces techniques. Le DU de lithotripsie extracorporelle et d'endourologie ne trouvant plus audience qu'auprès des professionnels paramédicaux et des médecins étrangers majoritairement non urologues n'avait plus raison d'être et a été fermé l'an dernier.

Olivier CUSSENOT

Olivier TRAXER

“Point de vue : pour”

Si la formation médicale initiale aboutit à la délivrance d'une spécialité et d'un diplôme de docteur d'Etat donnant droit à exercice, il est souvent nécessaire pour le médecin de compléter sa formation. Si les diplômes universitaires et inter-universitaires n'ouvrent pas droit à exercice, ils permettent aux praticiens de faire reconnaître la labellisation universitaire d'un domaine de compétence, généralement extrêmement ciblé.

Ces diplômes universitaires et inter-universitaires s'autofinancent, c'est-à-dire que les droits d'inscription couvrent les frais pédagogiques et d'organisation inhérents à la formation. Du fait de l'autonomie pédagogique, il existe une très grande souplesse pour les UFR à organiser ce type de formation qui correspond à un besoin de la profession. Cela explique que les diplômes universitaires et inter-universitaires ont souvent une durée de vie illimitée. A charge pour les universités d'offrir une réelle qualité à ces formations sous peine de devoir les supprimer faute d'inscriptions.

Le conseil pédagogique de l'université vérifie les objectifs pédagogiques, la pertinence de la formation professionnelle qu'apportent ce diplôme, son équilibre financier ainsi que ses modalités de contrôle. Ce n'est qu'une fois toutes ces étapes validées que le diplôme peut être proposé pour une durée de quatre ans, renouvelable après réévaluation des flux d'inscriptions et de l'équilibre financier de la formation.

Ces diplômes ont permis à des générations d'urologues de faire reconnaître leurs compétences dans des domaines qui n'étaient pas couverts lors de leur formation initiale.. Quelques exemples extrêmement parlant, les diplômes universitaires d'endo-urologie, d'urodynamique, d'échographie et de coelio-chirurgie.

Ces formations diplômantes sont reconnues dans le cadre des obligations de formation médicale continue qui s'appliquent à l'ensemble des médecins depuis le 1^{er} janvier 1990.

François GUILLÉ,

Les Diplômes d'Université ou Diplômes Inter-Universitaires sont des formations spécifiques aux universités, qui relèvent de leur autonomie pédagogique. Ils peuvent cependant être soumis au Conseil national de l'Ordre des médecins en vue d'une éventuelle reconnaissance (art. 67 & 68 du décret n° 75-506 du 28 juin 1979 du Code de la déontologie médicale). Il existe de très nombreux diplômes d'université ou diplômes inter-universitaires, l'annuaire national des diplômes d'université de médecine tenu par l'Université Victor Segalen Bordeaux II en répertorie 2185 (www.dcau.u-bordeaux2.fr/wsuo/). Pourquoi autant de diplômes ?

"Point de vue : contre"

Les DU – DIU peuvent être, comme la langue d'Esopo, la meilleure et la pire des choses.

F. Guillé a insisté à juste titre sur les points positifs de ces formations diplômantes qui, il faut aussi le savoir, sont vues favorablement par les Doyens car elles drainent vers les facultés, étudiants et droits d'inscriptions. Mais il y a aussi des risques de dérapage, j'en vois 4 :

- La dévalorisation de l'enseignement des DES ou DESC : l'intitulé du programme de certains DU-DIU sont peu différents des enseignements faits dans le cadre du DESC. Cela a une double conséquence : d'une part les internes titulaires ont le sentiment de perdre leur temps durant ces doublons (indépendamment du temps pris sur les activités des services) et plus grave, en cas de spécialités frontalières, cela peut être interprété comme une absence de formation sur ces thèmes dans le cadre du DES de la spécialité : ainsi un DU-DIU de cancérologie urologique se contentant d'approfondir "les signes, bilan et traitements" des cancers urologiques est plus nocif qu'utile, par contre un DU-DIU de **cancérologie urologique avancé** qui serait uniquement centré sur les traitements de seconde ligne, les récidives des cancers ou les traitements spécifiques des métastases répondrait véritablement aux "compléments de formation" et "à un domaine de compétence extrêmement ciblé".
- La persistance d'une formation plus théorique que pratique : dans certains DU-DIU il n'y a pas ou peu de stages pratiques, or l'existence de véritables stages pratiques où les étudiants sont actifs sont indispensables et il ne faut pas se contenter de cours théoriques sur notamment les techniques opératoires, l'échographie, l'urodynamique etc... Un bon exemple de véritables stages pratiques est donné par les DIU de coelio-chirurgie notamment.

- La délivrance d'une formation complémentaire labellisée à ceux qui n'ont pas la formation de base : de nombreux DU-DIU attirent peu les internes pour les raisons rappelées plus haut et ont essentiellement pour public des DIS, AFS, AFSA. Il est fréquent de constater lors des commissions de qualification du Conseil de l'Ordre que beaucoup des candidats ayant une formation de base insuffisante ont obtenu un nombre parfois impressionnant de DU-DIU et s'appuient sur ces formations complémentaires pour leur demande de qualification, alors qu'aucun contrôle pratique n'a vraiment été effectué.
- L'obtention d'un diplôme de valeur parfois dévalorisée en raison de leur condition très hétérogène de délivrance. En effet, si certains DU-DIU avec contrôle théorique anonyme et validation pratique aboutissent à coller les candidats qui n'ont pas le niveau, d'autres ont une validation quasi systématique après la rédaction d'un mémoire de qualité très variable.

Si les DU-DIU ont vraiment pour objet la "labellisation universitaire d'un domaine de compétence, ciblé comme complémentaire de la formation initiale" il faut aider les conseils pédagogiques des universités en donnant des règles nationales que la spécialité souhaite : thèmes véritablement "avancés" par rapport à la formation initiale, stages pratiques pour les techniques opératoires ou instrumentales, contrôles réels des connaissances etc....

En effet, la qualité de l'enseignement théorique de l'enseignement du collège des urologues (ECU) et des enseignements inter-régionaux et l'amélioration de la formation pratique qu'entraînent l'utilisation du cahier de l'interne avec des objectifs pratiques à obtenir doivent faire revoir le contenu et la forme d'un certain nombre de DU et de DIU.

François RICHARD



François RICHARD
Rédacteur en Chef
d'Urojonction



Jean-Luc MOREAU
Secrétaire général adjoint
de l'AFU

DOSSIER

- Les DU & DIU d'urologie ... p. 6
- Recensement des DU & DIU d'urologie ... p. 7
- Pourquoi nous avons arrêté ... p. 9
- Point de vue pour ... p. 9
- Point de vue contre ... p. 10
- Place des DU et DIU dans la FMC urologique ... p. 10

Place des DU et DIU dans la FMC Urologique

Depuis quelques années, l'AFU a mis en place une certification FMC-AFU des réunions urologiques et des stages de formation pratique s'appuyant sur des critères de qualité pédagogique, scientifique et organisationnelle ; il en découle un système de crédit de points accessible par tout urologue dans sa page personnelle d'UroFrance.

Les DU et DIU "urologiques" concernent surtout des explorations fonctionnelles ou des technologies ; mais les urologues peuvent aussi être concernés par la pédagogie médicale, l'économie de la santé, le domaine de la douleur et des soins de support... Plusieurs de ces formations sont ainsi identifiées dans le calendrier des réunions Urojonction et UroFrance et valorisées par l'AFU ; en raison du temps de formation et de l'exigence des programmes, ces diplômes universitaires donnent le maximum de points disponible par

an. Leur place devrait être officialisée avec la finalisation toujours attendue de l'organisation de la formation continue par les conseils nationaux de FMC. Bien qu'ils ne soient pas homologués par le Conseil de l'Ordre pour l'acquisition d'une spécialité, d'une compétence ou d'une capacité, les DIU ont un intérêt majeur dans le cursus des étudiants de 3^{ème} cycle et des professionnels de santé, qui souhaitent développer ou approfondir un domaine de compétence. L'interdisciplinarité des enseignants et des enseignés, l'interactivité de la formation, son évaluation sont des gages de qualité des DU et DIU. Ce parcours de formation adapté assure une validation et une valorisation des acquis professionnels, pouvant être utile dans la composition d'une équipe ou d'un réseau de soins. L'organisation de la FMC urologique permet de compléter et d'actualiser les connaissances de cette formation

universitaire, notamment au travers des SUC, qui permettent au mieux les débats d'experts, les échanges d'expérience professionnelle et le rappel des règles de bonne pratique. Ces différentes formes de FMC doivent être intégrées dans le volet de l'EPP.

Des DU et des DIU naissent et disparaissent en fonction des progrès de la médecine et de l'actualité scientifique ; leur développement se fera sans doute au sein de réseaux numériques et de l'université virtuelle. L'AFU et le Collège des Urologues pourraient sûrement avoir un rôle de fédérateur et d'homogénéisation des programmes des DIU pour favoriser l'obtention d'une reconnaissance nationale, impossible actuellement en raison de la diversité de ces diplômes ; l'intérêt en paraît évident en cancérologie, échographie, andrologie, statique pelvienne...

Jean Luc MOREAU

La première " Journée d'exercice professionnel du SNCUF " s'est tenue le vendredi 8 avril 2005

Le SNCUF remercie Sanofi Aventis et le Docteur Marc Lecasble pour leur accueil

La **matinée**, coordonnée par Pascal Métois et Jean-Pierre Mignard, a été consacrée à l'exercice en SEL avec l'intervention de **Luc FIALLETOUT** d'Interfimmu et le témoignage de notre collègue **Georges KOURI** : SEL "entreprise urologique", SEL et patrimoine, SEL et fiscalité...

L'**après-midi**, coordonné par Jean-Charles Alimi et Frédéric Vavdin, a été consacré à plusieurs thèmes :

1) Elaboration du SROS 3^{ème} génération (projet des territoires de santé et projet médical) par M. Olivier DEBAY (FHP)

Le schéma régional d'organisation de santé de 3^{ème} génération se met en place, sous forme de territoires de santé respectant les cohérences territoriales et la gradation des soins. Il s'agit d'un nouveau découpage territorial et de l'élaboration de nouveaux réseaux de soins qui sont définis lors des conférences de territoire dans lesquelles siègent les URML entre autres. M. Olivier DEBAY nous a clairement exposé l'élaboration du SROS du Languedoc-Roussillon avec la répartition des différents centres de soins, les centres de référence dans les différentes spécialités vers lesquels doivent être transférés les patients présentant certaines pathologies (cardio, cancéro etc...), la répartition des SAU, UPATOU. Il nous faut donc être présents à ces conférences ou nous faire représenter par des élus des unions professionnelles ou par nos directeurs de clinique avec des projets médicaux précis. Il est indispensable de créer nos propres réseaux et essayer de les imposer pour ne pas se faire imposer des réseaux qui ne nous conviendraient pas.

2) Futures évaluations des pratiques professionnelles par M. Alain COULOMB (directeur de la Haute Autorité de Santé)

La première partie de l'exposé a consisté à définir la HAS et à faire un historique de sa création. Il fallait un organisme indépendant de l'état, apolitique, qui décide du remboursement des produits sanitaires, du périmètre des soins remboursables et qui reste neutre. Cet organisme devait définir les critères pour décider du remboursement ou du non remboursement des soins et des médicaments (critères économiques, médicaux, politiques et éthiques). L'HAS a été créée puis rapprochée de l'ANAES par décision du Sénat.

Evaluations des pratiques professionnelles (EPP) : elles sont mal perçues, pourtant il va falloir s'y faire car elles entrent dans les mœurs, aussi, mieux vaut-il les maîtriser que les subir et surtout en tirer

profit (s'améliorer). Comment ? : 9 règles :
1) Simplifier, 2) Importance de la notion d'équipe (ce sont les équipes qui sont évaluées), 3) Pragmatisme, 4) Limiter les aspects organisationnels au minimum, 5) Ne pas négliger les aspects politiques (ARH, URML, CME), 6) Aider les patients à jouer un rôle en rétablissant un dialogue entre les usagers et les professionnels, 7) Aller vite, 8) Diffuser l'information, 9) Cesser de se plaindre !!!!
En conclusion souriez vous êtes évalués !!!

3) Evolution des établissements de santé par M. J.F. SAUTEREAU (ex-dirigeant de la Générale de Santé)

L'organisation du secteur de soins est à ses débuts et des évolutions sont à prévoir. Il semblerait que la tendance se fasse vers des pôles d'excellence de taille modérée, spécialisés et performants. Ces pôles seront très concurrentiels, attireront la clientèle, permettront une fluidification du personnel médical et une répartition des tâches, et devront être irréprochables en communication. Il faudra veiller aux dérives technologiques et discuter à l'avance avec les fournisseurs.

Le consommateur : la santé des français est leur 2^{ème} préoccupation après l'emploi, (c'est en revanche la première préoccupation des anglais) en parallèle il faut s'attendre à un désengagement de la sécurité sociale, les mutuelles et les assureurs seront beaucoup plus regardants dans leurs dépenses.

Le poids de la politique dans le maintien de certains établissements uniquement pourvoyeurs d'emplois n'est pas à sous-estimer (certains CH et des centres de cure).

Les groupes de cliniques actuellement au nombre d'une dizaine vont s'organiser et il n'en restera dans les 10 ans à venir que deux ou trois par l'effet des regroupements et achats divers. Il faut commencer à discuter avec eux pour organiser la profession et cela passe par 4 points sensibles :

- 1) la gestion des risques et des vigilances (hémovigilance, pharmacovigilance) dont il faut avoir l'expertise,
- 2) la collaboration aux enjeux stratégiques (savoir qui fait quoi et où),
- 3) une communication de crise ou comment gérer les problèmes (mise en place de support psychologique),

>>>>>



Benoît VIGNES
Président du SNCUF



Frédéric VAVDIN
Secrétaire Général du SNCUF



4) les assurances : finie l'assurance individuelle où chaque assureur peut vendre sa sauce individuellement à chaque praticien (l'urologie en a déjà profité avec la Médicale de France). Il faudra que les assureurs négocient avec les groupes qui discuteront de primes groupées pour leurs praticiens .

La fin de la journée a été marquée par l'intervention de Philippe CUQ, Président de Chirugiens de France, pour nous parler des actions futures mais cela est déjà du passé lointain !!!

Notre Président, Benoît Vignes, nous a tenus au courant des évolutions de la CCAM.

En conclusion : que les collègues qui se croyaient tranquilles car installés dans une clinique sans problème comprennent que d'importantes modifications auront lieu dans les

proches années à venir. Les CCAM et T2A ne sont que le côté sécurité sociale mais notre engagement professionnel doit s'interroger et intervenir dans la future organisation des soins en négociant dès aujourd'hui avec les forces plus ou moins obscures qui vont tenir les rênes. Ce seront d'habiles négociateurs, fermes en affaires, car ils seront motivés pour gagner de l'argent. Nous nous devons de garder dans cette bataille économique l'éthique de notre profession et nous assurer de revenus dignes de notre formation. Nous avons un bouc émissaire par qui le mal venait toujours, il ne faudrait pas qu'il y en ait deux.

A nous de nous organiser et ce sera le prochain sujet des deuxièmes journées d'exercice professionnel du SNCUF pour lesquelles nous espérons vous voir nombreux.

Frédéric VAVDIN
Secrétaire Général du SNCUF

Courrier envoyé à Monsieur F. Van Roekeghem, Directeur Général de l'UNCAM le 15 mai 2005

Mise en œuvre du plan cancer

Monsieur,

Le Syndicat National des Chirugiens Urologues Français (SNCUF) attire l'attention de l'UNCAM sur la **gestion des données de cancérologie issues des RCP**.

Les Chirugiens Urologues, référents en matière de cancérologie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital masculin, appuient leurs décisions diagnostiques et thérapeutiques sur des référentiels, en particulier les recommandations du Comité de Cancérologie de l'Association Française d'Urologie (AFU).

Conformément aux recommandations issues de la **mise en œuvre du plan cancer**, le SNCUF invite les Chirugiens Urologues à **inscrire tous les dossiers de cancers en RCP** et à ne discuter que les cas litigieux non conformes aux recommandations.

Le SNCUF demande aux **Chirugiens Urologues** :

- de continuer à rédiger la déclaration d'ALD (PIRES) faite au moment du diagnostic initial du cancer,
- d'établir, à l'issue de l'enregistrement en RCP, un **protocole de prise en charge** (document écrit dont la nature est différente du PIRE) qui devra être **transmis au médecin traitant** afin que ce dernier assure la cohérence des différentes prises en charges des soins de longue durée conformément au chapitre 1.1.1. de la convention médicale.

Le SNCUF demande qu'une fiche d'enregistrement RCP soit créée afin d'y faire figurer les éléments pertinents (date et lieu de RCP, référentiel utilisé, décisions prises pour le diagnostic, le traitement et la surveillance...). Cette fiche, garante du **respect des bonnes pratiques** et de la traçabilité des décisions, devrait faire l'objet d'une rémunération qui pourrait être identique à celle du PIRE.

Le SNCUF remercie l'UNCAM de l'attention qui sera portée à cette demande.

Nous vous assurons, Monsieur, de notre profond respect.

Benoît VIGNES, Président du SNCUF



Les nouvelles technologies au bloc opératoire

Monsieur et cher Collègue,

Le Syndicat National des Chirurgiens Urologues vous remercie de l'avoir interrogé sur les mesures pour moderniser les blocs opératoires. A vos questions concernant **le présent** (attractivité des équipes) et **l'avenir** (équipements, pratique et formations), le SNCUF vous apporte les réponses suivantes.

Le fonctionnement d'un bloc opératoire repose, et reposera toujours, en premier lieu sur les personnes qui y travaillent. L'attractivité d'une équipe est d'abord constituée par **la richesse de ses talents humains**, conjuguée à un équipement performant.

Nous pouvons envisager à l'avenir **des niveaux de plateau technique** (2 à 3), reposant sur des critères de compétences humaines et de matériels.

L'évolution de la chirurgie urologique va vers davantage d'endoscopie, de chirurgie laparoscopique-coelioscopique couplée avec l'imagerie pré- et peropératoire (possibilités

de simulation préopératoire pouvant servir d'enseignement). Les équipements en colonnes d'endoscopies, moyens de stockage des données, visualisation 3D de l'imagerie (écho, scanner, IRM) et du site opératoire, seront complétés par **l'assistance** mécanique (robotisation d'instruments articulés) et informatique (navigation) de l'acte opératoire. Les vastes salles polyvalentes cablées, équipées en moyens d'électrochirurgie, ultrasons, radio-fréquence, imagerie...devront pouvoir être **téléassistées**.

Le bloc opératoire de demain produira des soins d'une technicité de plus en plus grande, demandant une **spécialisation de ses acteurs** (IBODE, chirurgiens, techniciens), un matériel sophistiqué, une programmation de la **maintenance** et du renouvellement des équipements.

L'information produite au bloc opératoire devra être traitée par un **secrétariat** intégré, à même de gérer les données issues d'une activité de plus en plus informatisée (traçabilité, stock de consommables, tarification...).

La **programmation** préopératoire devra permettre d'optimiser les ressources partagées

(humaines et matérielles), laissant toujours la place à la gestion de **l'urgence chirurgicale**.

L'optimisation des **circuits des patients** (hospitalisation ambulatoire, imagerie peropératoire, SSPI) devront faire se rapprocher ces différents lieux d'action. **Les circuits du matériel** (stockage du consommable et des équipements, stérilisation, maintenance sur site) nécessiteront **de plus en plus de surface**.

Le bloc opératoire de demain aura besoin d'une **équipe managériale** intégrée disposant d'une autonomie budgétaire, faisant de ce lieu de production de soins par des équipes performantes assistées de matériels de hautes technologies, une véritable **"PME opératoire"**.

Quelles que soient les avancées technologiques futures, la main de l'homme devra toujours être présente pour servir de guide et tenir celle ...de l'opéré(e).

Nous vous assurons, Monsieur et cher Collègue, de nos sentiments confraternels.

Benoît VIGNES, Président du SNCUF

Passage du Secteur 1 en Secteur 2, n'attendez pas que les accords vous y autorisent

Suite au Mouvement des Chirurgiens de l'année dernière, un accord sur la revalorisation de la chirurgie a été signé le 24 août 2004 entre l'état, l'assurance maladie et les syndicats médicaux dits représentatifs. Outre des dispositions de revalorisations tarifaires dont l'application n'est pas encore effective, le point 9 de cet accord est un engagement de rendre la possibilité de choisir son secteur d'exercice, au 30 Juin 2005. En clair, il s'agissait de la réouverture du Secteur 2 pour tout ancien CCA/assistant. Depuis cet accord signé, les diverses déclarations sur ce sujet, du ministre et du directeur de l'assurance maladie ont été ambiguës. Le mois de juin 2005 achevé, aucune disposition n'est apparue pour respecter cet engagement. On comprend que le sujet est politiquement difficile, il nécessite de laisser de côté certains dogmatismes. Pourtant cette mesure ne coûte rien à l'assurance maladie. L'argument de la médecine à deux vitesses est discutable car le maintien du cloisonnement actuel secteur 1/secteur 2 est en lui-même générateur d'inégalité, les patients ayant le choix entre consulter sans dépassement un médecin en Secteur 1 ne pouvant investir dans son outil de travail au risque de diminuer de fait la qualité des soins, ou consulter, certes avec un dépassement d'honoraire, un médecin en

secteur 2 ayant les moyens d'adapter son outil de travail.

L'absence de respect de ce point d'accord doit amener les spécialistes actuellement en Secteur 1 à reconsidérer la procédure judiciaire pour passer en Secteur 2.

Avant même que cet accord soit signé (et non respecté...), plusieurs spécialistes ont fait le constat que le Secteur 1 n'était pas économiquement et médicalement viable du fait du blocage complet de celui-ci. Comment investir, comment faire venir un associé et tout simplement comment s'assurer un revenu correct au vu de son activité (n'ayons pas peur d'aborder le problème du revenu !) dans un secteur qui a connu une absence de revalorisation pendant plus de 15 ans malgré l'augmentation des charges et des investissements ? Le constat est amer puisque le choix initial du secteur 1 avait été délibéré, espérant (naïvement...) soigner tout le monde au tarif sécu qui est supposé refléter la réalité économique (donc évoluer pour s'adapter à celle-ci) de tout acte de soin et éviter d'introduire la notion d'argent dans la relation médecin/malade.

C'est ainsi que plusieurs spécialistes libéraux ont entrepris la démarche de retrouver la liberté de changement de Secteur, sous l'impulsion de

l'APOS2 (association pour l'ouverture du Secteur 2). Le principe est de démontrer le caractère illégal de l'impossibilité de passer d'un secteur à l'autre. C'est ainsi qu'avec l'aide des avocats de l'APOS2, neuf spécialistes gapençais ont eu la liberté effective de changer de Secteur en Mai 2004, le jugement du TASS de Gap ayant été exécutoire immédiatement (pour la première fois en France). Depuis, plusieurs spécialistes dans plusieurs villes de France, en suivant cette procédure, ont pu changer de Secteur, soit en première instance soit en appel. D'autres voies judiciaires sont en cours de développement notamment auprès de la Cour de Cassation.

La nécessité de passage en Secteur 2 est d'autant plus forte dans une spécialité comme l'Urologie, où les actes sont relativement mal cotés (la CCAM ne semblant pas corriger vraiment les choses).

Contact : APOS 2

16, rue du Général de Gaulle
44210 Pornic

Christian BOYER, Gap

Astreinte opérationnelle en chirurgie urologique

Monsieur,

Le Syndicat National des Chirurgiens Urologues attire l'attention de l'UNCAM sur la **spécificité des astreintes en chirurgie urologique**.

Les Chirurgiens Urologues, dont l'exercice est presque toujours exclusif de la spécialité (conséquence du cursus de formation, de la responsabilité civile professionnelle), sont les référents pour la prise en charge des urgences urologiques telles que les chocs septiques par obstacle urétéral, les crises de coliques néphrétiques, les anuries obstructives, les rétentions vésicales par saignement, etc...

Les Chirurgiens Urologues exercent de plus en plus souvent en groupe et une **organisation territoriale de l'urologie** se fait jour amenant

à reconnaître des astreintes urologiques spécifiques, territoire par territoire.

Les Chirurgiens Urologues demandent que leurs astreintes de spécialité, dans ce cadre, fassent l'objet d'une rémunération conformément aux dispositions prévues par le chapitre 8.5 de la Convention Médicale.

Le Syndicat National des Chirurgiens Urologues demande que soit donnée une directive aux URCAM dans ce sens afin que de telles astreintes soient reconnues et indemnisées conformément à la Convention Médicale.

Nous vous assurons, Monsieur, de notre profond respect.

Benoît VIGNES, Président du SNCUF

SNCUF
suite

Communiqué du SNCUF, le 13 mai 2005

Le SNCUF demande l'**application de la CCAM dans sa conception originale** au plus tard fin 2005.

Le SNCUF rappelle que la conception, la méthodologie et la réalisation de la CCAM, fruit d'un travail de plus de 10 années, ont été faites avec la collaboration des experts de toutes les Sociétés Savantes dans un souci **d'objectivité scientifique**. Ce travail rétablissait **une justice et une équité** entre les différentes spécialités médicales et chirurgicales.

Le SNCUF attend beaucoup de la mise en œuvre de la véritable CCAM pour redonner à l'activité chirurgicale sa **juste valeur**.

Le SNCUF demande que le **point-travail chirurgical** tienne compte des charges réelles de la chirurgie.

En attendant cette **juste application de la CCAM**, le SNCUF demande que le transcodage, "pis-aller temporaire", tienne compte des accords du 24 août 2004.

Le SNCUF demande l'application des accords du 24 août 2004 tant sur les volets tarifaires, que sur les **astreintes de spécialités** ainsi que sur le retour à un **libre choix du secteur d'exercice** comme cela reste le cas pour toute nouvelle installation conformément à la convention médicale signée en 2005.

Le SNCUF, très préoccupé par la **démographie chirurgicale**, demande que des mesures fortes soient arrêtées afin que les **jeunes médecins français** retrouvent avec enthousiasme la voie de la chirurgie.

Communiqué du SNCUF, le 1^{er} juin 2005

Le SNCUF demande l'**application de la CCAM dans sa conception originale** au plus tard fin 2005 pour redonner à l'activité chirurgicale sa **juste valeur**.

En attendant cette **application de la "vraie" CCAM**, le SNCUF demande que le transcodage, "pis-aller temporaire", tienne compte des accords du 24 août 2004.

Le SNCUF s'impatiente de ne **pas avoir de réponse à ses trois séries de demandes** concernant la CCAM.

Le SNCUF, après avoir réalisé **une étude sur plus de 7000 gestes d'urologie courante** et constaté que la revalorisation de 25 % n'y est pas (10,9% pour les secteurs II et 19,4% pour les secteurs I), demande que les modificateurs J et K apparus dans la CCAM V1 soient remplacés par **un modificateur qui tienne compte des engagements du 24 août 2004**.

En l'absence de prise en compte **des demandes réitérées des chirurgiens**, le SNCUF s'associera aux autres syndicats chirurgicaux pour réclamer très fermement la **juste revalorisation du métier de chirurgien** dans notre pays.

Le SNCUF, très préoccupé par la **démographie chirurgicale**, demande que des mesures fortes soient arrêtées afin que les **jeunes médecins français** retrouvent avec enthousiasme la voie de la chirurgie.

Benoît VIGNES, Président du SNCUF



" ça pourrait vous arriver un jour "

Cette nouvelle rubrique vous informe sur une affaire juridique qui s'est réellement déroulée. Les détails qui pourraient orienter sur les origines des intervenants ont été volontairement modifiés sans que cela change l'histoire. Nous attendons vos réactions, vos propres expériences afin de les publier avec votre accord dans un prochain numéro.

Histoire clinique

Madame V. Simone, 55 ans, bien connue du service d'urologie de l'Hôpital X, est hospitalisée pour Néphrolithotomie Percutanée (NLPC) en décembre 2001. Sa maladie lithiasique est intense, il s'agit de la 5^{ème} récurrence en moins de 10 ans. Elle a déjà eu 3 lithotripsies extra-corporelles, 2 urétroscopies et une NLPC, aucune évaluation métabolique n'a été réalisée. Actuellement, elle présente un calcul de 22 mm du pyélon gauche. La NLPC se déroule sans difficulté particulière et le calcul est extrait. L'ASP post-opératoire montre qu'il n'existe pas de fragments résiduels. A J2, un écoulement fétide apparaît dans la néphrostomie percutanée. Un scanner abdominal réalisé en urgence confirme le trajet trans-colique. La sonde de néphrostomie est mobilisée et sous traitement médical, la fistule cicatrise. On explique à la patiente qu'il s'agit d'une complication rare mais connue de la NLPC. La patiente quitte le service au 10^{ème} jour post-opératoire.

L'analyse du calcul fait évoquer une possible hyperparathyroïdie primaire (HPP). L'ensemble du dossier est revu pour tenter de confirmer le diagnostic. A la surprise de tous, il est retrouvé dans le dossier d'anesthésie, sur les bilans pré-opératoires, plusieurs dosages de calcémie élevée (3.1, 2.9, 3.0, 2.8 mmol/l). Ces hypercalcémies biologiques n'ont visiblement pas été prises en compte par l'équipe médicale au cours des diverses interventions de ces dix dernières années.

Un bilan spécifique (test de PAK, scintigraphie parathyroïdienne au Sesta-MIBI, échographie parathyroïdienne) confirme un adénome parathyroïdien inférieur gauche. La patiente est opérée en mars 2002 de cet adénome. Depuis, son bilan biologique s'est normalisé et elle n'a présenté aucune récurrence lithiasique depuis 3 ans...

Question :

Imaginons que la patiente porte plainte dans les suites de la NLPC pour la complication post-opératoire (ponction trans-colique et fistule). Il s'agit d'une complication rare mais connue de la technique, on peut donc penser que l'urologue ne soit pas inquiet.

Cependant, le fait d'avoir négligé le diagnostic d'HPP a favorisé l'évolution de la maladie lithiasique, donc la récurrence actuelle. On peut imaginer que si l'HPP avait été traitée à temps, la patiente n'aurait pas eu besoin d'une nouvelle NLPC et aurait donc évité cette complication. Quelle est alors la responsabilité de l'urologue dans ce cas là ?

Dossier Rapporté par **Olivier TRAXER** (PHU Hôpital Tenon-Paris)



Olivier TRAXER

Secrétaire de Rédaction
d'Urojonction

Réponse de l'Expert

Pr **Alain HAERTIG** (GHU Paris Est Pitié-Salpêtrière)



Alain HAERTIG

Paris

Concernant l'information de la patiente avant la séance de NLPC, si l'opérateur a donné la fiche d'information AFU concernant cette intervention, l'expert en conclura que l'information a été délivrée, y compris le risque de perforation d'un organe de voisinage comme l'indique l'extrait ci-dessous de la fiche d'information AFU :

Quant à l'absence de diagnostic étiologique de cette maladie calculeuse, la patiente se faisait soigner dans le même service depuis plus de 10 ans, en était à sa 5^{ème} récurrence de calcul, nous ne pourrions que retenir un défaut de diagnostic ou tout au moins de recherche diagnostique, puisque plusieurs dosages de calcémies élevées figuraient dans le dossier de cette patiente bien avant le dernier geste de NLPC.

Il s'agit là d'une erreur manifeste qui a donné lieu pour la patiente à une perte de chance puisqu'elle s'est fait opérer à plusieurs reprises alors que le traitement de son hyper-para-thyroïdie aurait pu éviter cette dernière intervention donc la perforation colique.

Cette perte de chance demandera une réparation au titre d'une négligence dans la prise en charge de la maladie lithiasique de cette patiente.

La réparation est relativement modeste puisqu'il n'apparaît aucune séquelle de cette perforation colique, la durée d'incapacité temporaire totale serait de 30 jours, l'incapacité temporaire totale serait nulle (pas de séquelles).

Le préjudice esthétique nul, le quantum doloris compte-tenu des douleurs morales sera estimé à 2/7 ; pas de préjudice d'agrément.

RISQUES ET COMPLICATIONS

Toute intervention comporte un risque de complications, qui peuvent parfois être graves, tenant non seulement à la maladie dont vous êtes affecté, mais également à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles

Des complications directement en relation avec la néphrolithotomie percutanée peuvent survenir.

-pendant le geste opératoire :

- * hémorragie
- * blessure du rein, des cavités ou d'un vaisseau du rein
- * blessure d'un organe de voisinage de l'abdomen ou du thorax
- * échec de la ponction ou de l'extraction

chacune de ces complications peut amener le chirurgien à interrompre la procédure et à modifier la technique opératoire et éventuellement à envisager une ouverture chirurgicale classique.

-dans les suites opératoires :

- *hémorragie pouvant nécessiter une ablation des caillots, une intervention complémentaire pouvant aller jusqu'à une ablation totale ou partielle du rein.
- *colique néphrétique et obstruction de l'uretère justifiant parfois d'un drainage du rein par une sonde par les voies naturelles ou directement à travers la paroi du dos.
- *infection urinaire et/ou du rein

Les nouveautés sur l'affectation des internes et l'agrément des stages

Le Journal Officiel du 14 octobre 2004 nous informe dans un texte général sur les modalités d'affectation des internes, l'organisation et la validation des stages pour les internes de spécialités notamment.

Il s'agit de l'arrêté du 22/09/2004 relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en 3^{ème} cycle des études médicales.

Le chapitre premier nous apprend que le préfet de région fixe sur avis de la commission de subdivision de répartition des stages, la liste des stages agréés qui sont offerts au choix des internes au vu du nombre réel de ceux choisissant un stage.

Le taux d'adéquation entre nombre de stages et nombre d'internes est déterminé par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. Le choix d'un stage pour la formation des internes ne peut se faire que dans un des services agréés par le préfet de région sur avis de la commission de subdivision.

En ce qui concerne les stages hors subdivision, les internes peuvent demander à réaliser 3 stages dans une subdivision autre que celle dans laquelle ils ont été affectés, dont au moins 1 au sein de l'inter-région d'origine. Ce choix exige au préalable la validation de 4 stages. L'ensemble des modalités de demande de stage qui doit être validé 4 mois avant le début du stage concerné, sont présentées dans l'arrêté.

Les stages réalisés dans les services agréés doivent être validés. Ceux-ci sont validés par le directeur de l'unité de formation et de recherche où le président du comité de coordination des études médicales après avis du chef de service responsable du stage. A l'issue de chaque stage, le chef de service doit remplir le carnet de validation de stage obtenu par l'interne ; ce carnet de stage est délivré lors de l'inscription à l'entrée en 3^{ème} cycle des études médicales auprès de l'unité

de formation et de recherche dont il dépend. A titre transitoire, en attendant de l'élaboration définitive de ce carnet, le chef de service remplit une fiche d'évaluation (cf J.O.). En théorie le chef de service doit transmettre une copie de la grille et des avis au directeur de l'unité de formation et de recherche ou au président du comité de coordination des études médicales d'origine qui lui-même transmet au directeur régional des affaires sanitaires et sociales une copie de la grille d'évaluation et de sa décision de validation ou de non validation du stage.

De son côté, l'interne doit remplir une grille d'évaluation concernant la qualité pédagogique du stage et envoyer une copie au directeur de l'unité de formation de recherche et au coordonnateur inter-régional d'accueil. Là aussi, à titre transitoire, le Journal Officiel fournit en annexe une fiche d'évaluation de la qualité pédagogique du stage qui doit être remplie par l'interne. Cette grille est pour l'instant transitoire mais nous devons certainement nous en servir pour améliorer la qualité pédagogique des stages actuels.

Le texte 28 renseigne sur la commission de subdivision qui est présidée par le directeur de l'UF ou le président du comité de coordination des études médicales de la subdivision et par le directeur de la DRASS lorsqu'elle donne un avis sur la répartition des stages agréés. Elle comprend les membres suivants : directeur d'UF, président du comité de coordination des études médicales, directeur de la DRASS, recteur d'académie, directeur général du centre hospitalier ou son représentant, directeur du CHU, représentant de la CME des CHU et des centres hospitaliers et des établissements privés participant au service public, 5 représentants enseignants titulaires ou associés de 5 disciplines différentes, 2 représentants des internes plus le coordonnateur inter-régional de la spécialité qui transmet son avis par écrit.



Yves LANSON
Tours



Franck BRUYÈRE
Secrétaire de Rédaction
d'Urojonction

AFU

Les nouveautés sur l'affectation des internes et l'agrément des stages . . . p. 16

AFU : régionalisation, mode d'emploi ! p. 17

Des nouvelles du comité d'infectiologie de l'AFU . . . p. 19

AFU : régionalisation : mode d'emploi !

Cette commission peut siéger si au moins 9 membres avec voie délibérative titulaires ou suppléants sont présents. Dans le cas contraire une nouvelle réunion a lieu dans les 12 jours suivant la première date. Les décisions sont alors valables même si le quorum n'est pas respecté. La durée des membres de la commission est de 4 ans renouvelables (sauf les internes, 2 ans renouvelables). Cette commission se réunit au moins 2 fois par an. Toutes ces dispositions entrent en vigueur au titre de l'année universitaire 2005-2006. Elle donne un avis sur les demandes d'agrément et de renouvellement d'agrément des stages hospitaliers et extrahospitaliers. Ceci est une nouveauté. La commission formule des propositions pour les stages hospitaliers et extrahospitaliers au vu d'un dossier qui comprend un questionnaire type (cf J.O.), un projet pédagogique, un rapport établi après une visite réalisée par une équipe mixte composée d'un universitaire, d'un non universitaire et d'un représentant d'interne, l'avis d'un coordinateur inter-régional et l'accréditation européenne éventuelle. A titre transitoire, un délai de 5 ans est admis pour les stages déjà agréés afin de se mettre en conformité aux normes. La commission propose au préfet de région de donner soit un agrément sans réserve pour une période de 5 ans, soit un agrément conditionnel d'1 an maximum assorti de recommandations, soit un refus d'agrément motivé. Ainsi la liste des services hospitaliers ou extrahospitaliers agréés pour la formation de 3^{ème} cycle est arrêtée par le préfet de région après avis de cette commission de subdivision. L'agrément est systématiquement réexaminé au terme d'une période de 5 ans ou d'un changement de structure ou de responsable ou sur demande motivée des représentants des internes, ou sur demande des coordinateurs inter-régionaux. La suppression d'un agrément peut être décidée par arrêté du préfet de région après avis de la commission. Alors le dossier d'un nouvel agrément doit comporter en plus du dossier prévu à l'article, les preuves de correction des éléments ayant motivé le retrait d'agrément.



Emmanuel
CHARTIER-KASTLER
Secrétaire général de l'AFU

L'Association Française d'Urologie a besoin plus que jamais de pouvoir correspondre rapidement avec ses membres. Les changements structurels de l'organisation des soins en France, les révisions de nomenclature ou l'évolution rapide de nos pratiques et de leur évaluation sont quelques exemples justifiant d'améliorer la remontée d'informations à partir de vos lieux d'exercice autant que de vous transmettre le plus vite possible les décisions ou discussions du Conseil d'Administration.

Dans cet objectif, il a été créé début 2005 une lettre informatique qui devait être bimensuelle et qui a déjà pris un rythme mensuel. Je remercie Jean-Luc Moreau et Claude Borgogno d'avoir pris cette charge à leur compte avec discrétion et efficacité. Il est aussi apparu rapidement que notre réseau d'information en région était hétéroclite et complexe. Il a donc été décidé de se doter d'un système d'organisation unique de correspondants régionaux qui ont été désignés et élus en CA en début d'année.

Ces correspondants n'ont absolument pas pour mission de se substituer en quelque nom que ce soit, et qui plus est surtout pas au nom de l'AFU, à tout collègue ayant une mission régionale officielle et spécifique dans l'organisation de la profession ou des soins (par exemple délégué à l'ARH)! Ils ont reçus la mission de servir de relais actif et d'aiguillon pour nos activités de communication nationale de l'AFU (exemple : journée de la prostate du 15 septembre 2005 à venir) aussi bien que pour recueillir auprès de leurs collègues toutes informations utiles à notre fonctionnement. Placée sous la responsabilité et l'autorité de Michel Soulié, cette mission "régionalisation" espère pouvoir promouvoir la cohésion de la profession en stimulant les échanges d'information. N'hésitez pas à contacter votre délégué régional AFU pour toute question : il n'hésitera pas à notre demande ou sur sa propre initiative à vous faire travailler pour des actions AFU en région.

Il a pu y avoir pour certains une ambiguïté concernant ces nominations. Elles étaient parfaitement infondées et ne doivent être perçues que comme un outil dont votre bureau de l'AFU s'est doté.

Utilisez cette possibilité qui vous est donnée en retrouvant les infos sur notre site :

<http://www.urofrance.org/AFU-Info/2005-05/AFU-Info-2005-05.html>.

Les missions y sont parfaitement décrites et ont été actées en CA afin d'aider Michel Soulié dans sa tâche.

Ces correspondants seront les interlocuteurs privilégiés du CA pour mettre en œuvre des actions nationales en région (telle la semaine nationale de l'incontinence). Qu'ils reçoivent de votre part toutes infos utiles à l'organisation de la profession afin qu'elles aident le CA et le bureau dans leurs projets si vous avez une responsabilité quelconque. Ils ont été désignés en basant le découpage géographique sur celui des ARH pour des raisons d'efficacité.

Une de leurs premières tâches sera de participer à la mise à jour urgente de notre base de données urologiques à visée démographique au travers du travail de l'observatoire national de la démographie en urologie (ONDU) dont Hervé le Doze a reçu la mission de s'occuper. Nous pourrions au travers de cette base connaître vos spécificités d'exercice et faciliter installations et organisation du tissu urologique national.

Vous pouvez ainsi le constater, les missions du Conseil d'Administration sont nombreuses : elles ne peuvent être exécutées sans votre participation active.

Restant à votre disposition pour toutes informations complémentaires avec Michel Soulié et Hervé le Doze, j'espère que cette organisation s'avèrera efficace. Réservez le meilleur accueil aux initiatives locales de vos délégués régionaux de l'AFU !

HOMMAGE À DOMINIQUE CHOPIN

DOMINIQUE EST DÉCÉDÉ LE 13 MAI 2005

hommage

Dominique tu avais tout juste 53 ans et tu nous as quittés trop tôt.

Quelle tâche, mais aussi quel triste privilège, au delà de tout, que de te transmettre la peine et la désolation de tout l'hôpital Henri Mondor où tu as tant travaillé, et particulièrement, de l'équipe paramédicale et médicale d'urologie.

Ta terrible souffrance nous l'avons vécue. Ton impressionnante volonté de vivre pour poursuivre ton œuvre nous l'avons admirée tout comme le philosophe qui disait que "se vaincre soit même c'est la meilleure victoire".

Et pourtant, malgré toi et la médecine qui avait envahi toute ton âme, tu as entendu le même philosophe qui t'a fait comprendre que "le monde est une scène, la vie un passage. Tu es venu et tu es reparti."

Lorsque je t'ai connu au début des années 80, tu n'avais que quelques années de plus que ton fils aîné Pierre aujourd'hui, et déjà, ta carrière médicale était écrite et je savais qu'il faudrait me battre pour t'avoir auprès de moi, à mes côtés, pour avoir la merveilleuse aventure que nous avons su vivre et réaliser grâce à nos énergies et notre complémentarité. Nous voulions inventer, organiser, enseigner, soigner, être reconnus et tu as fait tout cela.



Il te suffisait d'une idée pour en faire un feu d'artifice ; tu avais

25 ans, je t'ai dit : "on va faire de la microchirurgie".

Tu as fait une merveille au laboratoire puis au bloc, ce qui t'a valu toutes sortes de récompenses dont la médaille d'or de l'Internat remise à l'époque à la Tour Eiffel par Mr. Douste Blazy, Ministre de la Santé.

Mais nous avons réfléchi, ce n'était pas cela l'avenir pour notre spécialité ! Je t'ai dit "il faut tourner la page ! : la priorité c'est le cancer".

Les cancers urologiques étaient à ce moment une horreur comme celle que tu viens de vivre, Dominique.

Le cancer de la prostate c'était les métastases osseuses et l'insuffisance rénale. Le cancer de la vessie, un échec trop souvent.

Tu m'as dit : "d'accord !", et tu es parti là où à l'époque on faisait de la recherche fondamentale avec des moyens que nous

n'avions pas encore. Tu es parti aux USA à Los Angeles chez le Pr Jean De Kernion.

Là-bas, tu as appris l'immunologie des tumeurs alors qu'ici à l'époque, on t'a pris pour un savant quelque peu marginal.

N'est-ce pas incroyable de voir un chirurgien non pas avec comme on dit : "un bistouri entre les dents", mais avec de la science et un nouveau vocabulaire et surtout plein d'idées pour le futur.

Malgré toute cette nouvelle approche, la chirurgie n'avait pas quitté ton esprit, bien au contraire.

Tes objectifs, nous les avons prémédités : pour survivre, aucune spécialité ne pouvait se concevoir sans assise scientifique et sans enseignement. Pour cette raison, il fallait développer un DEA de sciences chirurgicales que tu as su animer dès sa création.

Le résultat est impressionnant : en 4 ans, 21 DEA ont été formés dont 9 ont présentés une thèse de 3^{ème} cycle, 4 sont devenus PUPH de CHU, 6 PH, et 1 chef de service.

Cette activité t'a permis d'obtenir le Grand Prix Claude Bernard de la ville de Paris.

Le développement de ton groupe s'est poursuivi d'une manière étonnante pour un chirurgien : après avoir été accueilli par J.P. Cachera puis par D. Loisanse dans l'équipe du CNRS, tu as su, de fil en aiguille, devenir Directeur de l'équipe mixte INSERM EMI 03 37 et Directeur du Centre de Recherche Chirurgicale.

Tes rôles dans la vie scientifique ont été innombrables : tu as été Président de la commission 6 INSERM biomatériaux, biomécanique, chirurgie non invasive et robotisée.

Président de l'Association pour la Recherche sur le Traitement du Cancer de la Prostate ARTP, Membre du CNU, du conseil scientifique de l'Association Claude Bernard, de l'Université Paris XII, de l'Université de Paris Sud, du groupe cancer de l'Assistance Publique.

"..."

Parmi les plus belles découvertes dont tu étais fier, il y a le facteur FGFR3 qui permet de savoir si une tumeur aura une évolution peu agressive et donc si elle ne tuera pas, ce qui évite des traitements délabrants pour le patient.

Toute cette vie de création débordante a malheureusement un prix que tu as lourdement payé :

• En réduisant ton engagement chirurgical : les méthodes chirurgicales ont fonda-

AFU

Les nouveautés sur l'affectation des internes et l'agrément des stages ... p. 16

AFU : régionalisation, mode d'emploi ! ... p. 17

Des nouvelles du comité d'infectiologie de l'AFU ... p. 19

ACTUALITÉ

Ça pourrait vous arriver un jour ... p. 15

Hommage à Dominique Chopin ... p. 18

mentalement changé ce qui a nécessité d'énormes efforts et tu n'as pas pu nous accompagner, tu en étais désolé, car ton implication dans la recherche te prenait trop de temps, mais je sais combien tu étais fier de voir cette orientation ambitieuse du service augmenter notre notoriété.

• Par ton absence auprès des tiens qui t'ont toujours admiré et aimé et à qui tu as toujours pensé et tous ceux à qui tu as toujours pensé mais pas assez montré ta présence physique et morale.

Le philosophe ne disait-il pas que "Rien ne se produit vainement, mais toujours en vertu d'une raison et d'une nécessité".

La raison c'était de savoir que tu réussissais et la nécessité c'est qu'il fallait contribuer dans la lutte contre cette terrible maladie qu'est le cancer.

Que puis-je dire à tes enfants, à Jocelyne qui malgré toute ta passion, t'admiraient et voulaient ne serait-ce qu'un peu plus de temps avec toi ?

Que l'ambition t'avait troublé ? Certainement pas, là encore le philosophe l'a dit et tu l'as fait : "Laisse à tes enfants un nom respectable et non de grandes richesses."

Ce nom tu l'as légué à tes enfants, à toute ta famille, à tes amis, mais aussi, à tous ceux qui sont fiers d'avoir travaillé avec toi, à tes fils spirituels, F. Saint, M. Colombel, JJ Patard, A. De La Taille, A. Cicco, D. Vordos, L. Salomon, R. Yiou et à bien d'autres, au Directeur du laboratoire, ton ami, Luc Hittinger, à tes brillants collaborateurs du laboratoire :

- Jean Fiet,
- Francis Vacherot,
- Sixtina Gildiez De Medina,
- Mme Sauvant,
- Mme Maurette,
- Mme Maille,
- Mme Soyeux,
- Mme Vaslin,

passionnés par la recherche onco-urologique qu'ils poursuivront avec Alexandre mais aussi Laurent, René et Dimitri, tout ce que tu as lancé et réussi.

Tous veulent être comme toi, mais craignent de ne pouvoir y arriver et de ne pas assumer leur vie de famille.

Tes enfants, nos élèves, tu me l'as dit, "j'ai confiance", vont continuer.

Ils sont tous là ou, sinon eux, leur esprit est avec nous en ce moment de communion.

Le centre de Recherche Chirurgicale portera ton nom et ce sera la reconnaissance unanime de l'Institution ; Le Directeur de l'hôpital, Mr Soudan, Le Doyen de la Faculté de Médecine, J.P. Lebourgeois, Le Président du CCM, L. Brochard, me l'ont annoncé.

Dominique :

"Nul n'est heureux avant sa mort" disait le philosophe. Je ne sais pas si tu as été heureux, mais aujourd'hui, tu peux être fier de toi !

Parti encore très jeune, sache que "jeune, meurt celui que les Dieux aiment beaucoup" disaient les Grecs anciens.

Claude ABBOU

DES NOUVELLES DU COMITÉ D'INFECTIOLOGIE DE L'AFU

Après de nombreuses années de développement et d'organisation de la prise en charge des pathologies infectieuses en Urologie, le Pr Henri BOTTO a décidé de passer la main. Il a contribué, avec toute son équipe, à la naissance d'une nouvelle discipline ou plutôt il a permis à l'urologie française de rester maîtresse en infectiologie urinaire. Il s'est entouré des meilleurs infectiologues, bactériologistes, urgentistes, anesthésistes-réanimateurs et urologues à la pointe de l'infectiologie dans leur discipline. Le comité avec à sa tête les Professeurs Botto et Lobel s'est investi dans les réunions des tutelles nationales mais aussi internationales avec le comité d'infectiologie de l'E.A.U.

Le Comité d'Infectiologie s'est réuni et c'est Patrick COLOBY, dont on connaît les talents d'organisateur, qui mène désormais le mouvement.

Le Comité, fort de ses qualités individuelles, laisse entrer quelques nouveaux membres, mais conserve l'expérience de la majorité du groupe.

Les nouvelles orientations visent à définir des champs stricts d'activité comme la prévention, la définition des infections mais aussi l'extension à des pathologies moins fréquentes et moins connues comme les maladies parasitaires urinaires, les infections fongiques ou les maladies inflammatoires non infectieuses.

Les objectifs de travail ont été définis d'une façon consensuelle entre les différents membres. Ces objectifs visent à développer la recherche, l'enseignement (une table ronde du congrès sur l'usage de l'antibiothérapie en urologie qui aura lieu le mercredi 16 novembre 2005 à 14h15) et les recommandations de bonnes pratiques cliniques en se guidant à l'aide d'une méthodologie stricte, des recommandations européennes et de la grille agréée.

Des fiches d'information au patient vont être réalisées ainsi que des mises au point sur différents sujets.

Réservez un accueil chaleureux au Comité d'Infectiologie de l'AFU nouvelle version et allons les encourager lors du congrès de l'AFU le mercredi 16 novembre à 14h15.



Franck BRUYERE

Secrétaire de Rédaction
d'Urojonction



JOURNÉE DE LA PROSTATE

**Le jeudi
15 septembre 2005**

aura lieu la première
journée nationale de la
prostate en France sous
l'égide de l'Association
Française d'Urologie.

Les objectifs sont de
mobiliser l'opinion publique
au travers d'une
communication nationale sur
"la prostate" les informant
des trois pathologies de cet
organe que sont l'HBP,
le cancer et
la prostatite

* à télécharger sur le site de l'AFU :
www.urofrance.org



Une conférence de presse sera donnée à Paris par le bureau de l'AFU avec la présence des responsables de comités scientifiques concernés (CTMH, comité de cancérologie, comité d'infectiologie, comité d'andrologie) le jeudi 8 septembre 2005.

Du matériel (affiches) vous sera adressé en temps utile pour vos salles d'attente. Des opérations locales peuvent être organisées par vos soins, mais la communication presse doit rester déontologique et éviter toute publicité personnelle. Les correspondants régionaux recevront le dossier fourni aux journalistes et pourront vous aider dans toute opération que vous souhaiteriez organiser à cette occasion.

Le site Urofrance vous permettra de retrouver les documents d'information grand public en préparation avec l'AFUF et les comités de l'AFU.

Enfin nous vous demanderons pendant les 8 jours qui précèdent et qui suivent le 15 septembre de rajouter un insert numérique* sur tous vos courriers annonçant cette opération à vos correspondants avec son logo.

Cette journée s'intègre dans le cadre plus large de l'European Prostate Day promu par l'EAU.



Bon, quand nous disons "votre" prostate, c'est plutôt celle de votre mari, ami, frère. S'il a plus de 50 ans, il devrait la faire vérifier par un urologue, comme vous-même vous faites régulièrement suivre. La prostate peut grossir ou se modifier avec l'âge et engendrer des troubles urinaires ou sexuels. Le cancer de la prostate est aussi le premier cancer masculin, devant celui du poumon. Ce dépistage, il ne le fera pas sans vous : cette vérification n'est pas douloureuse mais elle est taboue, déstabilisante pour un homme ; elle implique un toucher rectal. C'est sa prostate mais c'est votre problème aussi et c'est sa vie. Si vous pensez que c'est utile, parlez-lui ou conseillez-lui de consulter

www.urofrance.org

**et votre prostate,
vous y pensez?**

