

UROjonction

n° 118
Septembre
2021

Le journal de l'Association Française d'Urologie pour faire la jonction entre urologues
www.urofrance.org - www.urologie-sante.fr

AFU ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE

Sommaire

Éditorial

- *Y a-t-il une place pour l'extra-clinique dans le secteur libéral ?*2
Christophe ALMERAS

Congrès Français d'Urologie

- *Le CFU est de retour à la Porte Maillot en novembre 2021* ...3
Luc CORBEL
- *Adhésion à l'AFU et inscription au CFU : mode d'emploi*4
Franck BRUYÈRE

Dossier - Formation des internes phase socle en structures privées libérales : point de vue des différents acteurs

Dossier préparé par Julien DEFONTAINES

- *Introduction*5
Julien DEFONTAINES
- *La formation des internes dans les structures privées d'urologie*5
Marie-Cécile PONCET
- *Pourquoi proposer un stage en hôpital privé ?*6
Stéphane LOCRET
- *Garantir et favoriser la pluralité des modes d'exercice et de formation*7
Gaëtan CASANOVA
- *La formation hors CHU : une vision plus éclectique de notre spécialité*8
Didier LEGEAS
- *Stage des internes en structure privée : le point de vue d'un coordonnateur du DES d'Urologie*10
Morgan ROUPRÊT

Installation en libéral

Dossier préparé par Gaëlle FIARD

- *Mon installation en libéral*11
Arnaud BALDINI
- *Qualité de travail et gestion administrative : les deux aspects principaux de l'installation en libéral*13
Blandine TAMARELLE
- *Carrière libérale en urologie en pratique*15
Nathalie BERROGAIN, Didier LEGEAS

Partenaire

- *Pierre Fabre : prenons soin de vivre mieux* 16

Recherche et publications

Dossier préparé par Priscilla LEON

- *Points SIGAPS : financement de la recherche clinique et publications en urologie*17
Priscilla LEON
- *« MERRI » à tout prix !*19
Hélène CHARBONNEAU, Vincent MISRAI

Éthique et recherche

- *Concilier éthique et recherche : la mission du Comité d'éthique de la recherche en urologie (CERU)* 22
Stéphane DROUPY

e-réputation

- *Maîtriser son image numérique, dans le respect de la déontologie* 25
Matthieu DURAND

Fax AFUF

- *Éditorial*27
Florian BARDET
- *EPICUR reprend ! ECURIE aussi !*27
Juliette CÔTTE, Emilien SEIZILLES de MAZANCOURT
- *Campagne Futurs Internes d'Urologie*27
Florian BARDET, Emilien SEIZILLES de MAZANCOURT



**Christophe
ALMERAS**
Responsable
du CLAFU

Y a-t-il une place pour l'extra-clinique dans le secteur libéral ?

Comme toute autre spécialité en France, l'exercice de l'urologie pourrait tendre à différer selon nos modes et secteurs d'installation, chacun porteur de préoccupations propres. L'AFU a vite compris que la qualité de prise en charge des patients souffrant de pathologies urologiques dans notre pays devait passer par une uniformisation des pratiques et un souci d'excellence en termes de formations initiale et continue comme en témoignent l'ECU, le Congrès Français d'Urologie, les SUCs ou encore à travers l'essor que les webinaires ont connu depuis le début de la pandémie. Le partage des connaissances représente la pierre angulaire de cette quête de l'excellence en étant source de perfectionnement, de motivation et de développement à la fois pour les enseignants et les enseignés avec, à la clé, une progression permanente et globale du niveau scientifique national.

Il existe cependant autant de motivations et d'aspirations que d'urologues, émanant de leurs histoires personnelles, de leurs propres sensibilités qui évoluent également au fil des épreuves de la vie. Il n'y a pas de mode d'exercice idéal. Il faut tendre à trouver celui qui convient le mieux en fonction de ses besoins et de ses priorités. Une carrière n'est toutefois pas figée et peut être amenée à évoluer voire changer radicalement de mode d'exercice en fonction des étapes de la vie. Si la majorité des urologues font carrière en secteur privé, l'ensemble d'entre eux ont fait leur internat et leur formation en secteur public.

Pour l'AFU, la connaissance parfaite des contraintes et des problématiques de chaque secteur d'exercice est essen-

tielle pour une organisation optimale de la spécialité sur notre territoire et cette connaissance passe forcément par l'implication d'urologues et la représentativité de chaque secteur ou mode d'exercice.

Pourtant, la motivation des urologues libéraux pour s'impliquer au sein de l'AFU tout comme au niveau scientifique national n'est pas évidente. Les contraintes liées à l'exercice libéral y participent grandement (impact financier lié aux absences répétées, difficultés de remplacement pour assurer une permanence des soins et pour répondre efficacement à la demande des correspondants, charges administratives et commissions d'établissement, responsabilité professionnelle individuelle, etc.). Le choix de l'installation (groupe de taille significative, masse commune ou non, bonne entente entre associés) est donc essentiel pour autoriser et permettre d'envisager des investissements extra-cliniques mais aussi une éventuelle spécialisation.

Si la spécialisation est courante dans le service public hospitalier universitaire, elle reste peu développée dans l'urologie libérale à l'instar d'autres spécialités comme l'orthopédie. L'atteindre demande des sacrifices notamment en acceptant de renoncer à traiter certaines pathologies qui seront alors confiées à un associé. L'initiation d'une spécialisation peut donc être source de frustrations et de tensions au sein d'un groupe d'urologues libéraux si le projet ne fait pas l'unanimité ou si le fonctionnement du groupe reste trop individualiste. Cependant, c'est pourtant bien sur la spécialisation que reposent les fondations de l'expertise et donc de la qualité des soins. Elle se justifie d'ailleurs d'autant plus qu'il existe une complexi-

fication progressive des prises en charge des différents domaines urologiques due aux croissants développements technologiques, médicaux et scientifiques. Cet investissement, s'il reste bien sûr possible ou envisageable au sein d'un groupe privé d'urologues, paraît donc justifié pour améliorer la prise en charge des patients.

La réflexion scientifique, la remise en question, le besoin d'auto-évaluation, la tenue de registres en découlent naturellement, tout comme les études, la recherche clinique et les publications qui sont possibles en secteur privé. Il est clair que le fonctionnement d'une installation libérale pour laquelle l'urologue a une responsabilité individuelle de soins n'est ni idéal ni pensé pour ces travaux. Certains Groupes d'investissement privés ont développé une aide aux praticiens de ce secteur comme la mise à disposition d'attachés de recherche clinique (ARC) ou encore par la création de bourses de financement de postes d'interne ou de fellow. Il est clair que ces activités de recherche en libéral ne concurrenceront bien sûr jamais celles du secteur universitaire dont c'est l'essence même, mais ouvrent des perspectives d'échanges constructifs et de formidables projets collaboratifs.

A l'image de l'uniformisation de la formation en urologie en France initiée par l'AFU, il est donc possible d'accéder à une activité de recherche scientifique comme à une activité d'enseignement pour les urologues libéraux. Le cahier des charges et les facteurs limitants reposent bien sûr sur l'acquisition d'une expertise reconnue dans un domaine et sur les contraintes propres à leurs modes d'exercice. Leur implication, source de complémentarité, est précieuse et souhaitée. En effet, c'est par une émulation positive, respectueuse, fédérée et collaborative des différents secteurs d'exercice que l'urologie française confortera sa réputation et son excellence future pour la meilleure prise en charge possible des patients souffrant de troubles urologiques.

Christophe ALMERAS



Luc CORBEL

Le CFU est de retour à la Porte Maillot en novembre 2021

Cette année sera l'année du retour du Congrès français d'Urologie, au Palais des Congrès, Porte Maillot à Paris.

En 2020, pandémie oblige, notre CFU avait été réalisé en distanciel. Malgré une réussite certaine et de très belles présentations, les contacts, discussions entre collègues, les cafés près des stands, les restaurants le soir entre copains, les échanges professionnels ou non, bref la convivialité, nous avaient manqués.

Cette année, le CFU sera bien en présentiel, la semaine 46, du mercredi 17 au samedi 20 novembre.

Le Président de ce 115^e Congrès sera le Professeur Dominique Rossi avec la traditionnelle séance officielle du Congrès le vendredi matin.

Une nouveauté : le Comité d'Organisation (CO) du Congrès, présidé par Xavier Gamé, a décidé, sous l'impulsion de ses représentantes féminines (26% de femmes dans le CO), d'offrir une représentativité importante aux femmes avec la décision de parité pour la modération des sessions de communications orales.

Les séances des amphithéâtres Havane et Bordeaux seront filmées en direct, enregistrées (c'était déjà le cas mais peu connu) et ensuite diffusées sur la future plateforme de l'AFU Académie.

Autre nouveauté : chaque soir les « Essentiels de la journée » seront présentés en visio-conférence par une équipe dynamique d'urologues experts (comme cela avait été fait et apprécié en 2020). Vous pourrez les regarder en direct et ils seront disponibles ensuite sur Urofrance.

Vous retrouverez les séances plénières des amphithéâtres Havane et Bordeaux, les tables rondes, les états de l'art, les

pour ou contre, les séances de communications orales et vidéos, les forums des comités, les clubs, sans oublier les symposiums de nos partenaires (et les stands non pas virtuels mais bien réels). Les cours du matin seront également à nouveau présents.

115^e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

17-20 NOVEMBRE 2021
PARIS, FRANCE
PALAIS DES CONGRÈS

Tous les thèmes seront abordés à nouveau cette année :

- la **pelvi-périnéologie** avec une table ronde très attendue sur les conséquences des décrets récents (samedi matin), mais aussi une séance plénière sur le traitement des prolapsus récidivés en 2021 (mercredi matin) ;
- l'**infectiologie** avec la prise en charge des prostatites bactériennes (jeudi matin), une table ronde sur l'antibioprophylaxie à l'ère des biopsies prostatiques périnéales (vendredi matin) et un forum passionnant entièrement dédié à la gestion péri-opératoire des ECBU (forum du CFC du jeudi matin) ;
- la **lithiase** avec un état de l'art sur la LEC (vendredi matin) et un autre sur l'imagerie de la lithiase (jeudi matin) ;
- la **transplantation rénale** avec une table ronde sur les donneurs complexes

(mercredi après-midi) ou encore un état de l'art sur la prise en charge des lymphocèles post-transplantation (mercredi matin) ;

- **l'oncologie** :

- la **prostate** avec de multiples présentations parmi lesquelles je vous conseille la table ronde sur la pratique des biopsies prostatiques (vendredi matin) ou encore la question de la place de la chimiothérapie (reste-t-il une place ?) à l'heure des hormonothérapies de nouvelles générations (face à face du mercredi matin) et aussi une table ronde sur la prise en charge du cancer à risque intermédiaire faible chez l'homme jeune (jeudi matin) ;
- la **vessie** : un état de l'art sur les traitements adjuvants des TVIM (mercredi matin), l'intérêt de la désescalade dans le suivi des TVNIM à risque faible et intermédiaire (pour ou contre, jeudi matin) ;
- le **rein** : une table ronde sur la place de l'immunothérapie dans la prise en charge du cancer du rein (mercredi après-midi) ou un état de l'art sur la place de la chirurgie dans le cancer du rein métastatique (jeudi matin) ;
- les **OGÉ** avec un état de l'art sur HPV et cancer du pénis (mercredi après-midi) ou encore un pour ou contre sur la curiethérapie dans le cancer du pénis (samedi matin) ;

- **L'andrologie** n'est pas en reste avec notamment un état de l'art sur la contraception masculine (mercredi matin) ou encore un pour ou contre sur réhabilitation sexuelle et cancer de la prostate (jeudi après-midi) ;
- et beaucoup d'autres thèmes : neurourologie, HBP, etc., etc.

Le **rapport du congrès** sur les **urgences en urologie** clôturera ce CFU le samedi après-midi.

Alors, n'attendez pas le dernier moment : **bloquez dès à présent dans votre agenda cette semaine 46 et venez nous et vous retrouver au Palais des Congrès du 17 au 20 novembre 2021.**

Luc CORBEL

pour le comité d'organisation du CFU



Franck BRUYÈRE
Membre du
CA de l'AFU

Adhésion à l'AFU et inscription au CFU : mode d'emploi

Le prochain congrès de l'AFU aura lieu cette année du mercredi 17 au samedi 20 novembre 2021. Nous espérons tous pouvoir se rencontrer et échanger en 3 dimensions, sans l'intermédiaire de l'écran qui commence à recevoir la saturation de tous. Pour s'inscrire rien de plus simple : <https://cfu-congres.com/inscription1/>, vous aurez le choix entre la formule virtuelle et la formule présente avec 2 tarifs différents.

Mais bien sûr, en priorité il vous faut être membre de notre association, condition indispensable pour bénéficier de tarifs préférentiels ainsi que de toutes les autres formations proposées au cours de l'année.

Pour être membre, les conditions d'adhésion sont simples : soit être titulaire de la qualification « chirurgie urologique » du Conseil de l'Ordre (ancien CCA-ancien interne de CHU, ayant validé le DESC d'urologie) et ayant une activité d'urologie et dans ce cas il faut remplir le dossier basique avec l'appui de 2 parrains membres de l'AFU. Soit vous êtes dans un autre cas et quel que soit le diplôme obtenu (DIS, PAC, diplôme étranger, etc.), même dossier mais en plus, le candidat doit avoir validé l'examen de l'EBU (*European Board of Urology*) pour justifier de ses compétences théoriques. Ses compétences pratiques sont validées par un dossier rempli par 2 parrains différents appartenant eux-mêmes à l'AFU.

À ce dossier est joint un courrier du Chef de service ou du directeur de l'établissement du candidat précisant les conditions locales dans lesquelles il va exercer l'urologie.

Il est possible d'adhérer en cours d'année, les candidatures sont examinées

avant les conseils d'administration qui ont lieu tous les 2 mois.

Les tarifs varient en fonction de votre statut et permet l'accès aux formations organisées par l'AFU ainsi qu'à notre revue nationale Progrès en Urologie.

Peut-être avez-vous remarqué que de moins en moins de proposition d'invitations au congrès émergent des partenaires pharmaceutiques. Ne soyez pas découragé, il existe d'autres moyens de faire financer votre congrès. Tout d'abord, bien sûr, vous pouvez régler vous-même l'inscription, les frais de

transport et d'hébergement. Vous aurez, lors de votre déclaration d'impôts, ajouté les justificatifs aux frais réels, que ce soit à titre personnel qu'au titre de votre société. Les établissements publics ont des budgets de formation continue qui peuvent aussi vous aider. Leur accès est simple et les demandes moins fréquentes que les offres, vous laissant certainement la possibilité de faire plusieurs demandes au cours de l'année. Les frais d'inscription et de transport sont en général pris en charge. Hélas, les tarifs officiels de remboursement des nuits d'hôtel sont de 110 euros à Paris et 90 euros dans une autre commune du grand Paris, vous concéderez que cela est peu compte tenu des établissements proches du palais des congrès, il vous faudra mettre la main à la poche ou trouver la perle des hôtels peu chers du quartier. Ou bien, un ami, un membre de votre famille sera sans doute ravi de vous accueillir après ces mois de distance !

Franck BRUYÈRE

Médecin Membre titulaire ou associé de l'AFU		
	jusqu'au 20/09	à partir du 21/09
Médecin Membre titulaire ou associé de l'AFU	230 €	280 €
Tarif virtuel Médecin Membre titulaire ou associé de l'AFU		
	jusqu'au 20/09	à partir du 21/09
VIRTUEL Médecin Membre titulaire ou associé de l'AFU	115 €	140 €

Catégories	Sous catégories	Cotisation annuelle TTC
Membre titulaire	Résident en France	340 €
	Résident hors de France	340 €
	Sortant AFUF résident en France	170 €
	Sortant AFUF résident hors France	170 €
Membre associé	Résident en France	240 €
	Non urologue résident en France	
	Résident hors de France	240 €
	Belge, Canadien (abonné à la revue Progrès dans son pays)	142 €
	Pays émergents	120 €



Dossier
préparé par

Julien
DEFONTAINES

Formation des internes phase socle en structures privées libérales : point de vue des différents acteurs

La formation des internes de spécialité est ouverte aux terrains de stage privés depuis plusieurs années. Les structures privées à but non lucratif (ESPIC) y participent depuis longtemps avec succès. Peu de structures privées libérales sont terrains de stage.

Le mode d'exercice libéral initial avec une activité plutôt individuelle et construite en miroir de l'activité hospitalière peut être une des raisons. Mais, comme le montrent les dernières enquêtes réalisées par l'AFU, cette façon de travailler évolue avec des équipes plus regroupées permettant une sur-spécialisation nécessaire due aux connaissances en perpétuelle évolution mais également à la technicité nouvelle du matériel et des techniques opératoires. Le travail en équipe semble se renforcer comme l'attestent d'autres mesures telles que l'accréditation en équipe ou la normalisation des réunions pluridisciplinaires en cancérologie et maintenant en chirurgie fonctionnelle.

D'où la question que certains d'entre nous nous sommes posée : « et si nous prenions un interne » ?

Les raisons de se lancer dans un projet sont multiples :

- désir de transmettre évident. Encore plus évident pour les équipes rajeunies et sortant du clinicat avec une envie de prolonger les années hospitalo-universitaires. Partager ses connaissances théoriques et techniques apprises en centres experts universitaires et hospitaliers/ ESPIC. Préparer les futurs collègues libéraux à la future transition vers l'installation ;
- désir de rester dans le coup avec un échange et partage de connaissances avec nos plus jeunes collègues ;

- désir de renforcer l'équipe autour d'un projet nouveau permettant une plus grande standardisation de l'exercice et une coopération plus grande.

Une fois le projet validé en équipe il faut pour commencer avoir l'accord de la direction de la clinique pour la gestion de la rémunération de l'interne. Puis il faut définir un projet pédagogique qui sera évalué lors de la commission d'agrément.

Les documents à compléter sont disponibles sur les sites des ARS de chaque région avec le questionnaire administratif destiné à l'ARS et le projet pédagogique destiné au coordinateur du DESC. Ces documents sont à fournir à échéances précises pour entrer dans les périodes d'agrément de l'année à venir.

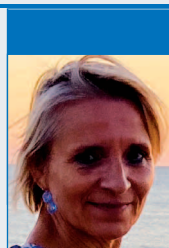
Dans ce dossier vous aurez l'avis des différents intervenants avec :

- M^{me} Marie-Cécile Poncet, directrice RH ARS IDF ;
- M. Stéphane Locret, directeur recherche et enseignement du groupe Ramsay Santé ;
- Dr Gaëtan Casanova, président de l'InterSyndicale Nationale des Internes ;
- Dr Didier Legeais, président du SNCUF et membre du bureau de l'AFU ;
- Pr Morgan Rouprêt, coordinateur du DES d'Urologie IDF et responsable du CCAFU.

Et pourquoi pas vous ?

Nous attendons vos retours pour ceux qui sont en stage en structure privée libérale afin de les publier dans le prochain numéro d'UROjonction.

Julien DEFONTAINES



Marie-Cécile PONCET
Directrice RH Santé,
ARS Île-de-France

La formation des internes dans les structures privées d'urologie

La formation des internes de médecine est notamment réglementée par les Articles R632-2 à R632-79 du code de l'éducation et l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. Au cours de sa formation, l'étudiant acquiert progressivement en stage et hors stage les connaissances et les compétences qui permettent au médecin d'exercer sa spécialité.

Conformément à l'article R632-27 du code de l'éducation, la formation en stage est accomplie dans des lieux de stage agréés au sein de structures ou auprès de praticiens agréés-maîtres de stage des universités. L'agrément atteste du caractère formateur du lieu de stage ou du praticien-maître de stage des universités pour l'accueil en stage, tel que prévu par les maquettes de formation.

Les structures dans lesquelles se situent les stages agréés peuvent être des centres hospitaliers universitaires, des établissements de santé publics ou privés, des hôpitaux des armées ou encore des organismes extrahospitaliers. Les structures souhaitant accueillir des internes doivent déposer une demande d'agrément qui sera examinée par la commission de subdivision prévue par la réglementation.

La commission de subdivision, présidée par un Doyen de faculté de médecine lorsqu'elle se réunit en vue de l'agrément, formule ses avis sur les demandes d'agrément. Elle examine notamment le projet pédagogique du lieu de stage ou de la structure dans laquelle exerce le praticien-maître de stage des universités. Elle vérifie que le lieu de stage ou le praticien-maître de stage des universités répond aux critères prévus dans les maquettes de formation de la spécialité, en particulier en termes d'activités et d'encadrement pédagogique. Ces maquettes précisent, en outre, le nombre de stages minimal à effectuer en milieu « avec encadrement universitaire ».

Pour le diplôme d'étude spécialisé d'urologie, 26 structures sont actuellement agréées pour l'accueil d'internes en Île-de-France dont 6 sont des structures privées : une clinique privée et cinq établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC). Au cours des deux précédents semestres, sur les 30 postes d'urologie proposés, un poste a été proposé au choix des internes en clinique privée et il a été pourvu lors de ces deux semestres.

Actuellement, l'offre de formation en urologie en Île-de-France est donc fournie et diversifiée avec une majorité de structures publiques agréées pour la formation des internes. En dépit de cette disparité apparente entre structures publiques et privées, c'est bien le maître de stage, ou l'équipe assurant la formation et l'encadrement, qui est agréé et non la structure. Lors de l'évaluation des demandes d'agrément, c'est le besoin de formation qui est pris en compte et non la typologie de l'établissement dans laquelle l'interne sera affecté.

Pour le DES d'urologie, l'offre de formation est importante et excédentaire au regard du nombre d'internes de la spé-

cialité. L'agrément d'une nouvelle structure doit donc répondre à un besoin non couvert par les autres structures. Cependant, la formation des internes au sein de structures privées présente l'avantage d'un cadre d'exercice diversifié, proche de ce que sera l'exercice ultérieur du praticien. La formation d'internes en établissement privée est par conséquent importante dans la mesure où elle permet aux internes d'appréhender une manière différente de pratiquer leur spécialité.

Enfin, un des obstacles à l'accueil d'internes en établissement privé tient au fonctionnement de ces structures. En effet, les patients choisissent en fonction de l'établissement et de l'équipe médicale lorsqu'ils se rendent en établissement public tandis que leur choix est fait en fonction du praticien en établissement privé. Ainsi, la place de l'interne en établissement privé est plus difficile à trouver notamment en chirurgie où les patients se rendent en établissement privé pour se faire opérer par un chirurgien plus que par un médecin en formation.

Marie-Cécile PONCET

Rares sont les internes qui pensent spontanément à effectuer un stage dans le secteur de l'hospitalisation privée. Pourtant, selon une étude de la DRESS¹, en sortie d'internat, un tiers des jeunes médecins choisissent le secteur libéral. Effectuer un stage dans l'un de nos établissements permet donc de découvrir un nouveau type d'exercice qu'ils seront peut-être amenés à choisir : l'activité libérale en établissement hospitalier privé.

Ce stage leur permettra également de lutter contre les idées reçues... Est-ce qu'en exerçant dans le privé on se coupe d'un réseau et du travail en équipe ? Ou de ce qui se fait de mieux en matière d'innovations ? Est-ce qu'on peut continuer à parler d'excellence ? Les activités de recherche sont-elles possibles et valorisées ? Doit-on redouter le risque médico-légal ? etc.



Stéphane LOCRET

*Directeur recherche et enseignement
Groupe Ramsay Santé*

Pourquoi proposer un stage en hôpital privé ?

Chiffres clés

- En 8 ans, notre Groupe a accueilli près de 1 000 internes dans 25 spécialités différentes.
- Internes accueillis chaque année : 150.
- Bourses de fellows financées entre 2015 et 2019 : 47.

Chaque année nous soumettons de nouvelles propositions d'agrément aux Agences Régionales de Santé, il ne faut donc pas hésiter à proposer son site comme terrain de stage !

Comment obtenir un agrément de stage ?

Dès 2014, date à laquelle la loi a autorisé les établissements privés à recevoir des internes en stage, les praticiens de nos établissements, avec le soutien du Groupe, se sont positionnés.

S'il y a un dossier administratif assez simple à remplir sur le site de votre ARS,

il est primordial de construire un projet pédagogique complet. Le maître de stage devra défendre celui-ci auprès du coordinateur de la spécialité sur la région. Cette phase de « lobbying » a un impact majeur sur l'obtention de l'autorisation, puis sur l'ouverture du stage au choix des internes.

Pendant la période de stage, après signature d'une convention, le salaire des internes est refacturé par l'hôpital d'origine à l'établissement du stage qui touche une subvention de l'ARS qui couvre partiellement ce coût. La subvention diminue avec l'ancienneté de l'interne.

L'appréciation des internes

En 2019, les internes attribuaient une moyenne de 8,57 / 10 en note d'appréciation générale de stage.

Nos équipes accueillent des internes non pas pour les remplacer, mais bien pour le plaisir de transmettre un savoir et d'enseigner, de partager leur savoir-faire et leur vision de leurs spécialités.

Leur expérience est le gage de la qualité de l'apprentissage de l'interne au sein de l'hôpital/clinique.

Les internes accueillis dans nos établissements soulignent régulièrement le fort volume d'activité et les possibilités d'implication qui leurs sont offertes. Ils découvrent une approche différente de l'hôpital ainsi que de nouvelles modalités d'organisation.

Nos atouts relevés dans les différents commentaires des internes :

- qualité du mentorat ;
- polyvalence des disciplines ;
- forts volumes d'activité et de pratiques ;

- qualité de l'accueil ;
- participation à des projets de recherche et des thèses.

Pour le Groupe, il a paru toujours essentiel que nos praticiens puissent apporter leur contribution à la formation des futurs médecins qui demain choisiront peut-être le mode d'exercice libéral.

Stéphane LOCRET

Référence

1. Source DRESS, mars 2021.

Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ?

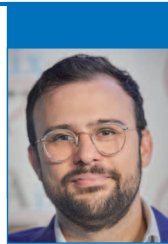
Les modes d'exercice des internes en médecine peuvent être découpés en deux grands groupes : les internes en médecine générale dont l'exercice est essentiellement ambulatoire et non hospitalier et les internes des autres spécialités dont l'exercice est très majoritairement hospitalo-universitaire ou hospitalier et minoritairement ambulatoire ou privé.

La grande enquête de l'ISNI de 2020 sur l'attractivité des carrières est pourtant limpide dans son constat : 23 % des internes considèrent l'activité hospitalière comme la plus attractive, 45 % pour l'activité privée, 32 % pour l'activité mixte.

Ce constat sans appel heurte de plein fouet la réalité de l'exercice des internes en médecine. Les conséquences sont nombreuses et délétères : mauvaise connaissance du futur environnement professionnel, retard à l'installation, perte d'intérêt, etc.

L'interne : travailleur contraint et nécessaire de l'hôpital public français

On ne peut comprendre l'inadéquation entre les aspirations des internes et la réalité de leur exercice qu'au travers du



Gaëtan CASANOVA

Président de l'InterSyndicale Nationale des Internes

Garantir et favoriser la pluralité des modes d'exercice et de formation

prisme des commissions d'agrément et commissions de répartition des postes. La première a pour mission d'attribuer un agrément en vue de recevoir et former des internes sur la base du projet pédagogique et de l'encadrement ; la seconde de répartir un nombre de postes égal à 105 % des effectifs des internes

au sein des stages ayant reçu l'agrément précédemment évoqué. L'une et l'autre des commissions ne remplissent que peu leur rôle.

La commission d'agrément ne se réunit que très peu conformément à la réglementation. Elle ne réunit ni ne convoque le plus souvent les membres qui la constituent, elle délibère sans traces écrites, sans procès verbal, sans vote ; elle est le fait du prince, en l'occurrence du coordonnateur de spécialité, hospitalo-universitaire. Ironie de la situation, celui-ci ne possède réglementairement pas le droit de vote au sein de cette commission. C'est ainsi que les agréments en CHU sont distribués avec une grande légèreté là où beaucoup de demandes d'agrément provenant du secteur privé sont rejetées sans motivation.

Si l'agrément était toutefois attribué, la commission de répartition de poste fait intervenir là aussi un intérêt particulier : la fourniture d'effectifs suffisants dans les CHU et hôpitaux qui multiplient les désertions, souvent en raison de conditions de travail catastrophiques et illégales. Le fait du prince vient cette fois des Agences Régionales de Santé (ARS) qui attribueront très majoritairement les

postes aux services en fonction des besoins en ressource humaine, indépendamment donc de la question de la formation et du projet professionnel de l'interne qui se retrouve ainsi prisonnier.

Promouvoir la qualité, au delà du mode d'exercice

La situation qui vient d'être décrite est particulièrement catastrophique. Elle est court-termiste, ne donne que du sursis au départ inéluctable des jeunes médecins, met un pansement sur une plaie béante. L'ISNI veut opérer un véritable virage : promouvoir la qualité du soin et de la formation au-delà du mode d'exercice.

C'est tout d'abord renforcer le respect de la réglementation sur les commis-

sions d'agrément et de répartition des postes : les membres de ces commissions doivent être convoqués, les preuves des convocations conservées, les votes doivent avoir lieu et un procès verbal doit être rédigé, enfin tout refus d'agrément doit comporter une motivation écrite et communiquée au postulant.

C'est ensuite augmenter l'exigence dans l'attribution des agréments. On ne peut accepter que celle-ci le soit pour de pures considérations démographiques ou de ressources humaines au détriment de la qualité de formation des médecins français.

C'est, enfin, favoriser la diversité des modes d'exercice pour correspondre aux désirs professionnels des internes en

médecine, favoriser une installation plus rapide et une formation plus adaptée.

Une concurrence entre établissements est inévitable : entre les établissements publics tout d'abord mais également entre le public et le privé ; celle-ci sera nécessairement favorable. Il n'y a de pire situation que l'actuelle : une situation monopolistique qui ne parvient pas à récompenser et valoriser celles et ceux qui offrent le meilleur aux jeunes médecins, dans le public comme dans le privé, mais préserve l'inertie médiocre cultivée au sein d'un grand nombre de services dans nos CHU, au plus grand dommage des médecins et des patients.

Gaëtan CASANOVA

Depuis 2011, la Loi HPST a ouvert la possibilité aux établissements privés à but lucratif ou non (ESPIC) de recevoir des internes en stage.

Dans la mesure où 70 % des internes formés exerceront en dehors de centres hospitaliers publics, il apparaît intéressant de leur montrer les points forts et les points faibles de toutes les structures où ils pourraient être appelés à exercer dans le futur.

Moins de 10 internes avaient pu réaliser des stages en dehors de leur centre hospitalier de référence en 2011, ils sont aujourd'hui plusieurs centaines à s'y former.

Les équipes hors CHU ne manquent pas d'intérêts dans la formation des plus jeunes, elles leur permettent d'acquérir une vision plus éclectique de leur spécialité. C'est une excellente chose qu'il faut promouvoir et qui renforce encore la cohésion de toute l'urologie française.

Dans un dossier très bien rédigé et documenté réalisé par l'ISNIH et la FEHAP vous pourrez retrouver toutes les informations pratiques pour accueillir un interne. https://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/guide_accueil_interne_pnl_2018.pdf



Didier LEGEAIS

Président du SNCUF,
Membre du CA de l'AFU et du CNPU

La formation hors CHU : une vision plus éclectique de notre spécialité

La procédure est assez longue et complexe :

- Il faut proposer l'offre de stage au coordinateur de la spécialité, au doyen de la faculté, à l'ARS après avoir préparé un dossier comportant un descriptif du lieu de stage, du projet pédagogique, de l'encadrement, des éventuelles activités de recherche, de publication envisagée, et la participation ou non à la permanence des soins (PDS).

- Les besoins en terrain de stage sont fixés par plusieurs commissions qui rendent un avis au DG de l'ARS : commission qui fixe les besoins, une autre l'agrément et enfin une dernière commission qui fixe la répartition des terrains de stage. Ces commissions peuvent se déplacer sur site pour évaluer le terrain de stage.

- Il est indispensable d'informer le représentant des internes dans la spécialité car il siège à la commission de répartition des postes.

- Le directeur de l'ARS fixe alors pour les 3 phases de formation : phase socle, approfondissement et consolidation, la liste des terrains de stages et des praticiens maîtres de stage agréés.

- L'agrément peut être obtenu pour une ou plusieurs spécialités, un ou plusieurs niveaux de l'interne et éventuellement pour une ou plusieurs FST. Cet agrément est le plus souvent obtenu pour un an puis pour 5 ans s'il n'existe aucune réserve.

- Un contrat de formation est alors établi entre le coordonnateur local de la spécialité et l'étudiant, et une convention d'accueil est signée entre l'établissement d'accueil et le CHU d'origine. Cette convention fixe en particulier la

rémunération de l'interne (indemnités, charges sociales, gardes, astreintes, etc.). Elle est signée par le DG de l'ARS, le DG du CHRU référent, le coordinateur de la spécialité et le responsable de l'établissement d'accueil. Un modèle type est accessible dans l'arrêté du 24 mai 2011.

Le temps de travail de l'interne est statutaire (8 demi-journées par semaine, temps de pause de 15 minutes par demi-journée, le temps maximum hebdomadaire est de 48 h, deux demi-journées par semaine hors stage, dont une universitaire...).

Dans le cadre de la PDS, le temps réalisé pendant les gardes et lors des déplacements survenant au cours d'une période d'astreinte, y compris le temps de trajet, est décompté comme du temps de travail effectif et comptabilisé dans les obliga-

tions de service. Une période de nuit est comptabilisée à hauteur de deux demi-journées. L'interne bénéficie d'un repos de sécurité (hospitalier et universitaire) immédiatement à l'issue de chaque garde et à l'issue du dernier déplacement survenu pendant une période d'astreinte. Le temps consacré au repos de sécurité ne peut donner lieu à l'accomplissement des obligations de service en stage et hors stage.

Pendant la durée d'un stage, l'interne ne peut pas effectuer de remplacements dans l'entité où il est accueilli. Les absences pour congés, maladie ou accident relèvent du régime général de protection sociale.

Coût en pratique pour l'établissement et rémunération de l'interne : une partie est financée par l'ARS au titre des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI), et une partie est à la charge de l'établissement d'accueil (Tableau 1).

Le maître de stage touche une rémunération de 600 € brut par mois.

Il ne faut pas hésiter à mettre en avant des points qui peuvent être attractifs : qualité du lieu de vie, de la région, spécificités géographiques, accès à un bureau dédié à l'interne, place de parking, crèche dans l'enceinte de l'établisse-

ment, appartement ou chambre de fonction, limitation des tâches administratives, possibilité de temps de travail additionnel rémunéré.

D'un point de vue médico-légal :

- il faut informer l'assureur de l'établissement et du praticien maître de stage ;
- la plupart des assurances acceptent les étudiants et les internes sans aucune surprime mais ils doivent impérativement être informés de la présence de l'étudiant au risque de refuser leur garantie en cas de sinistre ;
- l'étudiant doit de son côté prendre une assurance, cela est vrai aussi pour ses activités en centre hospitalier ;
- l'étudiant-stagiaire, quel que soit son niveau de formation et jusqu'à ce qu'il soit thésé, agit exclusivement en délégation de tâche, il n'a aucune autonomie, il doit en référer continuellement à son maître de stage.

En conclusion la démarche est un peu complexe mais il suffit de convaincre le coordinateur de la spécialité et les internes. C'est une démarche très enrichissante et très pédagogique qu'il faut développer sur tout le territoire national pour renforcer encore les liens d'amitié qui lient toute l'urologie française quels que soient nos modes d'exercice.

Didier LEGAIS

Comité de rédaction d'UROjonction

Rédactrice en chef :

Caroline PETTENATI
pettenati.c@gmail.com

Secrétaires de rédaction :

Julien BRANCHEREAU
julienbranchereau@gmail.com

Julien DEFONTAINES
julien.defontaines@gmail.com

Gaëlle FIARD
gaellef@gmail.com

Priscilla LEON
bertrandpriscilla@yahoo.fr

Arnaud SCHOENIG
arnaud.schoenig@gmail.com

Coordination générale :

Marianne BOUET
mbouet@aafu.fr
01 45 48 06 09

Courrier à adresser à :

AFU - UROjonction
11 rue Viète - 75017 Paris
afu@aafu.fr

Mise en page et impression :

Accent Aigu
16 rue de Rouen - 75019 Paris
accent-aigu@wanadoo.fr

Année du cursus d'internat	Coût total annuel pour l'employeur, incluant 44 % de charges (1 ^{er} février 2017)	Forfaits de compensation MERRI annuels	Reste à charge de l'établissement recevant l'interne (hors gardes, astreintes, etc.)
Année 1	31 574 €	16 000 €	15 574 €
Année 2	34 150 €	16 000 €	18 150 €
Année 3	36 941 €	16 000 €	20 941 €
Année 4	39 893 €	8 000 €	31 893 €
Année 5	42 799 €	8 000 €	34 799 €

Tableau 1. Coût pour l'établissement et rémunération de l'interne

Depuis longtemps déjà, les internes de médecine générale avaient accès à des stages « chez le praticien » intégrés dans leur formation.

Progressivement, la possibilité d'ouvrir des stages/semestres hors CHU ont été intégrés dans le cursus des autres disciplines, et notamment chirurgicales, afin que les internes puissent avoir une vision de leur spécialité en fonction des différentes structures d'exercice en France : CHU, CHG et ESPIC. Là où le bât blesse, c'est que plus de 80 % des internes auront un exercice libéral en France et il semblait logique qu'il leur soit offert la possibilité de goûter à l'exercice libéral pendant leur internat. Nul doute que les internes ont toujours eu en France une formation initiale de qualité concernant la pratique de l'Urologie, le temps de « rodage » à l'exercice libéral et à ses particularités (organisation, gestion du cabinet, vie professionnelle en BNC) était souvent long après un clinicat très « hospitalo-centré ».

D'aucuns diront ici que c'est le rôle des hospitalo-universitaires d'encadrer les internes pendant leur formation initiale et d'organiser leurs enseignements (cours du DES, séminaires de l'ECU du Collège d'Urologie). L'objet de cet article n'est pas, loin s'en faut, de se dédouaner de cette tâche. Il faut toutefois souligner que la volonté de stage au sein de la médecine libérale venait surtout des internes. Ils voulaient décrocher leur cursus à un moment où les repos de sécurité après les gardes, l'organisation fastidieuse de l'hôpital public (et maintenant la pandémie COVID à l'hôpital) les éloignaient parfois des actes techniques et du bloc opératoire.

À ce contexte, il faut ajouter une démographie nationale (et parisienne) en berne avec 8 à 9 internes d'urologie par promotion à Paris contre 12 à 14 avant la réforme actuelle de l'internat (socle, approfondissement, consolidation [Dr Junior]). Il est donc assez normal que



Morgan ROUPRÊT

*Coordonnateur du DES d'Urologie de Paris
Responsable du CCAFU*

Stage des internes en structure privée : le point de vue d'un coordonnateur du DES d'Urologie

certain services hospitaliers soient réticents à laisser partir leurs forces vives dans le privé.

Sans idée reçue, notre philosophie à Paris, a été la suivante depuis ma prise de fonction (en septembre 2017 pour 6 ans). Je dis « Notre » philosophie car mes arbitrages et mes décisions ont été établis en plein accord avec le/les représentants du Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris et de l'AFUF :

- arrêt des refus systématiques des terrains de stage issu du privé reçus et transmis par l'ARS ;
- audit sur site de tous les terrains de stage du privé qui formulent une demande officielle pour recevoir des internes ;
- établir un rapport de faisabilité objectif coordonnateur/interne pour argumenter la discussion lors de la commission d'agrément à l'ARS.

En 4 ans, quatre demandes nous sont parvenues. Un stage dans le privé a été agréé, les autres demandes ont été refusées.

Ce stage dans le privé a été validé car :

- l'équipe était multidisciplinaire ;
- l'équipe réalisait des soins qui n'étaient pas ou peu faits dans le public ;
- l'équipe avait une notoriété nationale indiscutable ;
- l'équipe avait des parcours de soins et des organisations (ambulatoires) différentes de ceux du CHU ;
- l'équipe s'est engagée à encadrer les internes en lui désignant un tuteur responsable ;
- l'équipe avait un soutien fort de l'administration locale pour faire venir les internes.

Sur la base de ces éléments, un poste probatoire de DES a été ouvert. Après réévaluation à 1 an, le poste a été confirmé pour 5 ans. Depuis 3 ans ce poste a toujours été pourvu au choix, il a été occupé 2 fois par des internes d'Urologie et le reste du temps par des internes d'autres disciplines (notamment gynécologie).

Sans opposition de principe à un stage dans le privé, celui-ci doit pouvoir satisfaire à certaines garanties quant à la formation et des contreparties de collaboration avec les hospitalo-universitaires responsable des internes. Nous ne sommes pas aujourd'hui dans la possibilité de refuser ce choix aux internes. Pour le moment c'est plutôt une expérience satisfaisante à Paris, bien que limitée et très circonscrite. N'en déplaise à certains nous n'avons pas ouvert la boîte de Pandore et tout cela s'inscrit dans une logique d'émancipation de nos jeunes collègues qui cherchent une formation toujours plus éclectique. Tout en étant ouverts d'esprits, nous devons aussi tenir compte des contraintes de la démographie et de celles inhérentes au cursus (phase de Dr Junior obligatoirement hospitalière) en tentant de décrocher autant que faire se peut le parcours de formation initiale de nos jeunes collègues qui nous en seront certainement redevables.

Morgan ROUPRÊT



Dossier
préparé par
Gaëlle FIARD

Témoignages et conseils pour une bonne installation en libéral

Par ce court témoignage, je vais tenter de vous transmettre quelques petites clés nécessaires à ce que je juge être une bonne installation. Cela reste une vision très personnelle des choses et certains amis et confrères vous donneront peut-être d'autres astuces plus pertinentes. Je vais vous parler de choses que je connais, c'est-à-dire le développement d'une activité libérale au sein d'un groupe d'urologues déjà établis dans une clinique privée de Lyon. Vous verrez qu'elle a nécessité une part de réactivité, d'assiduité, de disponibilité, d'organisation et, bien entendu, une part de chance et de destin non négligeable.

1^{re} étape

4 novembre 2013 : début de mon 5^e semestre d'internat.

Mon choix se porte sur un semestre de chirurgie digestive à la Clinique de la Sauvegarde (Lyon) afin de découvrir le viscéral et de compléter ma maquette. J'aspire à devenir urologue. La spécialité me plaît. La cancérologie me plaît. L'ambiance au bloc opératoire me plaît.

Je sors de 4 semestres épuisants d'urologie au CHU. Il n'existe à ce jour à mes yeux de jeune interne qu'une seule façon d'opérer, qu'une seule façon de gérer un service et des malades. LA bonne façon.

Je suis alors plongé dans un autre système.

Je découvre une prise en charge sans intermédiaire, ou le médecin est au contact de son malade à tout moment, pour le meilleur comme pour le pire. L'interne est présent pour apprendre, se former à la chirurgie mais n'est pas du tout intégré dans la gestion du malade. Aucune contrainte administrative n'est demandée, les urgences sont efficaces,



Arnaud BALDINI
Centre d'Urologie de l'Ouest Lyonnais :
Clinique de la Sauvegarde
et Clinique du Val d'Ouest

Mon installation en libéral

les avis rapides avec un circuit court huilé et les urgences chirurgicales sont opérées entre deux malades programmés. Je découvre que le CHU n'est plus le seul endroit où on s'occupe bien des malades.

Ce semestre m'aura servi pendant toute ma formation sur ma façon de travailler. Le début du processus est lancé. J'ai ainsi pu créer des contacts dans ma spécialité qui me serviront dans les années à venir.

Le point important est de maîtriser son cursus, de se construire une étiquette, afin d'avoir une valeur ajoutée. Cette étiquette est bien entendu à adapter en fonction des envies mais cette dernière reste pour moi un point crucial pour un recrutement futur dans un groupe déjà constitué. J'ai pour ma part choisi le développement de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) et la cancérologie en passant le DESC de cancérologie.

Donc premier conseil : Se créer une étiquette et un réseau ; pousser pour le

développement de stage d'internes en clinique privée.

2^e étape

2 novembre 2016 : début de mon clinicat à l'Hôpital Edouard Herriot (Lyon).

Bon, bah c'est parti pour deux belles années incroyables. Ta vie de chirurgien se développe pendant ces deux années ; tu es excité, fatigué, stressé, au bloc opératoire, à l'autre bout de la France pour un prélèvement, en train de greffer à 4 h du matin mais ces deux années sont uniques et courtes. Et le CHU ne pourra malheureusement pas te proposer un poste futur, comme pour 80 % des urologues qui sortent de formation ...

Certains auront la chance de poursuivre l'aventure au sein du service qui les ont formés quelques années, en famille comme j'aime bien dire. J'admire mes amis qui se sont lancés dans cette carrière universitaire qui demande abnégation, talent et courage. Je ne choisirai pas cette voie.

Pour ma part, les choses étaient claires depuis le départ, pas de poste disponible à ma sortie et un bouchon d'internes derrière moi prêt à exploser.

Après mes deux premiers mois d'adaptation, j'ai donc débuté ma prospection pour un poste futur. J'ai, bien entendu, eu la chance d'être bien conseillé par des amis et des chefs de clinique au dessus de moi.

Départ à la retraite ? Extension d'activité ? Annonce sur le site de l'AFU ? Pleins de questions que l'on se pose à ce stade là.

Il existait, à ce moment là, des réunions de préparations à l'activité libérale organisées par notre syndicat que je vous conseille fortement car cela permet de prendre conscience de l'ensemble des

démarches administratives qui nous attendent.

La vraie et unique question surtout est celle-ci : dans quel cadre veux-TU travailler ? Public ? Libéral pur ? ESPIC ? En groupe ? Seul ? En ville ? Campagne ? Urologie générale ? Grosse oncologie ? Plateau technique ? Robot ?

Certains, bien entendu, n'auront pas beaucoup de choix et devront s'adapter, mais tu restes toujours maître de ton destin. Il ne faut donc pas écouter les bruits de couloir.

Il convient de contacter directement tes confrères et amis que sont les urologues dans les structures qui semblent pour toi idéales. Rien ne vaut mieux qu'un coup de fil et une discussion. Les mails se perdent, les CV ne se lisent pas.

Je n'aurais pas pu créer mon activité aujourd'hui si je n'avais pas téléphoné directement à mes actuels associés, qui ne recherchaient personne pourtant à ce moment là ...

Donc deuxième conseil : anticipation

3^e étape

Informations sur le lieu d'activité.

L'installation en groupe (ce qui constitue la majorité des installations actuelles en chirurgie urologique) est un engagement unique. Un mariage qui va durer 30 ans. Tu ne te maries pas avec la première fille ou avec le premier garçon que tu chopes à la soirée des internes sur la péniche de la Plateforme !!

Ainsi, lorsqu'une porte s'ouvre après tes recherches et tes multiples appels, il convient de rencontrer plusieurs fois tes futurs possibles associés. Sur place au bloc opératoire, au cours d'un repas, etc. Cela te permet ainsi de mesurer leur intérêt pour toi, de voir leur façon de travailler, et si elle te convient. Il s'agit également du moment de leur demander des informations sur le type d'association qu'ils ont développé et ce qu'ils souhaiteraient pour toi : SELARL ? BNC ? SCM ? SCI ? Partage d'honoraires ? Collaboration ?

Un conseil extérieur est indispensable. Il peut être avocat ou expert comptable.

J'ai la chance pour ma part d'avoir un papa expert comptable qui m'a accompagné tout au long de mes démarches et de mes négociations. Nous sommes médecins, chirurgiens et notre travail est de soigner les gens. Les bilans et les statuts DOIVENT être analysés par tes conseils avant toute association ; les discussions DOIVENT se faire de conseils à conseils car il est toujours délicat de parler d'argent et de conditions financières entre futurs associés ...

Le seul point administratif ou de contrat important à regarder pour nous est le règlement intérieur de l'entreprise, qui dicte la règle du jeu et la façon de travailler pour chacun. Vacances ? Moment off dans la semaine ? Partage d'honoraires ? Conditions de sortie d'un des associés ? Retraite ? Etc.

Donc troisième conseil : s'entourer de conseillers dès le départ.

4^e étape

Démarches administratives.

Je serai court sur ce point là, même s'il s'agit très probablement de l'étape la plus longue du processus. Tes conseils sont là pour te guider. L'ordre des médecins est également présent pour t'orienter à chaque étape : inscription à l'ordre des médecins, déclaration à la CPAM de ton activité, inscription à l'URSSAF et la caisse des retraites (CARMF), Responsabilité Civile et Professionnelle, etc.

Ton expert comptable te conseillera sur ton type d'installation : BNC ou SELARL ? Holding ?

L'avocat sera en charge de modifier les statuts.

Ton banquier est également indispensable car l'installation est aujourd'hui très souvent synonyme de rachat de parts ou d'augmentation de capital de l'entreprise ; un prêt plus ou moins important est donc à souscrire. Méfiez vous des contrats de collaborateurs, sauf si c'est votre souhait.

Donc quatrième conseil : s'armer de patience et d'abnégation pour lancer toutes les démarches administratives.

5^e étape

2 janvier 2019 : signature des contrats dans un bon restaurant lyonnais.

Deux ans quasi jour pour jour après le tout début de mes démarches.

C'est à ce moment précis que le deuxième conseil prend tout son sens : anticipation.

J'ai ainsi pu débiter mon activité, accompagné de mes nouveaux associés (nous sommes 6 au total) de façon très sereine, et me concentrer sur la nouvelle facette de mon métier passionnant de chirurgien : chef d'entreprise. Une facette très intéressante mais pour laquelle nous n'avons aucune formation ... Tes associés ont une nouvelle fois un rôle de compagnonnage très important.

→ Une réputation se construit ou se détruit très rapidement.

La communication avec les correspondants est donc un point important que j'avais totalement sous-estimé en tant



Les six associés du Centre d'Urologie de l'Ouest Lyonnais (de gauche à droite) : Bruno CHAVRIER, Arnaud BALDINI, François-Joseph MURAT, Arnaud CHERASSE, Thierry GÉRARD et Emmanuel DELIGNE

que chef de clinique. J'ai visité pour ma part 152 médecins traitants dans les premiers mois de mon installation ; les journées sont effectivement longues, jonglant avec le début de ton activité, les consultations, les visites... Cela reste néanmoins une étape indispensable. Les courriers sont à soigner. Carte de visite, site internet, cartons d'annonce, tous les moyens sont bons pour te faire connaître.

→ Je suis également devenu patron.

Gestion de tes salariés, et de leurs difficultés avec les arrêts de travail et la tension dans les équipes. Quel moment de solitude lorsque je me suis retrouvé au bout de quelques mois à gérer un recrutement de deux secrétaires !! Quelles sont les bonnes questions à poser ? Quel salaire leur propose-t-on ? On leur

donne des tickets resto ???? La COVID recommence, qui s'occupe du chômage partiel ? Aïe Aïe Aïe.

Mais quel bonheur de se retrouver aujourd'hui au sein d'une équipe incroyable, avec des amis sur qui on peut compter. Mes interventions lourdes sont réalisées à 4 mains, pour éviter les moments de solitude qu'on a tous eus lors d'une prostatectomie radicale (« *mais elles sont passées où ces put*** de vésicules séminales !!!* »). Mes patients sont gérés le week-end, mon patient en colique néphrétique est opéré entre mes deux HO-LEP car trop douloureux ... et je peux surtout développer mes projets de façon libre et sereine, projets adaptés à ma structure et mon plateau technique que j'ai eu la chance de choisir.

Mon dernier conseil est donc le plus simple mais le plus difficile à trouver : le ressenti. Avoir le coup de foudre, être heureux, et travailler dans une ambiance à son image, c'est le plus important. Cela se ressent dans ta vie personnelle, et dans ta gestion des malades. Prends garde de bien t'entourer afin de simplifier au maximum ta vie de chirurgien tellement éprouvante.

Je suis installé sur la Clinique de la Sauvagerie depuis 2019, 5 ans après mon premier passage dans ce bloc opératoire, et j'ai reçu hier mon premier appel d'un chef de clinique qui souhaitait des informations sur notre association...

La boucle est bouclée.

Arnaud BALDINI

Je me suis installée en février 2018 à Rouen suite à mon clinicat à Lyon qui s'est terminé fin octobre 2017. Avant le grand saut je me suis permis une petite virée à l'autre bout du monde, alliant l'utile à l'agréable puisque j'ai effectué un remplacement pendant 6 semaines à l'hôpital de Papeete à Tahiti.

Une fois de retour au bercail j'ai débuté mes démarches d'installation.

Il existe à mon sens deux aspects principaux dans l'installation d'un urologue en libéral :

- d'une part la qualité de travail et cela passe avant tout par le choix de l'équipe, le choix des conditions de travail (contrat d'association avec les confrères mais également au regard de la structure dans laquelle on projette de travailler, horaires de travail, jours de bloc, secrétariat en place) ;
- et d'autre part la gestion administrative d'une activité libérale : URSSAF, CARMF, comptabilité, statut d'installation (SELARL ou nom propre), prévoyance, RCP.

Concernant la qualité de travail, si j'ai eu la chance de rejoindre une équipe dynamique et bienveillante, cela a nécessité d'envisager, avant de choisir, plusieurs options : choix de quitter le



Blandine TAMARELLE
Clinique Mathilde, Rouen

Qualité de travail et gestion administrative : les deux aspects principaux de l'installation en libéral

secteur public et de ne pas envisager d'installation en salariat, changer de région (retour vers ma région d'origine).

Si cela a été le « grand saut » je suis heureuse d'avoir aussitôt :

- pris contact avec l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) locale qui a pu me suggérer des correspondants incontournables (comptables, experts-comptables voire avocat fiscaliste non indispensable), d'autant plus que je changeais de région. Si vous ne changez pas de région, vous pouvez également vous faire recommander ces interlocuteurs par vos confrères fraîchement installés ;
- choisi une RCP dont le gérant est urologue et représentant à l'ordre national des médecins, remerciements à Didier Legeais qui a été d'un immense soutien et d'excellent conseil ;
- pris conseil auprès de l'ordre des médecins pour la relecture de mon contrat d'engagement pour la clinique où je m'installais afin d'appuyer mes demandes de modification de contrat notamment pour refuser les clauses d'exclusivité qui étaient exigées entravant le principe de liberté d'installation que tout médecin doit conserver ;
- saisi l'opportunité de demander, lors de mon arrivée, la commande de matériel qui me semblait indispensable à ma pratique dans la structure d'exercice que je rejoignais (il faut prendre conscience qu'un nouveau chirurgien apporte une activité supplémentaire à la clinique/structure et qu'il est donc

tout à fait justifié d'étoffer le plateau technique d'une équipe qui accueille un chirurgien).

Concernant la partie administrative de l'installation, c'est là que le bât blesse parfois, car nous n'y sommes pas préparés.

Une fois réalisée l'inscription à l'ordre des médecins, l'enregistrement auprès de la CPAM du lieu d'exercice s'est fait dans la foulée. Un délai de 6 semaines entre le changement de conseil départemental et d'inscription CPAM m'a semblé adapté pour avoir le temps de recevoir les numéros RPPS et numéro AM nécessaires pour les CERFA (arrêts de travail, bon de transport, feuilles de soins) et établir mes ordonnanciers.

Concernant la comptabilité, l'activité de chirurgien implique à la fois des revenus directs par le biais des consultations mais également indirects par la facturation d'actes au sein de la structure d'exercice. C'est donc avec l'aide d'un expert-comptable que j'ai réalisé les changements/inscriptions/déclarations URSSAF et CARMF nécessaires et établi les dépenses imputables en charge ou non (frais de déplacement ou achat de véhicule pro, déductions Madelin de la mutuelle et de la prévoyance, achat de matériel informatique). Votre comptable étant toujours plus raisonnable que vous, il ne faut pas hésiter à demander si un achat (ex téléphone portable, ordinateur ou imprimante à votre domicile) peut être compris en charges professionnelles.

C'est également avec lui que j'ai calculé l'intérêt d'une éventuelle installation en SELARL qui a mon sens constitue autant d'avantages que de potentiels inconvénients (certaines déductions fiscales étant souvent compensées/dépensées par le surcoût de la comptabilité associée) : cela reste une histoire de choix.

La seule chose que je recommande, c'est d'être attentif à son statut d'installation (nom propre *versus* en société) au regard de son statut marital, particulièrement en l'absence de contrat de mariage pour une installation en votre nom propre.

Vis à vis du « coût d'une installation », tout dépend de votre contrat d'associa-

tion. Pour ma part, je m'installais dans un groupe pour une création d'activité sans partage d'honoraires. Les dépenses liées aux charges sur la première année m'ont donc fait envisager un emprunt de « sécurité ». Cependant, grâce à l'aide à l'installation (ACCRE - Aide aux Chômeurs Créant ou Reprenant une Entreprise) de Pôle Emploi que j'ai pu solliciter (possible uniquement si après votre départ de l'hôpital vous vous êtes inscrit ne serait-ce que 15 jours chez Pôle Emploi), cela m'a permis d'avoir une trésorerie d'avance pour couvrir les charges des premiers mois et m'assurer un revenu minimal. L'ARCE (Aide à la Création ou à la Reprise d'Entreprise) est également accessible par l'inscription chez Pôle Emploi et m'a permis d'avoir des charges URSSAF moindres les deux premières années d'installation.

L'inscription à Pôle Emploi n'a cependant pas été si simple car elle impliquait que mon activité « universitaire » suite à mon poste de Chef de clinique soit reconnue par Pôle Emploi. Il a fallu quelques courriers et un peu d'insistance pour faire valoir ce droit. Des démarches parallèles auprès du CHU qui vous employait sont également possibles et je conseille de s'informer auprès de vos prédécesseurs de votre CHU qui se sont installés avant vous pour faire ces démarches malheureusement trop mal connues.

Enfin, vient la question des prévoyances et multiples sollicitations de courtiers.

Une prévoyance reste nécessaire même si depuis le 1^{er} juillet 2021 des indemnités journalières seront désormais versées à partir du 4^e jour jusqu'au 90^e jour d'arrêt de travail (je conseille de lire et se faire expliquer la nouvelle loi de finance à ce sujet) car ces indemnités ne couvri-

ront, au mieux, que 50 % de votre chiffre d'affaires. Il convient donc d'estimer, soit avec un conseiller en assurance (courtier) soit auprès de votre assureur de prédilection, le revenu minimal nécessaire dont vous aurez besoin en cas d'arrêt de travail et la couverture de vos charges (certains/es préfèrent provisionner une année de charges de cabinet par exemple plutôt que d'assurer ce montant sans fin via leur prévoyance). Cette prévoyance peut être à réévaluer régulièrement si vous créez une activité et que vos revenus sont amenés à évoluer sur plusieurs années.

Il n'y a pas une réponse unique et universelle pour toutes les installations. Je recommande donc de mettre son nez régulièrement dans ces sujets que nous connaissons malheureusement trop peu, vous ne retiendrez sans doute pas toutes les informations dès votre premier contrat de prévoyance.

Enfin, quelle que soit l'installation, le *burn-out* guette les métiers à responsabilité, chronophages et émotionnellement prenants ; chercher le moyen de vous vider la tête voire de trouver des groupes d'échange de pratique peut vous permettre de vivre votre métier de façon heureuse sans vous retrouver seul/e dans votre exercice.

A ce sujet, j'ai plaisir d'avoir intégré des associations constituées ou en cours de constitution telles que l'association des urologues féminines et Jeunes Médecins (qui concernent aussi bien de jeunes installés que de jeunes praticiens hospitaliers), dont les partages d'expérience ont à la fois enrichi mes connaissances et également répondu à la plupart de mes interrogations.

Blandine TAMARELLE



Deux tiers des chirurgiens urologues Français ont fait le choix d'exercer en libéral et près de 30 % des praticiens hospitaliers urologues ont ouvert un secteur libéral statutaire. Ainsi près de 3/4 des chirurgiens urologues français sont confrontés aux réalités de la gestion d'une entreprise libérale. De façon synthétique, nous abordons quelques pistes de réflexions et de conseils qui peuvent vous être utiles.

Les questions à se poser avant de s'installer

Voulez-vous exercer seul ou en équipe ? Voulez-vous continuer la recherche ou l'enseignement ? Voulez-vous prélever et greffer ? Dans quelle région souhaitez-vous exercer ? Avec qui ? Quel est l'avis de votre famille, votre conjoint, vos amis ?

Profitez de votre formation pour rencontrer des collègues, envisager la suite, et débiter vos recherches d'installation à ce moment-là.

N'attendez pas le dernier moment de façon à avoir le choix.

Une installation en libéral c'est un double mariage : avec des associés et avec un établissement. Certaines décisions vous engageront pour la vie ou presque... À ce propos, si vous souhaitez vous marier, n'oubliez pas de rédiger un contrat de mariage en séparation de biens pour que réussites ou échecs vous soient attribués. Trop de collègues ont vu leur vie professionnelle brisée par un divorce ou leur famille impactée par des dettes professionnelles.

Ainsi, professionnellement, vous aurez au moins deux contrats à signer qui vous engageront réciproquement avec vos associés et avec la clinique. Faites-vous conseiller pour les relire, les comprendre et les modifier autant que de besoin. Le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) peut vous aider pour cela.

L'idéal est de pouvoir remplacer les futurs associés pour apprivoiser leur fonctionnement. Là aussi, il faudra signer un contrat de remplacement où vous ferez particulièrement attention à la clause de non réinstallation.

[Article R.4127-86 du CSP](#) : « un médecin ou un étudiant qui a remplacé un de ses



Nathalie BERROGAIN
Membre du CA
du SNCUF



Didier LEGEAIS
Président
du SNCUF

Carrière libérale en urologie en pratique

confrères pendant trois mois, consécutifs ou non, ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où il puisse entrer en concurrence directe avec le médecin remplacé et avec les médecins, qui, le cas échéant, exercent en association avec ce dernier, à moins qu'il n'y ait entre les intéressés un accord qui doit être notifié au Conseil départemental. A défaut d'accord entre tous les intéressés, l'installation est soumise à l'autorisation du Conseil départemental de l'Ordre ».

Lorsque vous avez fait votre choix

En règle générale, l'installation en urologie se fait en cabinet de groupe utilisant un plateau technique au sein d'une clinique.

Il est nécessaire de rencontrer vos futurs collègues, président de CME, médecins correspondants et directeur d'établissement.

Si vous rejoignez un groupe, l'organisation et la structure du groupe sont importantes à connaître.

Il faut vous assurer que les règles établies vous conviennent.

D'autre part, le fait de s'installer en libéral correspond à créer « son entreprise », pour la développer, il est important de connaître vos correspondants et de développer votre réseau.

Vous pouvez passer une annonce dans la presse locale (le dimanche) en suivant le modèle du CDOM, pour éviter toute publicité.

En dehors des démarches obligatoires, prenez l'avis d'un avocat ou d'un expert-comptable ayant une expertise de la profession médicale, il saura vous accompagner dans le choix de votre structure juridique et fiscale : nom propre, Société d'Exercice Libéral, Société Civile de Moyen, Société Civile Professionnelle, Société Civile Immobilière, etc.

Il évaluera aussi les charges à payer les premières années d'installation. Retenez que globalement votre revenu net hors prêt d'installation et hors impôts est de 50 % du chiffre d'affaires réalisé. Votre pouvoir d'achat est proche de 30-35 % *in fine*.

Que vous ouvriez un secteur libéral statutaire ou que vous vous installiez en libéral, il est important de faire un prévisionnel d'activité et de chiffre d'affaires.

Les démarches obligatoires sont, dans l'ordre :

1. Inscription auprès du CDOM du département où vous allez exercer.
2. Valider les contrats d'exercice, signature concomitante pour le contrat avec la clinique et les associés. Vérifier la conformité des périodes d'essai, des possibilités de dénonciation du contrat.
3. Ouvrir un compte en banque pour pouvoir déposer des RIB.
4. Prendre rendez-vous avec la CPAM sur le site de l'Assurance Maladie, pour choisir votre secteur d'exercice : secteur conventionné sans dépassement (Secteur I), secteur à honoraires différents (Secteur II), avec ou sans option conventionnelle « OPTAM-CO », hors convention (Secteur III). Tout choix est définitif sauf pour les PH et pour l'OPTAM qui sont, pour le moment, réversibles. Il faut en discuter avec vos futurs associés pour que votre secteur soit compatible avec le leur.

Conseils du syndicat : privilégier le secteur II, la liberté tarifaire permet la liberté d'exercice, et la liberté d'être.

Vous choisirez aussi votre régime d'assurance maladie personnel, nous vous conseillons la SSI (Sécurité Sociale des Indépendants). Vous remettrez votre RIB pour les tiers-payants (obligatoire pour les AME, ACS, CMU-C, ALD 100 %).

5. Choisir un Comptable pour vous aider à réaliser les démarches d'inscription auprès de l'URSSAF (dans les 8 jours), et de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français (CARMF, dans le mois) puis vous accompagner pour la gestion de votre activité.
6. Souscrire une assurance Responsabilité Civile Professionnelle (obligatoire, pour vous et pour votre société d'exercice).
7. Souscrire des assurances facultatives mais indispensables :
 - prévoyance en cas de maladie ou d'accident : privilégier des contrats avec des calculs d'invalidité selon un barème professionnel et non le barème sécurité sociale. Bien vérifier les exclusions, en particulier sportives (plongée, ski hors-piste, parapente, etc.) ;
 - perte d'exploitation ;
 - complémentaire santé (prendre un contrat couvrant les hospitalisations à 100 %) ;
 - assurance accident de travail, maladie professionnelle pour couvrir les dépenses de santé ;
 - cyber-assurance pour les attaques informatiques ;
 - assurances croisées avec les associés.

Une installation réussie, est une installation réfléchie.

Le syndicat peut vous conseiller si vous avez des questions concernant votre contrat d'association, contrat avec la clinique et sur la forme juridique à privilégier en fonction de votre lieu d'exercice.

N'hésitez pas à nous joindre pour toute question concernant une installation libérale ou l'ouverture d'un secteur libéral hospitalier.

Nathalie BERROGAIN, Didier LEGEAIS

Syndicat National des Chirurgiens Urologues Français : sncuf@sncuf.org
 Nathalie Berrogain : 06 03 69 82 17 • Didier Legeais : 06 85 21 79 95

Titres donnant accès au secteur à honoraires différents

Peuvent demander à être autorisés à pratiquer des honoraires différents, les médecins qui, à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente convention, s'installent pour la **première fois en exercice libéral** dans le cadre de la spécialité qu'ils souhaitent exercer et sont **titulaires des titres énumérés** ci-après, acquis en France dans les établissements publics de santé ou au sein de la Faculté libre de médecine de Lille. Les titres hospitaliers publics sont :

- **ancien chef de clinique des universités** - assistant des hôpitaux dont le statut relève du décret n° 84-135 du 24 février 1984 ;
- **ancien chef de clinique des universités de médecine générale** dont le statut relève du décret n°2008-744 du 28 juillet 2008 ;
- **ancien assistant des hôpitaux** dont le statut est régi par les articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique ;
- **médecin des armées** dont le titre relève du chapitre 2 du décret n° 2008-933 du 12 septembre 2008 portant statut particulier des praticiens des armées ;
- **praticien hospitalier nommé à titre permanent** dont le statut relève des articles R. 6152-1 et suivants du code de la santé publique ;
- **praticien des hôpitaux à temps partiel comptant au minimum cinq années d'exercice** dans ces fonctions et dont le statut relève des articles R. 6152-201 et suivants du code de la santé publique.

Partenaire

Avec près de 10 500 collaborateurs dans le monde, nous imaginons et développons des solutions novatrices contribuant au mieux-être de tous, de la santé à la beauté. Nous le faisons avec les professionnels de santé, nos partenaires de confiance depuis toujours ; en puisant dans la nature une source perpétuelle d'inspiration: en plaçant l'éthique pharmaceutique au cœur de notre action. Nous concentrons nos activités de recherche et de fabrication dans le Sud-Ouest de la France où sont nos racines. Nous sommes fiers d'appartenir à une fondation d'utilité publique, la Fondation Pierre Fabre, qui se consacre à l'amélioration de l'accès aux soins et aux médicaments de qualité dans les pays les moins favorisés.

Prenons soin de vivre mieux



Pierre Fabre
Médicament

naturactive
LABORATOIRES PIERRE FABRE

DUCRAY
LABORATOIRES DERMATOLOGIQUES

Pierre Fabre
HEALTHCARE

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

A-DERMA
LABORATOIRES DERMATOLOGIQUES VEGETAL

Pierre Fabre
ORAL CARE

EAU THERMALE
Avène

FURTERER
PARIS

LABORATOIRES
KLORANE
L'ÂME BOTANIQUE

Pierre Fabre
Prenons soin de vivre mieux



Dossier
préparé par
Priscilla LEON

Points SIGAPS : financement de la recherche clinique et publications en urologie

Le projet SIGAPS

Le projet SIGAPS (Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques) a pour objectif le recensement des publications scientifiques issues d'un établissement de Santé ayant des activités de recherche médicale. Xavier Bertrand, alors Ministre de la Santé, avait confié en mai 2006 ce projet au CHRU de Lille.

À partir d'une liste de chercheurs affiliés à un établissement, le logiciel interroge le serveur PubMed et télécharge leurs références bibliographiques. Elles doivent régulièrement être validées par les chercheurs eux-mêmes. Le logiciel permet aussi l'analyse des données collectées pour les transformer en points SIGAPS. Ils sont utilisés par le Ministère de la Santé pour définir une partie de l'enveloppe budgétaire des établissements.

Fonctionnement des points SIGAPS avant mai 2021

Intéressons-nous aux principes de calcul du score SIGAPS d'une publication d'un chercheur. La qualité de la publication est définie en fonction des facteurs d'impact (Impact Factor) des journaux de la même spécialité : A si le journal fait

partie du top 10 %, B s'il reste dans le premier quart, C s'il reste dans la première moitié, etc.

Chaque catégorie est affectée d'une pondération :

- 8 points pour les revues A ;
- 6 points pour les revues B ;
- 4 points pour les revues C ;
- 3 points pour les revues D ;
- 2 points pour les revues E ;
- 1 point pour les revues NC.

Ces points sont multipliés par un coefficient selon la participation du chercheur, c'est-à-dire sa position dans la liste des auteurs :

- 4 pour premier et dernier ;
- 3 pour second et avant-dernier ;
- 2 pour troisième ;
- 1 point pour les autres positions.

Le score SIGAPS varie donc de 1 à 32 par publication. Ce score peut être calculé pour un auteur ou pour un établissement. Cependant, si une publication contient plusieurs auteurs du même établissement, elle n'est comptabilisée qu'une seule fois, le score retenu est celui de l'auteur le mieux placé.

Le score SIGAPS peut être utilisé pour l'avancement de carrière des praticiens

hospitalo-universitaires, avec un seuil de 200 ou 400 points fixé aux candidats MCU-PH et PU-PH respectivement.

La valeur du point SIGAPS est réévaluée régulièrement.

Nouveau fonctionnement des points SIGAPS depuis mai 2021 : comprendre le compte fractionnaire

Le score SIGAPS prend toujours en compte des pondérations pour :

- la catégorie de la revue, impact factor pondéré par discipline, avec l'ajout d'une catégorie A+ pour les revues : *The Lancet, Nature, Science, NEJM, JAMA* et *BMJ*.

Catégories de la revue

- Catégorie A+14 pts
- Catégorie A8 pts
- Catégorie B6 pts
- Catégorie C4 pts
- Catégorie D3 pts
- Catégorie E2 pts
- Catégorie NC (*non classée*) ...1 pt

- ET la position de l'auteur, avec la suppression de la prise en compte de la position d'investigateur.

Coefficients de position

- 1^{er} auteur4 pts
- Dernier auteur4 pts
- 2^e auteur3 pts
- Avant-dernier auteur (*si applicable*)3 pts
- 3^e auteur2 pts
- Autre position1 pt

Calcul du score SIGAPS par publication avant mai 2021

Rang de l'auteur	→ X ←	Catégorie de la publication (impact factor)
→ 1 ^{er} auteur4 pts		→ Catégorie A8 pts
→ Dernier auteur4 pts		→ Catégorie B6 pts
→ 2 ^e auteur3 pts		→ Catégorie C4 pts
→ Avant-dernier auteur (<i>si applicable</i>)3 pts		→ Catégorie D3 pts
→ 3 ^e auteur2 pts		→ Catégorie E2 pts
→ Autre position1 pt		→ Catégorie NC (<i>non classée</i>) ...1 pt
→ Liste d'investigateurs1 pt		

Exemple :

Publication en tant que 2^e auteur dans une revue de catégorie A : 3 x 8 = 24 points

Mise en œuvre du compte fractionnaire : Il induit que chaque publication a un

nombre de points défini quel que soit le nombre d'auteurs. Ainsi, avec le compte fractionnaire une publication vaut 1 point, soit pour chacun des 10 auteurs qui la composeraient 1/10 point. Cependant, pour SIGAPS, le compte fractionnaire est pondéré en fonction de la catégorie de la revue et de la position des auteurs. Donc, une publication dans une revue de catégorie A vaudra toujours 8 points et la répartition de ces 8 points se fera entre les auteurs selon leurs positions (cf. tableau ci-contre). Ce qui donne pour une publication dans une revue de catégorie A avec 6 auteurs : 4/17 des 8 points pour le 1^{er} et le dernier auteur. Enfin, le score de l'établissement ne dépend plus de la meilleure position d'auteur mais de l'ensemble des scores des auteurs de l'établissement.

Comparons avec un exemple de publication : *Pangenomic Classification of Tumors*, Cancer Cell, 2019 de Dupont A, Martin D, Chang Y, Johnson D, Taylor C et Durand M.

En sachant que les médecins Dupont A, Martin D et Durand M travaillent dans un établissement A et que la revue Cancer Cell est de catégorie A en 2019.

Ancien calcul du score

- Score de Dupont A : $4 \times 8 = 32$ pts ;
- Score de Martin D : $3 \times 8 = 24$ pts ;
- Score de Durand M : $4 \times 8 = 32$ pts ;
- Score de l'établissement A : $4 \times 8 = 32$ pts (score de l'auteur le mieux placé) ;
- Score total de la publication (total des scores des auteurs) : 136 pts.

Nouveau calcul du score

- Score de Dupont A : $4/17 \times 8 = 1,88$ pts ;
- Score de Martin D : $3/17 \times 8 = 1,41$ pts ;
- Score de Durand M : $4/17 \times 8 = 1,88$ pts ;
- Score de l'établissement A : $1,88 + 1,41 + 1,88 = 5,17$ pts (somme des scores des auteurs rattachés à l'établissement) ;
- Score total de la publication (total des scores des auteurs) : 8 pts.

Les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation : MERRI

Les MERRI constituent la principale recette des établissements de santé en matière de recherche clinique. Il s'agit

Nombre d'auteurs	Positions des auteurs						Somme
	1	2	3	k	ADA	DA	
1	4						4
2	4					4	8
3	4	3				4	11
4	4	3	2			4	13
5	4	3	2	1	1	4	15
6	4	3	2	1	3	4	17
7	4	3	2	2	3	4	18
8	4	3	2	3	3	4	19
9	4	3	2	4	3	4	20
10	4	3	2	5	3	4	21

k = autre position ; ADA = avant-dernier auteur ; DA = dernier auteur

d'une **dotation nationale**. Cette dotation fait partie du financement des MIGAC (missions d'intérêt général d'aide à la contractualisation). Si ce modèle de financement est en constante évolution, il est désormais quasi exclusivement basé sur l'activité scientifique des établissements.

Lorsque votre centre est éligible aux crédits MERRI, votre direction saisit **2 fois par an** les données relatives à votre activité scientifique SIGAPS. Les données sont exportées vers le serveur national via un fichier XML contenant les informations suivantes :

- l'identification de l'établissement ;
- le détail des équipes de recherche ;
- le détail des chercheurs : nom, prénom, identifiant SIGAPS, grade et section CNU le cas échéant ;
- la liste des articles publiés par les médecins du centre, validés avec : le PMID (*pubMed identifier*), l'ISSN (*international standard serial number*), le NLMid (*National Library of Médecin identifier*), l'année de publication, la liste des auteurs de l'établissement ayant participé à cet article ainsi que le niveau de validation pour chaque article et chaque auteur. Comme expliqué plus haut, la revue scientifique dans laquelle la publication est réalisée est classée dans une catégorie. Cette dernière a un impact important sur le calcul du score SIGAPS. Elle dépend de son *Impact Factor*, un

indice calculé à partir du nombre moyen de citations de chaque article publié dans cette revue au cours des 2 années précédentes. Autre élément essentiel, le rang de l'auteur. Seuls sont pris en compte les éditoriaux, articles et revues. Le score SIGAPS d'une publication est calculé pour une période de 4 ans.

Score SIGREC : système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques

Sont concernés les essais entrant dans le champ des recherches biomédicales ou les recherches visant à évaluer les soins courants, que la promotion soit industrielle, institutionnelle, académique « autres » (associations, groupes coopérateurs, etc.). L'indicateur possède 3 composantes :

- le score **essai clinique** (l'établissement promoteur est valorisé pour sa promotion de l'essai clinique) ;
- le score **inclusion promoteur** (l'établissement promoteur est valorisé pour toute inclusion dans les différents centres) ;
- le score **inclusion investigateur** (l'établissement investigateur qui inclut un patient est valorisé).

Différentes pondérations sont appliquées dans le calcul de ces scores. Le score SIGREC est calculé pour une période de 3 ans.

Faire de la recherche, publier... Nous l'avons tous fait quand nous étions internes et chacun a ses raisons de poursuivre ou non au fil de sa carrière. En revanche quand il y a publications, peu

de personnes comprennent son financement... Nous avons donc demandé à Hélène Charbonneau (présidente du CRC à la clinique Pasteur de Toulouse) et Vincent Misrai (urologue) de nous aider à y

voir plus clair, notamment en nous présentant leur expérience à la Clinique Pasteur de Toulouse.

Priscilla LEON

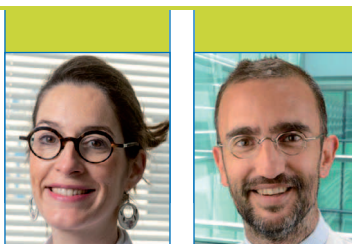
La recherche clinique connaît un engouement presque frénétique depuis quelques années. Cette frénésie est parfaitement illustrée par la production scientifique gigantesque sur la COVID-19 avec plus de 160 000 publications référencées sur Pubmed et plus de 6 000 études recensées sur le site clinicaltrials.gov depuis le début de la pandémie.

Cette activité de recherche, à laquelle de nombreux lecteurs d'UROjonction participent sur la thématique de l'urologie, est valorisée à l'activité, comme les soins. Cette valorisation et son utilisation sont souvent obscures et font couler beaucoup d'encre comme en témoigne ce récent article « *L'effet SIGAPS : la recherche médicale française sous l'emprise de l'évaluation comptable* » (note de recherche effectuée par Yves Gingras et Mahdi Khekfaoui, version condensée publiée par Mediapart, accessible sur <https://blogs.mediapart.fr/edition/au-coeur-de-la-recherche/article/150721/l-effet-sigaps-la-recherche-medicale-francaise-sous-l-emprise-de-l-évaluation>), ce d'autant qu'elle fait actuellement l'objet d'une réforme. Nous allons tenter ici de clarifier ce système.

Montants et mode d'attribution des MERRI

En France, le développement de l'activité de recherche et d'enseignement, émanant de structures publiques mais également de structures privées, est soutenu par une enveloppe budgétaire appelée missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation ou MERRI dont le montant est réévalué tous les ans.

La part appelée « modulable » (correspondant à 50 % de l'enveloppe MERRI) était de 1,1 milliards en 2008. Cette part modulable est aujourd'hui appelée



Hélène CHARBONNEAU

Vincent MISRAI

« MERRI » à tout prix !

« dotation socle » dont le montant a progressivement augmenté passant de 1,5 milliards en 2016 à 1,7 milliards d'euros pour l'année 2021.

C'est dans cette part modulable que fut intégré dès 2007 le financement fondé sur les données générées par le système SIGAPS.

Ce logiciel permet le recensement et l'analyse instantanée des publications à l'échelon d'un individu, d'un service, d'un pôle, d'un établissement ou d'un groupe d'établissements et, bien sûr, à l'échelon national pour une période donnée. Il donne également le détail des revues et fournit à l'utilisateur une bibliographie conforme aux normes de Vancouver. Enfin, il permet d'automatiser l'analyse de l'évolution de la production scientifique au cours du temps pour mieux connaître l'environnement de recherche de l'établissement (collaborations locales, nationales ou internationales).

Avril 2021 : la réforme des MERRI ou « réforme de la dotation socle »

Depuis 2018, un groupe d'experts scientifiques et techniques a travaillé afin de proposer des pistes d'évolution du modèle de la dotation socle MERRI pour

qu'il réponde au mieux aux objectifs des efforts de la recherche ; 18 propositions ont été émises avec un double objectif :

1. soutenir la recherche d'excellence ;
2. accompagner la recherche là où elle est réalisée. La répartition budgétaire de cette dotation socle MERRI n'a pas vraiment changé depuis sa création (61 % publications (SIGAPS) ; 15 % recherche-inclusion (SIGREC), 24 % enseignement) mais bénéficie d'un abondement de 50 millions d'euros grâce au Ségur de la Santé.

Les 18 propositions sont résumées ci-après.

- 1. Entité :** définir l'entité au niveau des groupes hospitaliers des assistances publiques, des établissements de santé effectivement fusionnés et des établissements de santé qui restent distincts mais disposant d'une direction de la recherche et de l'innovation commune (organigramme et stratégie communs).
- 2. Seuil d'accès à la dotation socle :** modifier le seuil à la médiane sur 4 ans du nombre de publications sur toutes les entités ayant exportés des données sur les 4 dernières années.
- 3. Lisibilité des dotations :** séparer la dotation socle en deux enveloppes dédiées (enseignement d'une part, recherche et innovation d'autre part).
- 4. Poids des indicateurs :** conserver les poids respectifs des deux indicateurs « inclusions ».
- 5. Périmètre des revues :** conserver le périmètre actuel pour les revues entrant dans le calcul du score Publications.

6. Catégories de revue : modifier l'algorithme de calcul des catégories de revues en prenant la meilleure des catégories et non la moyenne pondérée par le poids des disciplines.

7. Catégories de revue : intégrer le JCR SSCI au calcul des catégories de revues.

8. Coefficient des catégories de revues : créer une catégorie A+ contenant 6 revues (The Lancet, Nature, Science, NEJM, JAMA et BMJ) avec un coefficient à 14.

9. Positions d'auteurs : supprimer la prise en compte des listes d'investigateurs.

10. Calcul du score Publications : modifier la règle de calcul du score Publications en utilisant le compte fractionnaire pondéré par les positions d'auteurs et les catégories de revues.

11. Doublons : établir que, dans les cas de doublons, la validation dans un établissement de santé soit conditionnée à la mention de cet établissement de santé dans la signature de la publication.

12. Doublons : mettre en place des contrôles de rattachement effectif à l'établissement de santé identifié pour les plus grands publiants.

13. Annuaire : expliciter et diffuser largement les règles de constitution des annuaires.

14. Transfert : prendre en compte les publications d'un chercheur sur une année de transfert uniquement pour le score Publications de l'établissement de départ.

15. Scores Recherches : prendre en compte 3 efforts de recherche différents par ordre croissant avec un doublement à chaque passage entre deux catégories de recherche.

16. Scores Recherches : élargir les phases I/II aux dispositifs et aux nouvelles technologies (par exemple nanotechnologies).

17. Scores Recherches : ne pas ajouter de valorisation liée à la fin d'une recherche.

18. Scores Recherches/Inclusions : modifier la fonction définissant les scores Inclusions avec des seuils relatifs, spécifiques à chaque type de recherche, au-delà desquels la valeur d'une inclusion supplémentaire diminuerait plus fortement.

Un des points majeurs de cette réforme est le critère d'accès au financement de ces 3 enveloppes. En effet, les modalités d'accès sont profondément modifiées. L'enveloppe unique nationale disposait d'un accès fixe et financier de 250 000 €. Désormais, chaque enveloppe dispose de ses propres seuils. Pour la partie publications, un seuil d'accès relatif en nombre de publications est mis en place au 62,5 percentile. Pour l'année 2021, les établissements de santé avec moins de 102 publications sur 4 ans ne seront pas bénéficiaires de ces crédits. Pour la dernière enveloppe recherches-inclusions, le seuil d'accès est au 75 percentile et pour le volet enseignement, les établissements de santé sont bénéficiaires dès l'émargement au premier étudiant. Selon les simulations pour 2021 du ministère, le premier établissement bénéficiaire au 75 percentile perçoit 35 711 € sur cette enveloppe.

Parmi les 18 propositions, 8 ont été validées en avril 2021 et prendront effet cette année avec notamment la modification de l'algorithme de calcul des catégories de revue ; la création d'une catégorie A+ pour six revues (dont le NEJM, le Lancet et le BMJ) ; la modification du calcul des coefficients des auteurs par un compte fractionnaire (l'indice est déjà pris en compte sur la plateforme SIGAPS), et la modification de la pondération des scores recherche inclusion en fonction de la phase de l'essai clinique, de la ca-

tégorie de l'étude, du caractère mono-ou multicentrique. Cinq propositions sont encore à l'étude : définition d'une entité de recherche (1) ; gestion des doublons (11) ; constitution des annuaires (12) ; procédure de contrôle (13) ; périmètre des scores recherches-inclusions (16).

Vous vous en doutez, cette réforme fait déjà du bruit car les nouveaux critères d'éligibilité aux points SIGAPS et SIGREC pénaliseraient sévèrement les centres hospitaliers régionaux : « Le ministère anticipe que 57 % des CHG actuellement éligibles aux MERRI vont voir leur dotation diminuée ou supprimée limitant potentiellement leur accès à l'innovation ». Il est aussi mis en avant le risque de voir disparaître les collaborations entre établissements à cause de la modification des scores de publications et la création du compte fractionnaire qui favoriseraient plutôt les études monocentriques que multicentriques.

L'utilisation de l'enveloppe MERRI : de la clinique au GCS !

Fédérer d'abord localement !

En 2014, un Comité de Recherche Clinique (CRC) est créé à la clinique Pasteur afin de structurer et promouvoir la recherche au sein de l'établissement et gérer des montants conséquents. Ce comité est aujourd'hui composé de 14 praticiens impliqués dans la recherche clinique, d'une ARC, d'un pharmacien responsable des essais cliniques et du responsable qualité de l'établissement. Le CRC se réunit tous les mois afin de dynamiser les projets en cours et en initier d'autres. Aucun médecin ne reçoit d'argent à titre individuel et l'utilisation des montants est exclusivement destinée à la recherche clinique. Tous les groupes de spécialités reversent chaque année au CRC une somme fixe, permettant de soutenir, année après année, de nouveaux projets. Ainsi, le CRC a lancé un appel à projets au sein de l'établissement en offrant aux médecins, pharmaciens, infirmiers, aides-soignants, diététiciens, brancardiers, administratifs, la possibilité de concrétiser leurs idées. Une bourse de 50 000 euros

a permis de soutenir 5 dossiers parmi plusieurs dizaines déposés. Depuis 2020, la structuration de la recherche se poursuit en partenariat avec une société de conseil qui apporte aux médecins un soutien méthodologique, de la conception à la publication, afin d'améliorer la pertinence des projets de recherche.

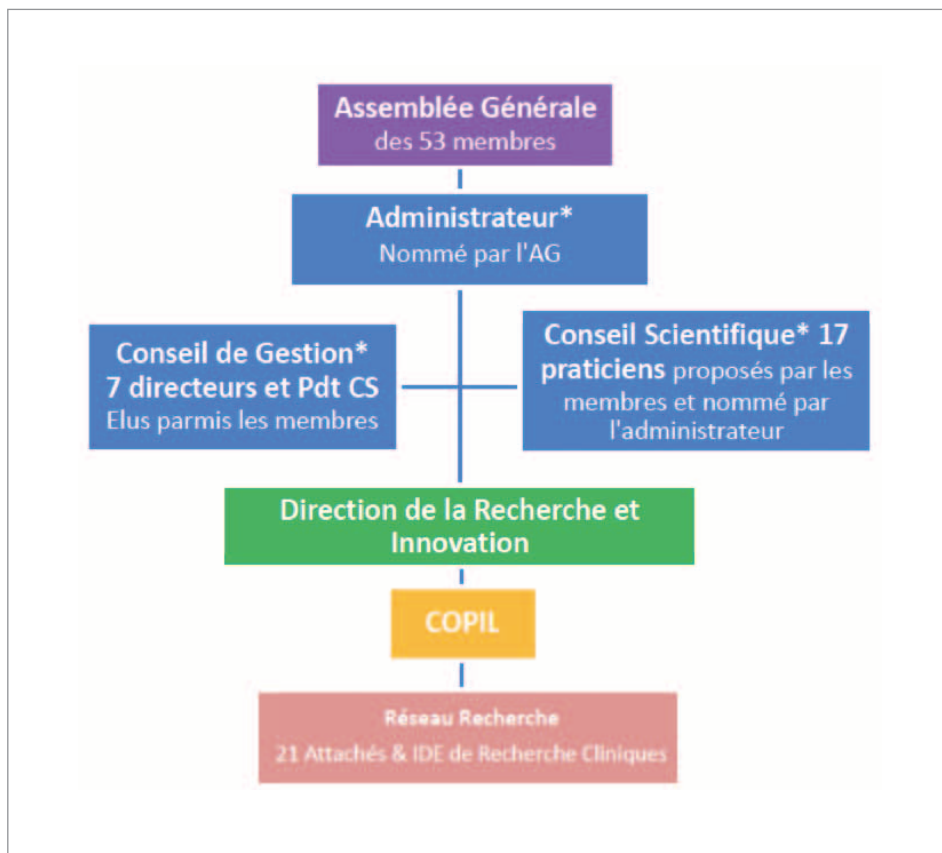
Ensemble, plus forts !

Les seuils d'attribution de l'enveloppe MERRI évoluant, se regrouper est devenu une nécessité. La clinique Pasteur est membre du premier groupe coopératif composé de 25 cliniques indépendantes françaises. Créé en 2012 sous l'impulsion de Dominique Pon, directeur de la clinique Pasteur, Santé Cité fait le pari en 2017 de fédérer la recherche clinique et l'innovation de ses établissements en créant un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS). Pari tenu ! Il est nommé SCERI (SantéCité Enseignement-Recherche-Innovation), composé de 53 membres, d'un administrateur, d'un conseil de gestion (7 directeurs et président élu parmi les membres) et un conseil scientifique (17 praticiens nommés par l'administrateur).

Le montant de l'enveloppe MERRI reçue annuellement par le GCS SCERI est quasi intégralement reversé aux établissements, au prorata de leur production respective. Le GCS SCERI ne prélève qu'une redevance de fonctionnement minimale sur l'enveloppe globale, afin de permettre à chacune des équipes médicales de financer et développer pleinement leur propre recherche.

La clinique Pasteur représente à elle seule plus d'un cinquième du montant MERRI parmi les 25 établissements du GCS SCERI. Elle participe aux orientations du conseil scientifique en tant que membre de ce conseil. Ces principales orientations sont :

- la valorisation et la communication des actions du GCS auprès des tutelles ;
- le soutien des membres dans la mise en place de la recherche clinique, la publication et la promotion d'essais cliniques ;



Organisation et gouvernance du GCS SCERI.

- favoriser la transversalité de la recherche en soutenant la communication entre les différents établissements.

Aux futurs jeunes installés, les CRC germent dans de nombreux établissements

de santé. Alors, s'initier ou continuer à faire de la recherche clinique en activité libérale est possible ! Les CRC n'attendent que vos idées !

Hélène CHARBONNEAU,
Vincent MISRAI





Stéphane DROUPY
Président
du CERU

Concilier éthique et recherche : la mission du Comité d'éthique de la recherche en urologie (CERU)

Le cadre législatif encadrant la recherche clinique impliquant la personne humaine a été modifié en novembre 2016 par la loi Jardé dont le décret d'application a été publié le 16 novembre 2016 (Décret n°2016-1537).

Antérieurement, la loi distinguait la recherche biomédicale interventionnelle (sur les produits de santé, hors produits de santé et soins courants) et la recherche non interventionnelle (rétros-

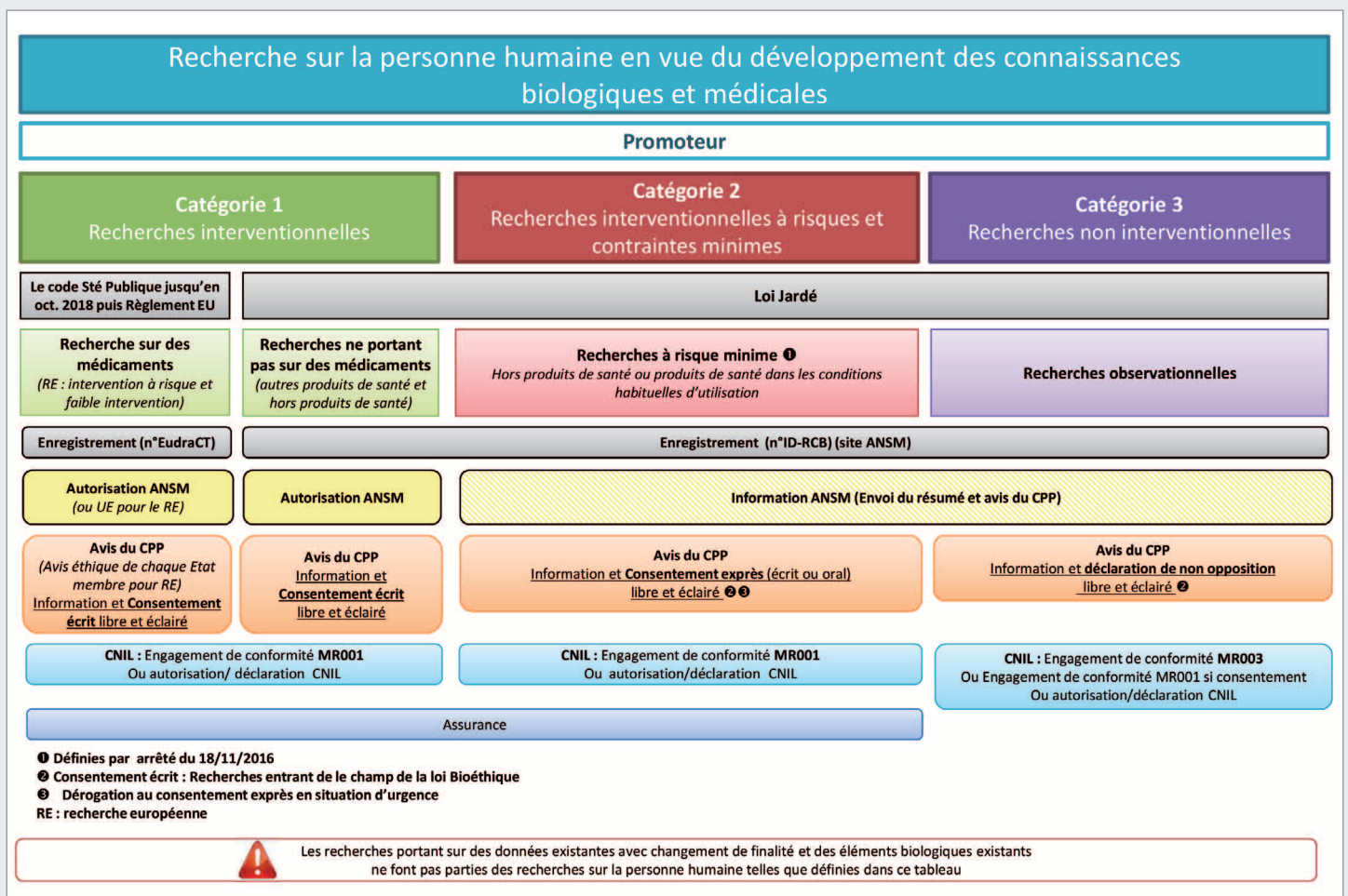
pective sur les données, prospective sur l'être humain et sur les collections biologiques).

La loi Jardé distingue aujourd'hui 3 catégories et définit les obligations réglementaires spécifiques à chaque catégorie :

- **CATÉGORIE 1** : Les recherches interventionnelles qui comportent une intervention sur la personne non justifiée par sa prise en charge habituelle ;

- **CATÉGORIE 2** : Les recherches interventionnelles qui ne comportent que des risques et des contraintes minimales (liste fixée par arrêté du ministre de la santé et après avis du directeur de l'ANSM) ;

- **CATÉGORIE 3** : Les recherches non interventionnelles dans lesquelles tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle, sans procédure supplémentaire ou inhabituelle de diagnostic, de traitement ou de surveillance.



Démarches réglementaires en fonction du projet (source : Inserm)

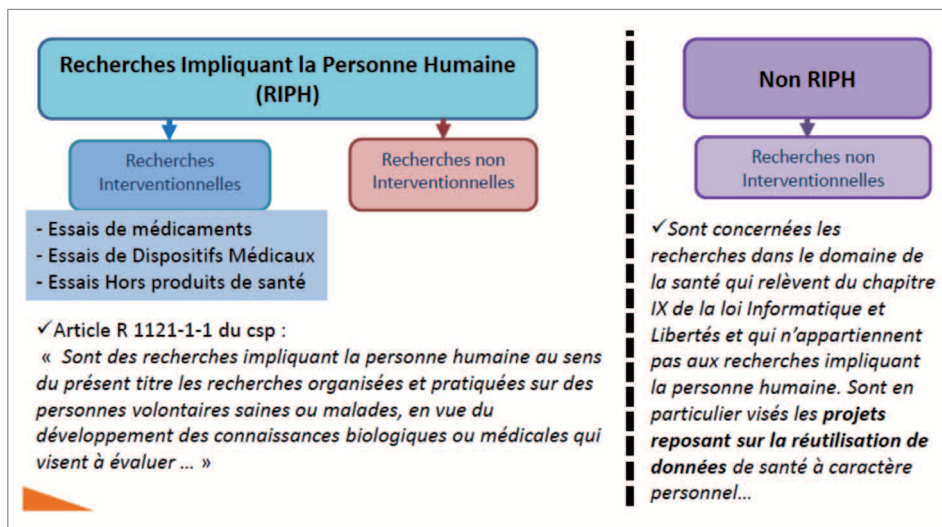
L'avis d'un Comité de protection des personnes, de la CNIL et parfois de l'ANSM est nécessaire pour ces 3 catégories. En plus de ces obligations réglementaires françaises, l'enregistrement des essais cliniques est non seulement une obligation scientifique, éthique et morale, mais aussi un prérequis afin de pouvoir être considéré par les revues médicales. La déclaration d'Helsinki indique que « toute recherche impliquant des êtres humains doit être enregistrée dans une banque de données accessible au public avant que ne soit recrutée la première personne impliquée dans la recherche ». Cela permet de suivre les éventuelles modifications du protocole. Le défaut d'enregistrement dans ClinicalTrials.gov constitue une violation des exigences réglementaires des USA.

Certaines recherches n'impliquant pas la personne humaine (RNIPH) sont considérées hors du champ de la loi Jardé. Ce sont :

- les enquêtes de satisfaction auprès des patients ;
- les expérimentations en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé ;
- les évaluations des modalités d'exercice des professionnels de santé ou des pratiques d'enseignement ;
- les études sur données ou prélèvements biologiques déjà recueillis hors étude génétique.

Ces recherches sont conduites à partir de données déjà collectées dans le cadre du soin ou lors d'une recherche antérieure (données rétrospectives) et/ou portent sur des données collectées dans le cadre du soin, au fil de l'eau ou collectées spécifiquement pour la recherche sans répondre au développement des connaissances biologiques ou médicales (données prospectives).

La recherche non interventionnelle rétrospective, c'est-à-dire portant sur des données existantes avec ou non changement de finalité et/ou des éléments biologiques existants, sort donc du domaine de la recherche impliquant la personne humaine.



CSP n° 2012-300 du 05/03/2012 modifié par ordonnance n° 2016-800, décret d'application 2016-1537 du 16/11/2016

Pour ces recherches n'impliquant pas la personne humaine, les démarches réglementaires sont simplifiées. Un promoteur n'est pas nécessaire mais un responsable juridique de la recherche (personne physique ou morale) doit être identifié. Une soumission à l'ANSM n'est pas nécessaire. Pas de soumission au CPP mais une soumission à un comité d'éthique de la recherche est recommandée et souvent indispensable pour publier la recherche. En ce qui concerne l'information et le consentement des patients, il est obligatoire d'informer les personnes et d'obtenir leur « non opposition », sans obligation d'un consentement signé mais les données réglementaires doivent faire partie de la Notice d'Information Patient.

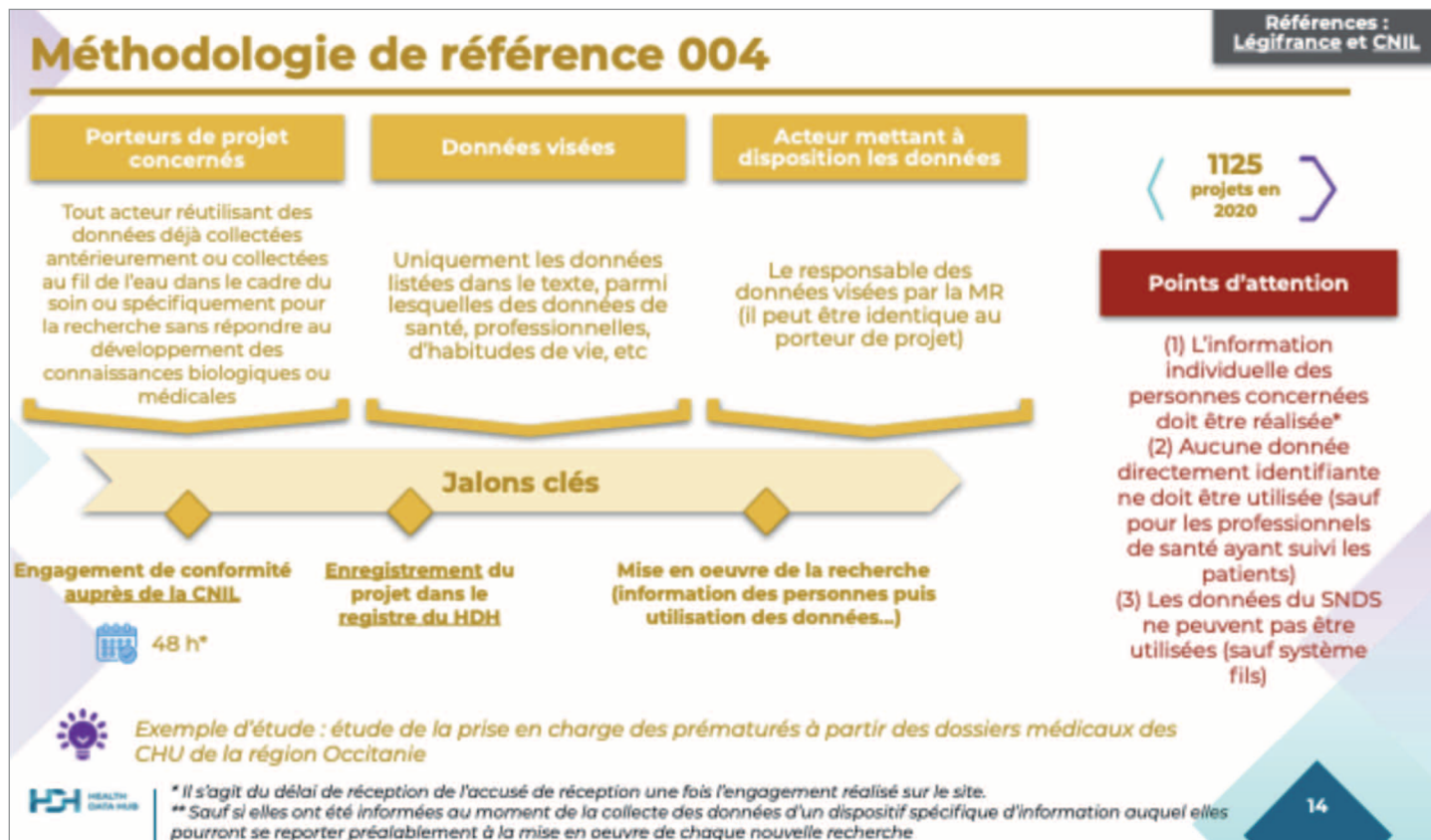
D'autre part, **la protection des données** est une obligation réglementaire quel que soit le type de recherche. « Constitue une donnée à caractère personnel toute information relative à une personne physique identifiée ou qui peut être identifiée, directement ou indirectement, par référence à un numéro d'identification ou à un ou plusieurs éléments qui lui sont propres. » Article 2 de la loi Informatique et Liberté. Les données doivent donc être anonymisées sans moyen de revenir au patient. Enfin, certaines données sont dites « sensibles » : informations concernant les opinions politiques, philosophiques

ou religieuses, l'appartenance syndicale, la santé ou la vie sexuelle. En principe, les données sensibles ne peuvent être recueillies et exploitées qu'avec le consentement explicite des personnes. (def. CNIL). La recherche biomédicale est encadrée par les dispositions du RGPD (règlement général sur la protection des données) et du chapitre IX de la loi Informatique et Libertés modifiée. La CNIL propose donc plusieurs méthodologies de références adaptées au cadre juridique en matière de données de santé.

Trois modalités d'accès aux données de santé pour la réalisation de recherches existent en France :

- la recherche interne n'impliquant aucune formalité auprès de la CNIL ;
- des procédures simplifiées ne nécessitant pas d'autorisation de la CNIL : elles peuvent être mobilisées dès lors que la recherche envisagée remplit un certain nombre de conditions fixées par les textes ;
- la procédure classique, si aucune des deux modalités précédentes n'est applicable : l'autorisation de la CNIL doit alors être obtenue après avis du comité d'expertise compétent.

La MR-004 est adaptée aux recherches n'impliquant pas la personne humaine et la demande doit être faite sur le *Health Data Hub*.



Ainsi, pour les études rétrospectives qui entrent dans le cadre de la RNIPH, aucune soumission à un Comité de protection des personnes n'est requise. Or, toute recherche est destinée à être publiée. La plupart des revues internationales exigent maintenant l'avis d'un Comité d'éthique de la recherche (*Institutional Review Board* ou IRB des anglo-saxons) en référence à la déclaration d'Helsinki, avec communication du numéro d'enregistrement de l'avis et parfois du courrier le communiquant. De tels Comités d'éthique de la recherche existent dans un grand nombre de centres hospitalo-universitaires mais ils sont difficilement accessibles aux urologues libéraux, parfois surchargés, ce qui retarde la délivrance d'un avis, et n'ont pas toujours la sensibilité et la connaissance des problématiques urologiques.

Parallèlement, l'analyse à des fins de publications de bases de données et/ou de registres impose d'obtenir l'avis favorable d'un Comité d'éthique de la recherche.

Il est donc apparu nécessaire à de nombreuses sociétés savantes de créer des Comités d'éthique de la recherche afin de faciliter l'obtention de ces avis.

L'AFU a ainsi créé, au sein du Comité d'éthique et de déontologie sous l'impulsion d'Eric Lechevallier, un Comité d'éthique de la recherche en urologie (CERU) pour faciliter la réalisation et la publication d'études rétrospectives, souvent réalisées dans le cadre de travaux réalisés pour des thèses, en particulier dans Progrès en Urologie.



Les membres du CERU sont désignés pour 3 ans par le Conseil d'Administration de l'AFU.

Il est composé de : Stéphane Droupy (Président), Paul Panayotopoulos (Secrétaire), Eric Lechevallier, Xavier Gamé, Thierry Piéchaud, Marc Géraud, Benjamin Pradère, Jacques Dedieu et Franck Bruyère.

Le CERU est réservé aux membres de l'AFU et de l'AFUF.

Le formulaire de demande d'avis est téléchargeable sur le site UroFrance et doit être adressé au Secrétaire ou au Président pour numérotation et anonymisation. Le CERU vérifie le caractère rétrospectif de l'étude, la déclaration à la CNIL et l'absence de transfert de données.

Le CERU rend son avis dans un délai de 45 jours.

Stéphane DROUPY



Matthieu
DURAND

Maîtriser son image numérique, dans le respect de la déontologie

Elle est définie comme suit : e-réputation, parfois appelée web-réputation, cyber-réputation, réputation numérique, sur le Web, sur Internet ou en ligne, est la réputation, l'opinion commune sur le Web d'une entité, personne morale ou physique, réelle ou imaginaire. Selon la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), elle est l'image numérique d'une personne sur Internet, entretenue par tout ce qui concerne cette personne et qui est mis en ligne sur les réseaux sociaux, les blogs ou les plateformes de partage de vidéos.

Nous sommes donc tous concernés à titre professionnel dès lors que nous avons une existence numérique (site, prise de rendez-vous en ligne, profil Facebook, LinkedIn, commentaires tierces de patients de confrères, etc.). Cela impactera nécessairement notre parcours que l'on soit salarié dans une institution ou à son compte en libéral. À noter, cependant, que l'exposition est par nature plus forte pour les libéraux que pour les médecins hospitaliers. Cela va sans dire, les médecins libéraux sont plus souvent (facilement) attaqués frontalement car ils ne bénéficient pas de la protection institutionnelle d'un établissement, hôpital ou clinique, qui fait office parfois de paratonnerre plus ou moins efficace pour les avis sur la toile.

En tant que praticien, quelle que soit l'attention que l'on veut y porter, il n'est à l'évidence pas envisageable d'imaginer pouvoir tout maîtriser sur ce que l'on dit de soi. C'est aujourd'hui une habitude commune de société (comme hier le bouche-à-oreille qui demeure tout autant d'ailleurs) avec laquelle nous devons tous vivre et exercer.

Est-ce un problème ? Ma foi, pas plus ou pas moins que le sujet de la réputation

L'e-réputation des médecins est un vaste sujet... très vaste ou un faux sujet ! C'est en tout cas une notion que nous avons tous à connaître. On en parle...

L'e-réputation (terme très à la mode) correspond à un champ très vaste puisqu'elle est structurellement composée de 3 segments :

- **l'image que l'on projette de soi** sur les espaces numériques (sa propre production, celle que l'on maîtrise) ;
- **l'image perçue** (comment cette production propre est interprétée) ;
- **l'image qui est non maîtrisée** : les citations de la part de confrères, patients, journalistes, etc.

tion tout court ne l'est. Le fait que ce soit numérique peut faire peur car c'est un univers moins historique et plus impalpable que celui des bruits de couloir et car (on le sait) la viralité y est démultipliée et sans frontière géographique, ni frontière entre vie personnelle et vie professionnelle. Néanmoins, il faut raisonner sereinement et considérer que si le sujet est vaste, pour autant, il peut être apprécié aussi comme un faux sujet pour plusieurs raisons.

Un faux sujet peut-être car au fond :

- Quel est le risque réel pour un médecin ?
- Existe-t-il des tripadvisors ou des The Fork de la médecine ?
- Si oui, sont-ils réellement utilisés ?
- Et même s'ils étaient utilisés, ont-ils une portée sur la perception extérieure (quelle est leur audience, leur influence, etc.) ?

Le vrai risque pour nous ne serait-il plutôt de s'en inquiéter plus que de raison ou de signer une assurance e-réputation (ça existe) et de payer pour un risque de sinistre dont la probabilité d'existence est faible, voire nulle, et dont l'impact serait limité ?

Comment donc surveiller son image numérique ? Il est recommandé par le Conseil de l'Ordre des Médecins de faire une veille régulière de son image sur la toile. En pratique, cela veut dire ce que tout un chacun imagine avec bon sens, il est utile de saisir son nom sur la barre de recherche Google régulièrement sans oublier de faire des saisis du type « Avis Dr Matthieu Durand » ou « Note Dr Matthieu Durand ». Le moteur de recherche de Google est suffisamment puissant pour permettre de faire remonter les avis ou commentaires qui auraient une forte occurrence sur le net (comprendre une grande répétition) et qui pourraient ternir son image. Il n'est nul besoin de prêter attention à des commentaires isolés, unique, sans like ou re-push sur la toile car la publication de données est telle par heure qu'un simple commentaire peu vu sera très vite remplacé par une nouvelle information plus de fois cliquée. Internet répond à la loi de la jungle, c'est donc le plus grand nombre de clics et de vues qui compte et non la valeur de la personne qui l'écrit ou la nature même de ce qui est formulé.

Néanmoins, que faire en cas de réelle atteinte à l'image ? Tout d'abord un prompt mais nécessaire rappel sur la liberté d'expression à savoir, car c'est de cela dont il est question avant tout d'un point de vue juridique. La liberté d'expression et d'opinion est un droit fondamental. On ne peut donc pas interdire les autres de s'exprimer a priori. Toute personne est libre de penser comme elle l'entend, et d'exprimer librement ses idées et opinions par les moyens qu'elle

souhaite, même si ces dernières ne sont pas majoritaires ou acceptées.

Il est important de comprendre donc que si les systèmes de notations et d'avis sur les professionnels peuvent choquer et laisser entrevoir une tendance au « consumérisme médical », ils ne sont pas en soi illégaux.

Notre seule qualité de médecin ou de professionnel de santé ne justifie pas une interdiction de publication d'avis ou de propos le concernant. Cependant, la liberté d'expression ne peut permettre à tout patient ou à tout internaute de diffuser sans restriction des propos visant les professionnels de santé non plus. Mais la limite n'est pas si simple à intégrer et encore moins à faire démonter dans le cas où l'on estime qu'elle aurait été franchie et qu'ainsi un préjudice serait établi.

Pour nous aider dans notre compréhension, j'ai demandé à Maître Patrick Sergeant, avocat à la Cour, de répondre à nos questions sur les actions à mener en cas d'atteinte à l'image.

Est-il possible de s'opposer à la création d'une fiche Google non consentie ?

En l'état actuel de la jurisprudence, lorsque le médecin découvre une fiche professionnelle à son nom, référencée par Google, composée de ses coordonnées d'une part et d'avis de patients d'autre part, il ne peut en obtenir sa suppression. Il est retenu aujourd'hui que la fiche générée par la firme américaine ne porte pas atteinte au droit des données personnelles, étant donné que les informations qu'elle comporte figurent dans des annuaires spécialisés et sont donc déjà dans le domaine public. Quant aux avis, les juges estiment qu'ils relèvent d'un intérêt légitime d'information du consommateur, mais que les professionnels en cause peuvent signaler les propos dépassant les limites admissibles de la liberté d'expression. Les patients sont devenus des consommateurs de soins.

Que peut-on faire dès lors en cas d'avis estimés illicites ?

Trois options s'offrent à nous :

1 – Se rapprocher de l'auteur s'il est identifiable et négocier à l'amiable avec lui le retrait de cet avis contre une renonciation à aller au contentieux si l'avis est diffamatoire et son honneur mis en cause. Cette option marche difficilement et peut être interprétée par le patient comme une pression du médecin sur lui.

2 – Si l'auteur n'est pas identifiable, demandez à Google la suppression de l'avis et faites un procès en référé si Google n'obtempère pas. Cette option fonctionne mieux et des médecins ont déjà gagné contre Google.

3 – Agir directement à l'encontre de l'auteur des propos, comme s'il s'agissait de propos tenus dans la presse. Cette troisième option engage une procédure plus longue, pour laquelle il est conseillé d'être accompagné par un avocat en droit de la presse.

Et si la meilleure stratégie consistait à ne rien faire ?

Il est déconseillé de faire l'autruche à une époque où de nombreux patients recherchent des professionnels de santé sur Internet pour trouver leur adresse, prendre rendez-vous sur Doctolib ou justement se faire un avis. Mieux vaut répondre et s'expliquer un peu, en disant : « *Je suis désolé d'apprendre votre mécontentement, j'avais du retard ce jour-là, etc.* », mais sans rentrer dans le détail en raison du secret médical. Tout en sachant que rien n'est figé et que la jurisprudence pourrait évoluer dans les années à venir.

Les abus peuvent être parfois sanctionnés. Les personnes visées par certains commentaires négatifs ou inappropriés disposent en effet de différents moyens d'actions juridiques afin de limiter l'atteinte subie et d'obtenir réparation de leur préjudice. Mais il faut retenir qu'il est rare de l'emporter et que cela a un coût financier et psychologique...



🏠 > Faits-divers - Justice

Société

Diffamation : des Lorrains attaquent Google

Sans rien demander, ils se retrouvent épinglés sur Google avec une fiche professionnelle offrant la possibilité de laisser des appréciations. Parfois injurieuses, diffamantes, anonymes. Un médecin mosellan, des avocats, un collègue meurthe-et-mosellan, ont décidé d'agir.

À retenir en fin de compte

La résilience

Chacun d'entre nous se heurtera obligatoirement à des avis négatifs. Il est essentiel de les surmonter, fondés ou infondés. Dans une ère où chacun émet son avis sur les réseaux, la résilience face aux critiques est aujourd'hui une capacité dont doit disposer chaque médecin.

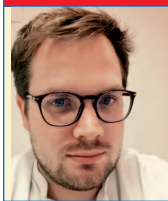
L'opportunité de s'améliorer

La violence des propos est parfois dure à encaisser mais cette transparence toute récente n'est-elle pas une opportunité ? Celle d'y constater de vrais manquements et ainsi de pouvoir prendre les mesures pour y remédier ? Parfois, ces commentaires, aussi affligeants soient-ils, peuvent nous offrir l'opportunité de nous améliorer y compris ce sur quoi nous n'avions pas idée.

Matthieu DURAND

Références

1. Conseil national des médecins https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_guide_pratique_e-reputation.pdf
2. What's up Doc <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/medecins-comment-reagir-un-avis-negatif-sur-google>
3. L'est républicain <https://www.estrepublicain.fr/actualite/2019/05/21/avis-sur-le-web-des-lorrains-contre-google>



Florian BARDET

Éditorial

En cette rentrée 2021, il nous semblait important d'évoquer l'arrivée des nouveaux internes dans les services. En effet, les choix définitifs ont commencé début septembre et nous voyons nos affectations se remplir progressivement des urologues de demain.

L'AFUF a été à pied d'œuvre tout l'été pour faire la promotion de notre belle spécialité, sur les réseaux sociaux notamment. Grâce au maillage du territoire par des représentants de région dynamiques, les informations spécifiques à chaque service ont également été facilement accessibles aux futurs internes.

Il est important que nos associations soient présentes au plus tôt pour épauler nos jeunes collègues, aussi, comme l'année dernière, nous organiserons une réunion de rentrée « Start'AFUF », en collaboration avec l'AFU et le CFEU afin de donner les premiers conseils à nos jeunes collègues.

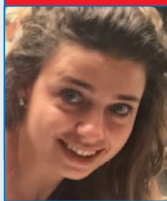
Nous souhaitons par ailleurs renforcer notre présence dès la formation des étudiants en médecine avec la création à venir d'une plateforme innovante pour fournir des fiches de révisions ou des iconographies pour notre spécialité.

Par ailleurs, cette rentrée 2021 est également la première rentrée des nouveaux « Docteurs Juniors », l'AFUF avait également été présente, au côté du CFEU, pour informer, expliquer au mieux cette réforme, pas toujours simple à mettre en œuvre, gageons que cela se déroulera de la meilleure des manières pour tous !

Nous serons également heureux de nous revoir enfin « en présentiel » lors des rencontres de l'AFUF du 17 au 19 septembre puis au congrès français d'urologie en novembre !

Bonne rentrée à tous

Florian BARDET
Président de l'AFUF



Juliette COTTE



Emilien SEIZILLES de MAZANCOURT

La formation EPICUR s'adresse aux internes de milieu d'internat et propose un enseignement des techniques chirurgicales urologiques courantes sur modèle porcin. ECURIE s'adresse aux internes ayant déjà validé la formation EPICUR et propose des séances de coelioscopie sur modèle porcin. Cet enseignement participe à la volonté nationale de ne pas réaliser les actes pour la première fois sur les patients et permet une mise en situation réelle des internes et assistants. La formation avait été évaluée par le biais de ques-

EPICUR reprend ! ECURIE aussi !

tionnaires de satisfaction avec des résultats très enthousiasmants et va faire l'objet d'une publication dans Progrès en Urologie prochainement. Suspendu pour cause de crise sanitaire et de difficultés de financement, EPICUR/ECURIE fait son retour à la rentrée 2021. Fière de participer à la formation des jeunes urologues à tous les niveaux, l'AFUF est ravie de pouvoir reprendre cet enseignement et remercie d'avance l'ensemble des enseignants volontaires qui nous permettent de faire revivre ce beau projet !

Juliette COTTE
Représentante Île-de-France

Emilien SEIZILLES de MAZANCOURT
Secrétaire général de l'AFUF

Campagne Futurs Internes d'Urologie

L'AFUF a participé cet été à la Campagne Futurs Internes de l'ISNI (InterSyndicale Nationale des Internes) pour présenter l'urologie aux futurs internes et les aider dans leur choix de spécialité. L'événement était retransmis en live sur plusieurs réseaux sociaux et permettait aux futurs internes de poser leurs questions. Les retours ont été favorables et au vu des rangs limites pour les choix de spécialité des étudiants ayant passé l'ECN2021, il semblerait que l'urologie fasse encore partie des spécialités prisées pour les choix

d'internat. La relève est là !

Le projet est également de proposer prochainement STARTAFUF, une soirée de présentation de l'AFUF et de l'urologie pour tous les néointernes ayant effectivement choisi l'urologie afin de répondre aux inquiétudes et angoisses précédant le début d'internat et de les accompagner dans les débuts, notamment les choix de stages, les FST, les formations universitaires à suivre et les ressources pédagogiques disponibles.

Florian BARDET
Emilien SEIZILLES de MAZANCOURT

