

Éditorial Le masque et la prune

Sommaire

Pratiques professionnelles

- Réforme des autorisations d'activités de soins : la gradation de l'activité de chirurgie 3

Onco-gériatrie

- Enjeux de l'onco-gériatrie en urologie, les leçons du rapport du 113^e Congrès Français d'Urologie 9

Collège d'enseignants

- La CNCEM et le CFEU 13

Rencontres

- Rencontres avec de jeunes urologues 14

Prothèses

- Incontinence urinaire, troubles de la statique pelvienne : quel avenir pour la chirurgie avec prothèse ? 17

Retraite

- La retraite des urologues : hier, aujourd'hui et demain 19

Partenaires

- Sanofi Genzyme 29
- Recordati 31

Graines et sol

- Séminaire Graines et sol : édition 2020 30

Fax AFUF

- 32

UROjonction

- Nouveau comité de rédaction d'UROjonction, vous informer encore et toujours ! 36

À l'heure où je prends la plume pour écrire cet édit, des articles nous informent qu'une pénurie menace le monde. Je m'interloque puis me lamente en m'apercevant que cette pénurie concerne encore un produit que nous utilisons quotidiennement en chirurgie.

Dans les dernières heures de 2019, l'Organisation mondiale de la santé a été informée de plusieurs cas de pneumonies de cause inconnue dans la ville de Wuhan en Chine. Le virus responsable, jusqu'ici inconnu, est un coronavirus. Il a été dénommé Covid-19. L'épidémie de coronavirus a déjà fait plus de 75 200 malades et tué 2 212 personnes dans le monde. Le site du Ministère des Solidarités et de la Santé annonce que douze cas d'infection par le Covid-19 ont été notifiés en France

et qu'il n'y a actuellement pas de traitement spécifique vis-à-vis de ce type d'infection à coronavirus. Le traitement est donc symptomatique et la prévention repose sur le lavage régulier des mains et le port d'un masque chirurgical en dehors du domicile.

La crainte d'une pandémie a fait croître la demande de ces masques dont nous nous ornons quotidiennement au bloc. Or 80 % de la production des masques chirurgicaux et autres produits jetables d'hygiène (charlottes, surchaussures, draps stériles pour les blocs opératoires, etc.) vient de Chine et notamment de Wuhan. « Comme beaucoup de leurs usines sont à l'arrêt et que les stocks sont réquisitionnés par les autorités chinoises,

le monde entier est désorganisé », souligne, dans un célèbre journal économique, le directeur d'exploitation d'une entreprise de dispositifs médicaux.

Il s'agit là d'une illustration exemplaire, un cas d'école, des causes de pénurie que nous connaissons dans le domaine de la santé.

La rationalisation financière de la production industrielle a conduit à fabriquer majoritairement dans les pays d'Asie où les matières premières sont extraites et où la main d'œuvre est moins chère. Le nombre d'usines produisant les mêmes médicaments ou les mêmes consommables à travers le monde s'en est trouvé réduit et la défaillance d'une usine prend donc très rapidement des conséquences de grande ampleur.

Une décision politique s'ajoute à cela, privilégiant la population du pays producteur aux dépens de celles des autres nations.

Quels recours pour les pays se retrouvant en situation de pénurie ?

Obtenir d'une instance internationale une sanction économique contre le pays producteur alors que son économie est déjà lourdement pénalisée par l'épidémie à l'origine de la pénurie ? « L'amende », « la prune », bref la punition financière quel que soit son surnom sera sans effet.

Prendre une décision politique forte ? L'Etat chinois, dont la population est la première concernée, l'a fait et a décidé de réorienter la production de certaines usines géantes.



Yann NEUZILLET
Secrétaire
général adjoint
de l'AFU

Retrouvez-nous...

sur Facebook Urofrance
sur Twitter @AFUrologie

Ainsi, les usines Foxconn qui fabriquent habituellement les smartphones d'une célèbre marque californienne ont réorienté leur activité pour produire des masques chirurgicaux. En raison des mêmes mécanismes de rationalisation financière de la production industrielle, le monde pourrait ainsi connaître une pénurie de smartphone américain siglé d'une pomme. Gageons que celle-ci n'entraînera pas de décès !

En urologie, les patients qui nous confient leur santé et nous-mêmes avons connu dans la dernière décennie une importante pénurie de médicaments destinés au traitement adjuvant des tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle. À l'origine de ces pénuries, point de coronavirus, mais toujours l'effet de la rationalisation financière de la production industrielle et de décisions politiques.

Quand, en 2012, une alarme incendie dans l'usine de Sanofi-Pasteur à Toronto déclenche les sprinklers et asperge d'eau un lot de boîtes d'Immucyst prêt pour l'export, des tests systématiques détectent la présence de champignons dans les boîtes mouillées. Par précaution, ces lots sont retirés du circuit de distribution et une inspection sanitaire a lieu dans l'usine canadienne. C'est alors que les politiques des normes, du principe de précaution, guidées par des sociétés d'audit à la demande des autorités sanitaires nord-américaines, conduisent à fermer l'usine, à en reconstruire une nouvelle, à diminuer le nombre d'employés sur la chaîne de production du BCG qui se traduit par une production de qualité diminuée à la remise en fonction de l'usine avec, au final, tant de lots ne répondant pas aux normes en bout de chaîne que l'industriel abandonne l'Immucyst devenu un gouffre financier.

De mon point de vue de médecin, certainement partial, c'est par « précaution », alors qu'aucun cas de problème médical lié aux normes intrinsèques de l'usine de Toronto n'a été rapporté, que les patients des pays où l'Immucyst était utilisé ont subi la pénurie. Toujours de mon point de vue de soignant, les conseils délivrés par des sociétés d'audit, centrés sur le respect de normes techniques et administratives bien éloignées de la médecine, ont eu pour conséquence finale la disparition d'un médicament qui rendait bien des services aux patients.

Récemment, c'est une histoire à peu près similaire d'exercice du principe de précaution qui a conduit à l'arrêt de la production

de mitomycine C par l'usine japonaise de Kyowa Kirin. Fichu principe de précaution !

Assouplir les normes pour supprimer le principe de précaution est une solution efficace à court terme mais potentiellement dangereuse. Qui accepterait, en montant dans sa voiture, qu'elle n'ait pas fait l'objet de nombreux contrôles, essais, et autres crash-tests ? De la même façon, lorsqu'un médicament est administré, lorsqu'un dispositif médical est utilisé, nous ne pouvons pas renoncer à ce qu'ils répondent à un cahier des charges strict. Toutefois, dans le cadre du médicament en particulier, le cahier des charges existe et est déjà extrêmement rigoureux. La méthodologie des essais cliniques d'enregistrement des médicaments est elle-même emplie de principe de précaution. Dans le domaine de la santé, mener à saturation le principe de précaution devient paralysant.

Plutôt en faveur du principe de précaution (pour les raisons évoquées précédemment), les citoyens et patients français, notamment ceux atteints d'un cancer de la vessie, s'indignent légitimement des pénuries de médicaments dont ils ont besoin et réclament des « prunes ». Pour persister dans la métaphore automobile, ils savent que lorsqu'ils ne respectent pas les règles au volant de leur voiture, ils sont sanctionnés. Pourquoi les industriels, titulaires d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour un médicament qui vient à faire défaut, ne paieraient-ils pas aussi une amende ?

C'est prévu par la loi. Toutefois, les décrets d'application tardent et, bien que le pouvoir de sanction de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) ait été renforcé par la loi de financement de la sécurité sociale de 2020, pour l'heure, point de « prune » dissuasive.

C'est pourtant bien par la « prune » que j'entrevois un règlement des problèmes de pénuries. L'AMM ouvre la porte de la commercialisation des médicaments. La nature même du produit, le médicament, justifie que l'autorisation de le vendre signifie l'obligation d'être constamment en mesure de le délivrer.

La rationalisation financière de la production industrielle, dans le cadre du médicament, ne devrait pas induire d'aléa dans la capacité à produire. La « prune », en rendant financièrement dangereuse les stratégies de production en flux tendus, doit inciter les industriels à renforcer et sécuriser les capacités de production. Ces « prunes » se-

ront d'autant plus efficaces que leurs montants seront fixés au niveau européen et seront dissuasifs. Pour l'heure, les sanctions se décident au niveau national et, de fait, sont moins dissuasives. Si elles l'étaient, les « prunes » pourraient même conduire à des effets pervers : les industriels pourraient prévoir le montant des amendes dans le prix négocié du médicament ou, pire, pourraient ne plus demander d'AMM pour leurs produits en France pour s'éviter les sanctions financières en cas de pénurie.

Au total, nous le comprenons, les pénuries de médicaments ne sont pas simples à éviter.

En tant que citoyen, nous avons certainement tous un devoir d'interrogations : si les médicaments deviennent des produits rares, sommes-nous prêts à les payer plus cher ? Si nous en revenons aux smartphones, dont nous avons compris qu'ils pourraient faire l'objet à leur tour d'une pénurie, comment ne pas être surpris par l'argent que nos concitoyens, de tous les milieux sociaux, déboursent pour avoir le modèle qui leur plait. Je gageais que la pénurie de smartphones ne sera pas mortelle. Alors comment expliquer qu'un français soit prêt à mettre plus d'argent dans un téléphone portable que dans les médicaments pour se soigner ? En effet, comment comprendre que les citoyens acceptent de payer des compléments santé dont les budgets publicitaires sont supérieurs à ceux des entreprises qui fabriquent des smartphones ? Bien des interrogations se posent.

En tant que membres de l'Association Française d'Urologie, en revanche, nous pouvons avoir des certitudes : nous nous sommes montrés collectivement efficaces et réactifs pour trouver des solutions aux pénuries de mitomycine C et de BCG afin que les patients n'en pâtissent pas. Les médias, qui ont parlé de la pénurie de BCG ces dernières semaines, n'ont pas formulé de critique à l'égard des urologues, bien au contraire. Nous pouvons en être fiers.

Ce 111^e numéro d'UROjonction sera ainsi le premier depuis plusieurs éditions à ne pas aborder davantage la problématique de la pénurie de médicaments... Et tant mieux ! Ce sera également le premier dirigé par Caroline PETTENATI à qui je souhaite le meilleur dans sa fonction de rédactrice en chef d'UROjonction. Excellente lecture de notre magazine de l'Association Française d'Urologie préféré.

Yann NEUZILLET
(édito écrit le 24.02.2020)

Réforme des autorisations d'activités de soins : la gradation de l'activité de chirurgie



Luc
CORMIER
Responsable
du CPP AFU

Il existe des termes en chirurgie qui surgissent régulièrement dans nos pratiques professionnelles ou réapparaissent après une absence plus ou moins longue, la **gradation de l'activité de chirurgie** en fait partie.

Quel est le contexte, que faut-il comprendre derrière ce terme, quels sont les avantages pour les patients, pour nous urologues et quels sont les écueils à éviter ?

Le contexte

De façon très succincte, la gradation de l'activité de chirurgie est : « *tout ne peut pas être réalisé partout* », et le pourquoi provient en partie d'un rapport de la Cour des comptes de 2017 (Sécurité sociale 2017 ; septembre 2017 Cour des comptes ; www.ccomptes.fr ; @Courdescomptes).

Pour la Cour des comptes, il existe trop de sites chirurgicaux, trop de sites chirurgicaux avec une activité faible et trop diverse, alors que l'on sait qu'il existe un lien de causalité avéré entre faible activité opératoire et risque accru pour les patients. Les seuils d'activité existants ont souvent un périmètre étroit, trop bas et sont, pour partie, non appliqués. Le rapport souligne aussi l'hétérogénéité territoriale et l'importance de la pluridisciplinarité.

Le progrès technique et l'innovation en chirurgie, comme les tensions sur la démographie des praticiens et des personnels paramédicaux, poussent ainsi à une concentration accrue des sites chirurgicaux afin de garantir l'égal accès à des soins de qualité grâce à des plateaux techniques modernisés et à des équipes étoffées et stables.

Il est aussi mis en exergue la nécessité d'une permanence des soins graduée et une diminution du nombre de sites.

La Cour des comptes conclut qu'il s'agit de « **Concentrer l'offre de soins chirurgicaux en réformant le régime des autorisations par établissement afin de les faire porter sur chaque spécialité et en fixant par la voie réglementaire des seuils d'activité par site géographique d'établissement puis, à terme, par chirurgien et contrôler rigoureusement leur strict respect. Dans cette logique, définir une prise en charge graduée des patients dans le cadre territorial, y compris pour la permanence des soins, selon trois niveaux, en inscrivant cette évolution dans la dynamique de création des groupements hospitaliers de territoire et les futurs schémas régionaux de santé. Amplifier le « virage ambulatoire » de la chirurgie en alignant les tarifs de l'hospitalisation complète sur les coûts ambulatoires des établissements les plus efficaces et en examinant l'opportunité de créer des centres indépendants de chirurgie ambulatoire. D'impliquer individuellement les chirurgiens dans la qualité et la pertinence des soins en développant les référentiels de bonnes pratiques, en modernisant la formation initiale et continue, notamment par le développement d'écoles de chirurgie et de centres de simulation et en définissant les modalités d'une obligation périodique de certification à terme. De réduire la durée moyenne des séjours de chirurgie conventionnelle, en recourant aux nouvelles technologies, en particulier la télémédecine, et en expérimentant les « hôtels hospitaliers » en vue de recentrer l'hôpital sur ses missions de soins ».**

Une analyse rapide de la littérature médicale semble en faveur d'un lien de causalité entre le nombre de procédures par chirurgien et les complications chirurgicales. Il faut, cependant, être prudent avant d'établir certains raccourcis, ainsi, à l'opposé, il semble difficile d'établir des

seuils, les résultats portant sur l'activité par chirurgien et non par plateau technique*. Il y a bien évidemment un lien entre le nombre de procédures et l'expérience du chirurgien. La courbe d'apprentissage peut demander, dans certains cas, 15 ans ce qui sur une carrière est très important. Par ailleurs, une grande activité est généralement synonyme de plateau technique adapté à cela...

Cependant, une activité importante pour un site semble compenser l'activité par chirurgien**. Cela se comprend bien : ainsi l'expérience d'une équipe bénéficie à tous ses membres, les protocoles de soins sont bien codifiés...

Un autre élément important de réflexion est le plan santé 2022

Les éléments sont décrits dans « *Ma santé 2022 - Dossier de presse 2018* ».

Les meilleurs soins hospitaliers spécialisés accessibles pour tous

L'accès à des soins spécialisés de qualité en toute sécurité doit être garanti. Pour répondre à cet enjeu, il ne s'agit pas de pouvoir bénéficier en proximité de tous les soins, mais que chacun soit orienté vers les lieux de soins adaptés à ses besoins et à son état de santé.

Actuellement, les activités les plus techniques, notamment chirurgicales, sont dispersées au sein d'un nombre encore trop important d'établissements. Tous ces établissements ne sont pas en capacité de garantir la qualité et la sécurité des soins du fait de l'absence de professionnels formés en nombre suffisant ou de la faible activité réalisée. La mise en œuvre de ces différents lieux de soins se fera au sein des groupements hospitaliers de territoires, dont la gouvernance médicale sera renforcée (cf. *infra*).

Réforme en deux temps du régime des autorisations des activités de soins

La révision des activités hospitalières soumises à autorisation se fera en deux temps : en 2020 pour les activités les plus structurantes sur les territoires, notamment les services d'urgence, les maternités, les services de réanimation, l'imagerie et la chirurgie ; en 2022 pour les autres activités.

La révision se fera dans une logique de gradation des soins entre proximité, soins spécialisés, soins de recours et de référence, organisées à des échelles territoriales nécessairement différentes et en s'appuyant sur des seuils d'activité quand cela est pertinent au regard des enjeux de qualité et de sécurité des soins.

« La gradation des soins est assurée autour de CHU modernisés ».

Pour conclure avec le plan *Ma santé 2022*, il y a 10 mesures phares dont :

La 4. Labellisation, dès 2020, des premiers « hôpitaux de proximité », avec l'objectif de reconnaissance de 500 à 600 établissements. Ces derniers assureront des missions hospitalières de proximité, en médecine polyvalente, soins aux personnes âgées, soins de suite et de réadaptation, consultations de spécialités, consultations non programmées, et devront disposer d'un plateau technique de biologie et d'imagerie, d'équipes mobiles et d'équipements en télémédecine.

La 5. Réforme du régime des autorisations des activités de soins, dans une logique de gradation des soins entre proximité, soins spécialisés, soins de recours et de référence, organisées à des échelles territoriales nécessairement différentes et en s'appuyant sur des seuils d'activité quand cela est pertinent au regard des enjeux de qualité et de sécurité des soins. Elle se fera en plusieurs phases et aboutira dès 2020 sur de nouvelles normes pour certaines activités particulièrement structurantes pour les territoires, notamment les services d'urgence, les maternités, les services de réanimation, l'imagerie et la chirurgie.

Formulée autrement : la réforme initiée par le Gouvernement entend **reconfigurer l'offre de soins hospitalière** autour de l'idée de **gradation des soins**. Elle définit trois principaux niveaux pour mieux coller aux besoins des patients dans les territoires :

- les soins de proximité (médecine, gériatrie, réadaptation, etc.) ;
- les soins spécialisés (chirurgie, maternité, etc.) ;
- les soins ultraspecialisés ou plateaux techniques de pointe (greffes, maladies rares, etc.).

Une trilogie qui fait office de référentiel. Autrement dit, chaque établissement devra, à l'avenir, adapter son organisation en fonction du type de soins qu'il est à même d'offrir. Le tout en lien étroit avec les professionnels de santé ambulatoires.

Nous constatons ainsi qu'il existe deux gradations imbriquées : une gradation des soins et donc une gradation de l'activité de chirurgie.

Si le postulat affirmant que tout ne peut pas être réalisé partout est juste, quel est le raisonnement médical que l'on pourrait utiliser ?

Faut-il s'intéresser aux chirurgies présentant le plus de complications ou aux

chirurgies nécessitant un plateau technique lourd ou, comme nous venons de le voir, au nombre d'actes ou, enfin, aux domaines d'expertise des chirurgiens ? En réalité, ces approches théoriquement différentes se recoupent. Attention, pour reprendre la phrase d'un collègue qui se reconnaît « *faut-il asservir une majorité pour une infime minorité de déviants ?* » à laquelle je rajouterai « *le diable se cache dans les détails* ».

Pour réaliser ce travail sur la réforme des autorisations des soins en chirurgie, un groupe de travail « chirurgie » a été mis en place par la DGOS pour définir la gradation de l'activité de chirurgie, avec tous les acteurs et notamment tous les CNP de chirurgie (collèges nationaux professionnels dont la composition et les statuts sont définis de façon officielle (regroupant sociétés savantes, syndicats et collèges de la spécialité) et qui sont les seuls organismes habilités à mener les négociations professionnelles avec le ministère de la santé).

Une première réflexion a été sur le lien « volume/activité » et sur l'intérêt ou non de fixer des seuils d'activité.

La HAS indique que ses travaux ont été menés sur la base d'une analyse de la littérature et d'expertises internes et



Dessin provenant du site

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
consulté le 12 février 2020

externes sur les parcours, la certification, l'accréditation, les équipes, les indicateurs, la pertinence. Elle relève que les déterminants de qualité et de sécurité des soins au sein des établissements de santé se définissent selon 4 critères :

1. compétences et expertise des professionnels (permanence et stabilité des équipes, qualité de vie au travail, volume réalisé en lien avec les compétences) ;
2. management, leadership, culture et travail en équipe (démarche d'amélioration continue centrée sur les patients, facteur clé d'organisation des soins) ;
3. parcours de soins et bonnes pratiques (inscription d'une prise en charge au sein d'une gradation, optimisation des parcours, gestion des risques) ;
4. structures et plateaux techniques (l'adaptation aux prises en charges).

Concernant les enseignements tirés des travaux sur les seuils d'activité, la HAS relève que la qualité s'améliore avec le volume (effet d'apprentissage) mais que le volume peut aussi s'expliquer par la qualité (effet de renommée). Elle précise, en outre, que cette tendance peut s'inverser quand le volume est trop élevé. Une politique fondée uniquement sur des seuils, en incitant à la production, pourrait conduire à de la non-pertinence.

Aucun argument scientifique pour la détermination d'un seuil chiffré au global pour l'activité de chirurgie et l'analyse de la littérature ne permet de démontrer un effet positif ou négatif de l'instauration d'un seuil sur la qualité et la sécurité des soins. Un lien entre seuil et qualité existe scientifiquement pour des interventions complexes.

La proposition a donc été :

- une gradation prenant en compte les disciplines ;
- un dispositif de surveillance fondée sur le suivi d'indicateurs d'alerte : proxys de résultats à partir des bases de données médico-administratives mesurés par spécialités ou groupes d'actes, pas d'agrégation, mais alertes ciblées et dialogue médicalisé.

Les CNP coordonnés par la Fédération des Spécialités Médicales (FSM) en

L'avis de Didier Legeais, Président du SNCUF, membre du CA de l'AFU, membre de l'académie de chirurgie

Au nom de l'égal accès à des soins de qualité on prépare et on structure une offre de soins graduée autour de normes de productivité dangereuses où apparaît, pour la première fois, la notion de seuils d'activité par chirurgien avec la nécessité d'installer des critères administratifs pour imposer des référentiels de qualité et de pertinence.

Avec cette logique de contrôle dont l'objectif, à terme, n'est qu'économique, les tutelles définissent de nouvelles obligations professionnelles de bonnes pratiques et de recertification dans un environnement rigidifié autour de l'organisation de fermeture de bloc opératoire et de permanence de soins.

Dans le même temps, toujours pour des raisons économiques, on diminue la sélection et la qualité de la formation des médecins.

En créant de nouveaux indicateurs administratifs rigidifiés par une logique de contrôle toujours plus lourde, on idéalise les possibilités d'offrir à la population partout sur le territoire l'excellence sans même que cette dernière n'ait été définie.

On peut partager le constat de l'insuffisance de certains centres, qui sont d'ailleurs connus et reconnus par les ARS, mais on ne peut que s'inquiéter de voir se développer une nouvelle logique de contrôle. Le tout confié à une administration démedicalisée de plus en plus puissante et autoritaire.

À la lecture de tous les rapports produits par le ministère de la santé et consorts, on est surpris de voir ré-

sumé en quelques lignes les travers et les dangers des insuffisances du système sans qu'il n'y ait d'analyse pragmatique chiffrée et argumentée des accidents médicaux, des échecs thérapeutiques, voire des mises en causes médico-légales. Seule une analyse macro-économique condamne aujourd'hui l'ensemble de nos pratiques chirurgicales... au point de vouloir restructurer et limiter la permanence des soins après 20h00 uniquement sur les centres chirurgicaux de niveau 2 au risque de voir exploser les services d'urgences et de détruire l'offre de soins des plateaux de niveau 2 qui seront englués par la reprise de toutes les complications des plateaux 1a et 1b de leur territoire.

Espérons que le Conseil National Professionnel d'Urologie qui réunit en son sein tous les modes d'exercice, le collègue, l'AFU et le syndicat, saura guider la réforme en solutionnant le problème des niveaux de chirurgie urologique et en garantissant à chaque urologue une qualité de vie professionnelle compatible avec l'attente de nos concitoyens. Notre espoir réside dans l'union de notre spécialité souvent enviée, et dans notre intelligence professionnelle.

Il faut inverser les logiques de contrôle administratives et financières par une logique d'accompagnement des équipes après leur avoir apporté une analyse critique de leur activité et la définition de nouveaux objectifs de pertinence et d'efficacité définis par notre CNP.

Didier LEGEAIS



L'avis de Jacques-Philippe LARGERON, Urologue au Puy-en-Velay

Voici donc l'analyse que j'en fais en tant que chirurgien urologue libéral dans une clinique de taille moyenne, avec une unité de soins continus mais pas de réanimation (convention avec le centre hospitalier) et au milieu d'une zone sous-dotée au niveau médical (« désert médical »), où le premier CHU est à 1h10 (CHU de Saint-Etienne). Il est à préciser que notre équipe comprend actuellement 3 urologues + 1 interne d'urologie (convention avec le CHU de Clermont-Ferrand).

Cette stratification réalisée suivant 3 axes (équipement - environnement - ressources humaines) semble, à première vue, faite dans le but d'optimiser et de fluidifier la prise en charge des patients dans des centres experts (centres de niveau 2), afin de recentrer les activités très spécifiques (cancérologie principalement) de chaque spécialité chirurgicale. Si on peut, au premier abord, être enthousiaste à cette idée, lorsque l'on pousse sa réflexion, on s'aperçoit qu'elle aura plusieurs conséquences perverses qui vont à l'encontre de ce que le Ministère de la santé clame depuis plusieurs mois :

1- Les centres qui n'accéderont pas au niveau 2 de chaque strate, se verront forcément, à plus ou moins long terme, mettre sous « tutelle », avec impossibilité de réaliser certains gestes chirurgicaux (impossibilité de réaliser des néphrectomies partielles par exemple, car pas de radiologie interventionnelle pour prendre en charge un faux anévrisme post-opératoire, pas de cystectomie car pas de réanimation sur place, pas de prise en charge des pyélonéphrites obstructives car pas de matériel ou de radiologue pour pose de sonde de néphrostomie...).

Cela aura 4 impacts, le premier financier sur les centres d'urologie concer-

nés ainsi que sur les établissements privés (cliniques) les hébergeant. Le deuxième sur la réputation de ces centres. Le troisième sur un risque de fragilisation de l'activité de cancérologie et le problème des seuils. Enfin, le quatrième sur le niveau d'investissement des cliniques privées, car moins de profits conduit à moins d'investissements, chute de l'attractivité pour de nouveaux praticiens voire le départ de certains et donc une fragilisation de ces équipes.



2- D'un autre côté, les centres accédant au niveau 2 (de très grosses cliniques, mais surtout les CHU) se verraient alors abondés de patients avec une embolisation certaine des services concernés, entraînant des temps d'attente conséquents pour être traités, et amplifiant la défiance des patients envers le corps médical comme on le voit apparaître depuis plusieurs années. Là encore, cela va complètement à l'encontre de ce que le Ministère de la santé martèle depuis 1 an avec la crise hospitalière, en s'évertuant à « trouver » des mesures pour désengorger les hôpitaux et fluidifier les traçabilités de prise en charge des patients.

Nous sommes clairement dans un projet « gros établissements-centriste » qui n'existeront que dans des grandes villes (là encore, à l'encontre de la communication des pouvoirs publics qui assurent vouloir désengorger les villes pour des raisons de pollution, insécurité, revitalisation des zones rurales, etc.). Cela finira aussi de complexifier la lisibilité des centres de soins français (car il y a les CHU, les CH généraux, les Centres de luttés contre le cancer, les ESPIC, les cliniques, etc.) : tel centre peut traiter telle pathologie, mais pas tel centre... Déjà que plus personne n'y comprend rien...

Jacques-Philippe LARGERON

concertation avec l'Académie Nationale de Chirurgie (ANC) ont défini 3 niveaux d'activités reposant sur les ressources humaines (RH), le plateau médico-technique, l'environnement, la continuité des soins et des familles d'actes, prenant en compte la réalité des pratiques actuelles dans ses différentes formes (CHU, CH, ESPIC, privées), dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Dernière contribution ANC-FSM-CNP à la réflexion sur la gradation de l'activité de chirurgie lors de la dernière réunion du groupe de travail chirurgie à la DGOS du 30 janvier 2020.

Niveau 1A

RH : au moins un chirurgien qualifié spécialiste.

Plateau médico-technique :

- Nombre de salles : accès à une salle.
- L'établissement doit disposer du matériel courant nécessaire aux interventions réalisées conformément aux recommandations de la spécialité.

Environnement :

- Imagerie : environnement adapté.
- Anatomopathologie au minimum par convention.
- Surveillance continue/soins critiques polyvalents, soins intensifs et réanimation : pas d'obligation.

Continuité des soins/permanence des soins (PDS) : la continuité des soins doit être assurée, pas la PDS.

Niveau 1B

RH : au moins 2 ETP chirurgiens qualifiés spécialistes.

- Si PDS, au moins 2 chirurgiens qualifiés spécialistes exerçant à titre principal dans l'établissement (plus de 80 %) ou au sein de l'équipe de territoire + nombre de chirurgiens nécessaires pour assurer la PDS.

Plateau médico-technique :

- Possibilité d'accès à 2 salles.
- Salles dédiées dans le cas où le matériel est non mobilisable.
- Si PDS, accès à une salle d'urgence partagée (sauf impossibilité : chirurgie cardiaque, neurochirurgie).

Environnement :

Environnement adapté au recrutement et aux gestes réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques de la spécialité.

Surveillance des patients :

- Constat global : nécessité de disposer de lits permettant la surveillance des patients opérés lourds qui ne relèvent pas de soins critiques polyvalents (pas de défaillance).
- Proposition : reconnaissance d'une structure de Surveillance Renforcée Chirurgicale mutualisée sous la responsabilité d'un chirurgien coordonnateur, avec une équipe paramédicale renforcée, fonctionnant par convention avec les soins critiques polyvalents ou la réanimation.

Continuité des soins/PDS :

- Modalités à préciser pour la continuité : au moins astreinte H 24 opérationnelle ou non.
- La PDS est possible, elle ne constitue pas une obligation.

Niveau 2

RH : au moins 3 chirurgiens qualifiés spécialistes + nombre de chirurgiens nécessaires pour assurer la PDS.

Plateau médico-technique :

- Possibilité d'accès à 2 salles.
- Salles dédiées dans le cas où le matériel est non mobilisable.
- Accès à une salle d'urgence partagée (sauf impossibilité : chirurgie cardiaque, neurochirurgie).

Soins critiques polyvalents et réanimation : sur place ou par convention (à l'exception de l'ophtalmologie).

Continuité des soins/PDS : la PDS doit être assurée par une astreinte H 24 (sauf ophtalmologie ?).

Est-ce que la création d'une gradation en chirurgie urologique avec un niveau 1a pour la chirurgie des organes génitaux externes et un niveau 2 comprenant les néphrectomies avec thrombus cave et la transplantation (tous les autres actes étant de niveau 1b) sera le modèle retenu ?

Si oui, cela reviendrait à ce qui se fait déjà mais de manière non formalisée,

car il ne viendrait à l'idée de personne d'effectuer une chirurgie avec thrombus cave rétro-hépatique, voire plus étendu, sur un site sans réanimation, ni collègues digestifs ou chirurgiens cardiaques... La transplantation, quant à elle, est déjà complètement organisée dans un cadre légal.

Mais on peut imaginer sans doute que nos tutelles voudront une gradation plus complexe avec un niveau 2 comprenant plus d'actes. Les interventions concernées pourraient comprendre des actes à risque de complications vitales ou fonctionnelles sévères. Des exemples sont la néphrectomie partielle sur rein

L'avis de Pierre Gimel, Urologue à Perpignan, membre du CA de l'AFU

Je suis installé dans une grosse clinique, appartenant à un grand groupe, associé à 9 urologues et, en principe, je pourrais croire ne pas être inquiet par de telles mesures... Et pourtant... Par exemple : je n'ai pas de réanimation sur place mais une Unité de Soins Continus (USC) et donc pourra-t-on continuer à faire des cystectomies alors que nous sommes un des plus gros centres de la région Occitanie ? L'interdiction n'aurait aucun sens !

La gradation des actes serait une bonne chose si elle permettait d'améliorer la prise en charge des patients sans sanctionner les professionnels tout en améliorant leurs conditions de travail.

Malheureusement, d'expérience, les réformes sont effectuées pour faire des économies et rarement sont prises en compte les particularités locales qui permettraient d'être profitables à tous et pas seulement à certains centres.

Pour être très honnête, on peut quand même penser qu'aujourd'hui, dans certains cas, le manque d'équipement matériel ou humain peut être délétère pour les patients. Par exemple, ne pas avoir accès à de la radiologie interventionnelle lorsque l'on fait de la chirurgie partielle du rein me semble être une perte de chance pour le malade. Mais le but ne doit pas être d'empêcher de faire cette chirurgie à une

équipe qui la fait déjà très bien mais de lui donner les moyens de s'organiser pour avoir accès à l'équipement nécessaire, seule façon pour ne pas réserver certaines chirurgies aux gros centres. Ces mesures seraient idéales si elles poussaient les établissements à créer des liens, des conventions pour prendre en charge les malades en cas de complications. Je pense qu'une réanimation n'est pas nécessaire si l'on fait des cystectomies mais il est indispensable d'avoir un accord avec

la réanimation la plus proche pour prendre en charge le malade en cas de choc septique par exemple. Il n'est pas nécessaire d'avoir une équipe de radiologie interventionnelle sur place pour faire des néphrectomies partielles mais il est indispensable d'avoir un accord avec une équipe qui réalisera une embolisation en urgence.

Le plus souvent, les urologues se sont d'ailleurs déjà organisés.

Des mesures aussi complexes doivent tenir compte des particularités de chaque centre ou de chaque région.

Souvent, les médecins demandent à leur direction plus de moyens... sans succès... Si de telles mesures amenaient les établissements à s'organiser ou à s'équiper pour maintenir ou augmenter le niveau, alors là, les urologues et donc les malades seraient gagnants... croisons les doigts...

Pierre GIMEL

unique, le curage inguinal dans la chirurgie du cancer de la verge, les curages de masse résiduelle des cancers du testicule, la chirurgie complexe pour les vessies neurologiques, la chirurgie homme-femme ou femme-homme, etc.

La cystectomie, au sens large, chirurgie « lourde » qui a probablement le taux de complications vitales et fonctionnelles le plus élevé pourrait être concernée. Si ce geste était inclus dans le niveau 2, cela serait une grande modification dans les pratiques. En effet, certains d'entre nous seraient donc amenés, après avoir effectué une résection endoscopique de tumeur de la vessie, à adresser le patient à un centre de niveau 2. L'idéal serait la possibilité d'y opérer mais...

Notre activité chirurgicale est parfaitement connue, à quelques erreurs de saisie près, par nos tutelles. Il suffit d'utiliser le logiciel ou l'interface Visurcir, qui a d'ailleurs été présenté dans le numéro d'UROjonction précédent, pour constater la finesse des analyses possibles ***.

La dérive pour l'urologie, spécialité médico-chirurgicale avec une grande partie des actes ne nécessitant pas de réanimation ni de pluridisciplinarité, est, par assimilation avec les autres spécialités, d'aller vers un CHU-centrisme ou un « très gros établissement privé ou ESPIC »-centrisme.

Il existe, par ailleurs, une schizophrénie française entre l'offre de soins qui doit être de qualité mais éviter les déserts médicaux ou, dans notre cas, les déserts chirurgicaux, associée à la non volonté de certaines tutelles de fermer ou regrouper les petites structures. L'étranglement des CHU qui sont incapables de permettre aux chirurgiens hors CHU (publiques ou libéraux) d'utiliser leurs plateaux techniques... Idem sans doute pour les autres gros établissements et l'existence de frontières peu franchissables entre le public et le privé.

La communauté médicale est évidemment pour une amélioration de la qualité de prise en charge des patients et s'ouvre de plus en plus à la transparence des résultats. Mais il faut que les tutelles nous aident et ne nous imposent pas une « usine à gaz ».

Pour conclure, n'oublions pas en pratique : quelle équipe ou chirurgien recommande-t-on à nos proches et quel raisonnement utilisons-nous ? ****

Enfin, l'hyperspécialisation en urologie est là et les jeunes, après leur assistantat ou clinicat, ont de plus en plus, me semble-t-il, des inclinaisons et sans doute plus que les collègues de ma génération.

Luc CORMIER

Références

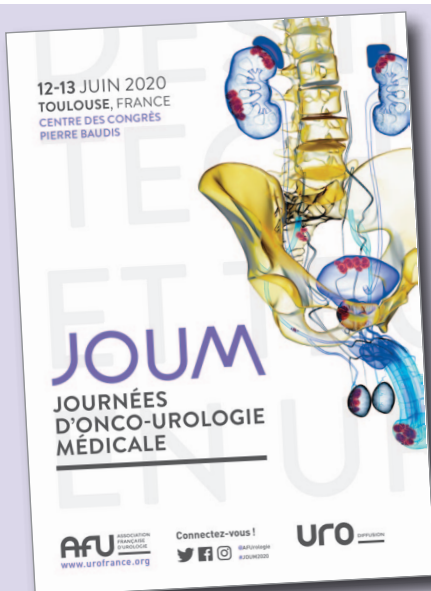
* Morche J, Mathes T, Pieper D. Relationship between surgeon volume and outcomes: a systematic review of systematic reviews. *Syst Rev*. 2016 Nov 29;5(1):204.

* Maruthappu M, Gilbert BJ, El-Harasis MA, Nagendran M, McCulloch P, Duclos A, Carty MJ. The influence of volume and experience on individual surgical performance: a systematic review. *Ann Surg*. 2015 Apr;261(4):642-7.

** Vetterlein MW, Meyer CP, Leyh-Bannurah SR, Mayr R, Gierth M, Fritsche HM, Burger M, Keck B, Wullich B, Martini T, Bolenz C, Pycha A, Hanske J, Roghmann F, Noldus J, Bastian PJ, Gilfrich C, May M, Rink M, Chun FK, Dahlem R, Fisch M, Aziz A; PROMETRICS 2011 study group. Effect of Hospital and Surgeon Case Volume on Perioperative Quality of Care and Short-term Outcomes After Radical Cystectomy for Muscle-invasive Bladder Cancer: Results From a European Tertiary Care Center Cohort. *Clin Genitourin Cancer*. 2017 Oct;15(5):e809-e817.

*** UROjonction N° 110 Janvier 2020 p 3-15

**** Unaccountable. Marty Makary M.D. *Bloomsbury Publishing USA*, 18 sept. 2012 - 256 pages



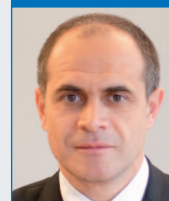
JOUM

JOURNÉES D'ONCO-UROLOGIE MÉDICALE

12-13 JUIN 2020
TOULOUSE, FRANCE

Programme et bulletin d'inscription
prochainement disponibles sur Urofrance

Enjeux de l'onco-gériatrie en urologie, les leçons du rapport du 113^e Congrès Français d'Urologie



**Pierre
MONGIAT-
ARTUS**
Trésorier
adjoint de l'AFU



**Yann
NEUZILLET**
Secrétaire
général adjoint
de l'AFU

Le vieillissement démographique est une des modifications les plus importantes que connaît le monde car il touche toute la population humaine ; particulièrement marquant en pourcentage de la population dans les pays industrialisés, il est encore plus important en nombre d'individus dans les pays en voie de développement. Le vieillissement est caractérisé par une diminution des réserves fonctionnelles des différents organes, avec une augmentation de l'incidence de diverses pathologies, dont le cancer (plus de la moitié des nouveaux cas de cancer surviennent après 65 ans) qui est devenu la première cause de mortalité en France. Or, la prise en charge du patient âgé, atteint d'un cancer ou pas, est complexe en raison de la combinaison, premièrement, d'un manque de connaissances fondées sur des preuves concernant l'efficacité et la tolérance des traitements et, deuxièmement, de l'hétérogénéité de la population âgée en terme de comorbidité et de perte fonctionnelle.

Se rajoute à ces difficultés un obstacle : « l'âgisme ». Ce néologisme est une « attitude de discrimination ou de ségrégation à l'encontre des personnes âgées », ségrégation par anticipation car « *Tout vieux est un jeune encore en vie...* » dit le Docteur Gilles Albrand.

La proportion des personnes âgées de plus de 75 ans dans le monde passera de 2,45 % en 2000 à 3,45 % en 2020. C'est dans les pays développés (selon la définition des Nations Unies) et à haut niveau de revenus (selon la définition de la Banque Mondiale) que l'augmentation du nombre de personnes âgées est la plus marquée. Dans ces régions, la proportion des plus de 75 ans passera de 5,79 % en 2000 à 8,38 % en 2020. Les projections (médianes) jusqu'en 2050

sont en faveur d'une poursuite exponentielle de cette augmentation. Or, l'état de santé de ce groupe d'individus est variable dans le monde, avec une hétérogénéité fonctionnelle flagrante avec 3 personnes âgées sur 4 indépendantes dans les pays développés, 1 sur 4 dans les pays en voie de développement et 1 sur 8 seulement dans les pays sous-développés.

Les dépenses liées aux soins chez les personnes de plus de 60 ans représentaient 23 % des dépenses de soins totales. Une augmentation des soins liés aux cancers place ceux-ci au cinquième rang des augmentations des dépenses, après le diabète (+95,7 %), l'insuffisance respiratoire chronique (+84,3 %), les déficits sensoriels (+82 %) et les troubles neurocognitifs majeurs (démence) et les troubles neurologiques (+79,5 %). Par exemple, la charge financière mondiale des soins liés aux cancers de la prostate est portée à 89 % par les patients de plus de 60 ans, ce qui est le rapport le plus élevé parmi les cancers entre coûts dans la population jeune et coûts dans la population âgée.

Si l'augmentation de la durée de la vie est attestée, l'augmentation concomitante de la qualité de vie est hypothétique (les quelques résultats disponibles sont contradictoires entre pays et au sein même d'un pays). Il est nécessaire de définir un état de « bonne santé » spécifique aux personnes âgées, de mesurer et de promouvoir cette « bonne santé ». Il faut pour cela changer notre conception de la « bonne santé » en s'appuyant non seulement sur la présence ou l'absence d'une maladie, mais surtout sur l'état fonctionnel et le bien-être de l'individu. Il est utile de distinguer les capacités intrinsèques d'un individu, c'est-à-dire ses ressources physiques et psychiques, et ses capacités fonction-

nelles, c'est-à-dire le résultat de l'interaction entre ses capacités intrinsèques et l'environnement. Vieillir en « bonne santé » apparaît comme un processus dynamique de maintien des capacités fonctionnelles qui permettent à la personne âgée de jouir d'un état de bien-être qui lui est propre, individuel. En conséquence, la société doit répondre à son vieillissement en adaptant son système de santé. Celui-ci doit s'éloigner du modèle curatif axé sur la maladie pour se diriger vers un modèle de soins intégrés axé sur le patient, l'individu. Ce nouveau modèle répondrait aux attentes de la société et n'éliminerait pas pour autant les soins curatifs.

Selon le rapport publié par l'Institut National du Cancer (INCa) en 2017, 62,4 % des nouveaux cancers sont diagnostiqués chez des individus de plus de 65 ans et 11,5 % d'entre eux sont diagnostiqués chez les plus de 80 ans. Au-delà de l'incidence, la mortalité spécifique par cancer est particulièrement marquée dans la population âgée : 75,3 % des décès par cancer surviennent en France au-delà de 65 ans et près du quart (24,8 %) après 80 ans.

Les cancers sont uniformément diagnostiqués à un stade plus avancé chez les patients âgés. Cela participe à expliquer que, si la survie spécifique des patients atteints de cancers est en hausse constante lorsqu'elle est standardisée sur l'âge chronologique, on note une diminution significative de la survie spécifique avec l'avancée en âge quel que soit le cancer, une « cassure » de moins 10 à moins 50 % étant observée après 75 ans (par exemple, pour la prostate, la survie spécifique à 5 ans passe de 88,1 % entre 55 et 65 ans à 54,2 % après 85 ans). Une telle chute des survies spécifiques (et

non de survie globale) peut être interprétée comme un échec de la prise en charge des personnes âgées. Les causes de cet échec sont à chercher dans l'âgeisme dont sont victimes les personnes âgées, mais aussi dans un défaut de connaissance de la part de l'ensemble du personnel soignant, d'un défaut d'information de notre société sur les possibilités thérapeutiques et dans une inadaptation du système de santé.

La caractéristique essentielle de la population âgée est son hétérogénéité, hétérogénéité des caractéristiques physiologiques et fonctionnelles de chaque individu. Il en résulte une hétérogénéité de tolérance au stress et de probabilités de survie, de vie restante. En effet, le vieillissement peut être défini physiologiquement comme une perte des capacités de maintien de l'homéostasie dans des conditions de stress (Figure 1).

Il est donc indispensable de procéder à une évaluation de l'état de santé de chaque patient âgé afin de lui fournir des soins adaptés personnalisés, cette évaluation a pour objectif d'identifier des fragilités. La fragilité se définit comme un syndrome clinique, un processus dynamique et potentiellement réversible, qui reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve altérant les mécanismes d'adaptation au stress. Celui-ci induira un défaut d'homéostasie et un changement de l'état de santé disproportionné. L'identification de la fragilité doit permettre d'optimiser la prise en charge médicale de la personne âgée, en particulier de prendre des décisions thérapeutiques pertinentes, afin de maintenir son autonomie, voire sa survie.

Le mètre-étalon de l'identification de la fragilité en pratique clinique est l'évaluation gériatrique approfondie (EGA), évaluation multidimensionnelle et multidisciplinaire qui aborde l'individu de façon globale et exhaustive et qui a pour objectif de découvrir, de décrire et d'expliquer les problèmes de santé d'un individu, de colliger ses ressources et ses forces, d'établir ses besoins et de mettre en place un programme personnalisé de soins. Dans un contexte oncologique, la démarche se fait en deux temps : une

détection de la fragilité, puis une EG proprement dite chez les patients dont la détection est positive.

La détection des fragilités se fait en moins de cinq minutes à l'aide du **questionnaire G8** : un score inférieur ou égal à 14 est jugé anormal et pose l'indication d'une EG (Annexe 1). Cependant, le bon sens clinique doit toujours être privilégié et il peut seul indiquer une EG.

L'EG est réalisée le plus souvent avec l'aide de l'Unité de coordination en oncogériatrie (UCOG) de sa région. La France est un des pays en pointe dans la prise en charge du cancer chez la personne âgée. La Société Francophone d'Onco-Gériatrie (SOFOG) est chargée d'animer les 24 UCOG réparties sur le territoire français. Leur mission est de coordonner l'organisation des soins, la formation, l'information et la recherche. Les UCOG ont comme priorité de favoriser la coordination et de développer la communication avec les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en cancérologie, les travailleurs sociaux et les réseaux de soins. L'EG doit s'intégrer dans une démarche de soins ; s'il n'y a pas de décision de soins à prendre, l'EG n'a pas lieu d'être. À l'opposé, certaines thérapeutiques particulièrement stressantes d'un point de vue physiologique justifient une

EG préalable, quand bien même la détection serait négative. La médecine gériatrique est avant tout de la bonne médecine qui s'appuie sur le bon sens. Si l'EG de référence est l'EGA, elle est très consommatrice de ressources en temps et en personnel spécialisé. L'onco-gériatrie a développé une EG dite « systématique » (EGS), version simplifiée de l'EGA. Elle ne permet pas le diagnostic de maladies spécifiques, mais elle permet une appréciation globale de l'état de santé de l'individu et l'identification de vulnérabilités chez celui-ci. L'EGS est effectuée par des infirmières spécialisées, des travailleurs sociaux et un médecin gériatre. Peuvent être adjoints à cette équipe un pharmacien clinicien, un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un nutritionniste. Idéalement, le local où est effectuée l'EGS est dédié. Elle embrasse huit aspects de l'état de santé du patient à l'aide d'outils spécifiques (comorbidités, état cognitif, état nutritionnel, état fonctionnel, état psychiatrique, poly-médication, soutien social, état sensoriel) et comprend aussi l'évaluation des objectifs, préférences et valeurs des patients (Figure 2). L'EG sera utilisée à deux fins : établir le rapport risque-bénéfice des options thérapeutiques du cancer et optimiser l'état de santé du patient. La durée de vie restante est corrélée à l'EG

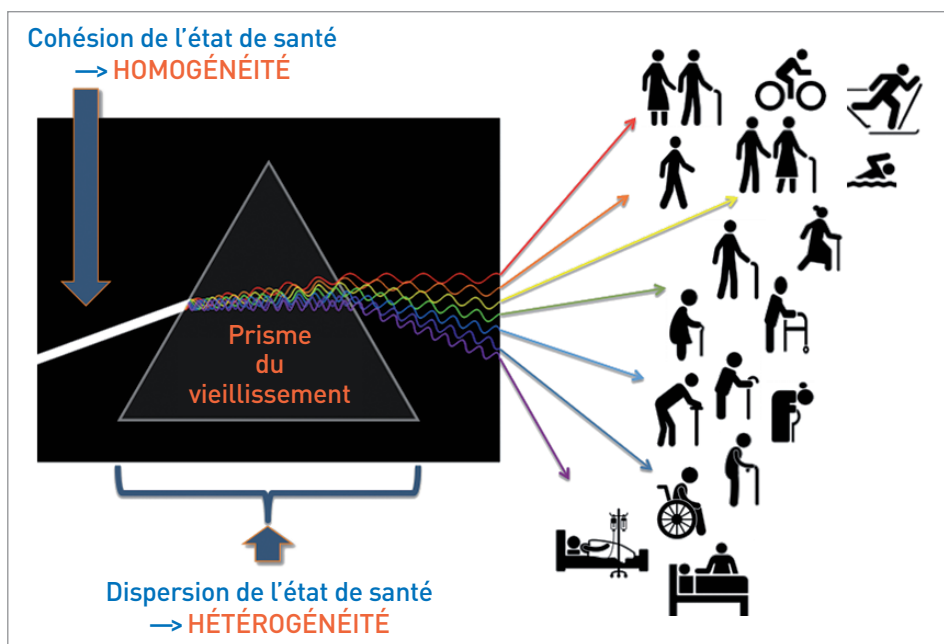


Figure 1 - Hétérogénéité de l'état de santé résultant du vieillissement

et à nombre de ses domaines. Une grande prudence est nécessaire dans ce domaine, les outils les mieux validés permettent une estimation à brève échéance, d'intérêt limité en urologie, alors que ceux qui se projettent à moyen terme ont les résultats les plus aléatoires.

L'EGS permet une classification de l'état de santé des patients en **3 groupes** : les patients robustes, justifiant d'un traitement standard du cancer, les patients fragiles, justifiant d'un traitement palliatif, et, entre ces deux extrêmes, les patients vulnérables, justifiant d'un traitement « adapté » (Figure 3). Cette classification, trop simpliste, a été remplacée par une classification plus élaborée qui fait entrer dans le jeu l'**intervention gériatrique** ; on passe d'une EG purement descriptive à une EG ouvrant vers des possibilités d'interventions thérapeutiques visant à corriger ou compenser les vulnérabilités ou les fragilités identifiées (Figure 4). La plus célèbre de ces classifications « dynamiques » en urologie est celle proposée par Jean-Pierre Droz et Gilles Albrand pour le cancer de la prostate. Les deux groupes extrêmes sont maintenus, mais le groupe intermédiaire est scindé en deux sous-groupes selon l'efficacité de l'intervention gériatrique : un sous-groupe vulnérable dont une partie peut être « reversée » vers le groupe robuste après intervention gériatrique et dont l'autre partie est « reversée » vers le dernier groupe, le groupe de patients fragiles, recevant un traitement adapté. La notion d'intervention gériatrique est absolument cruciale, car elle permet de ne plus considérer le gériatre comme un simple « aiguilleur », mais elle le positionne très justement **comme un partenaire actif** de l'urologue tout au long du parcours thérapeutique. Le rôle du gériatre dans cette première phase est d'évaluer le patient comme cela a été décrit. Ensuite, pour les patients le nécessitant, le gériatre va instituer une intervention correctrice ou palliative des vulnérabilités ou fragilités identifiées. Cette intervention généralement multimodale peut permettre de préparer le patient au traitement anti-cancéreux, dans tous les cas elle

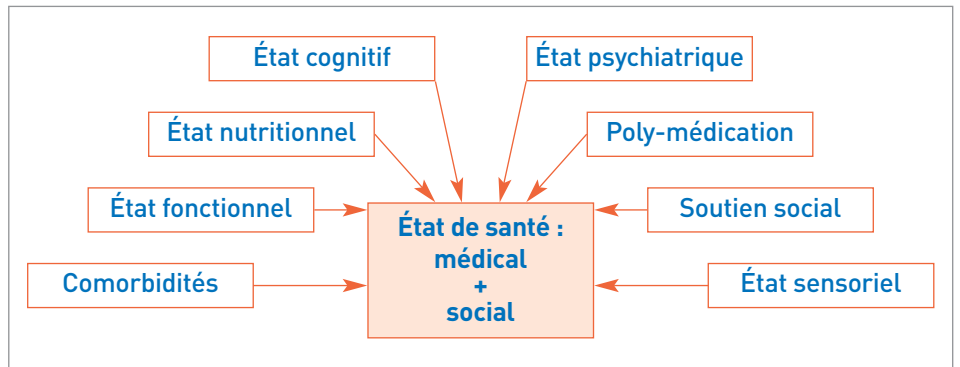


Figure 2 - Composantes de l'évaluation gériatrique

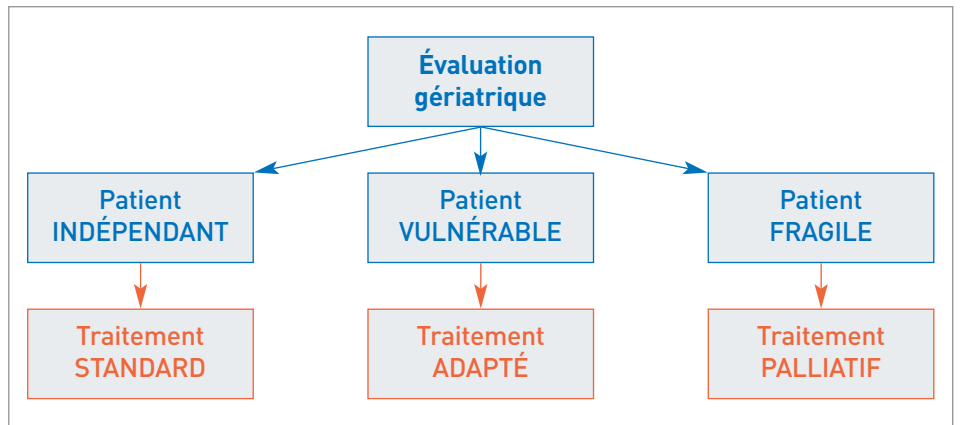


Figure 3 - Concept ancien du tri des patients par évaluation gériatrique

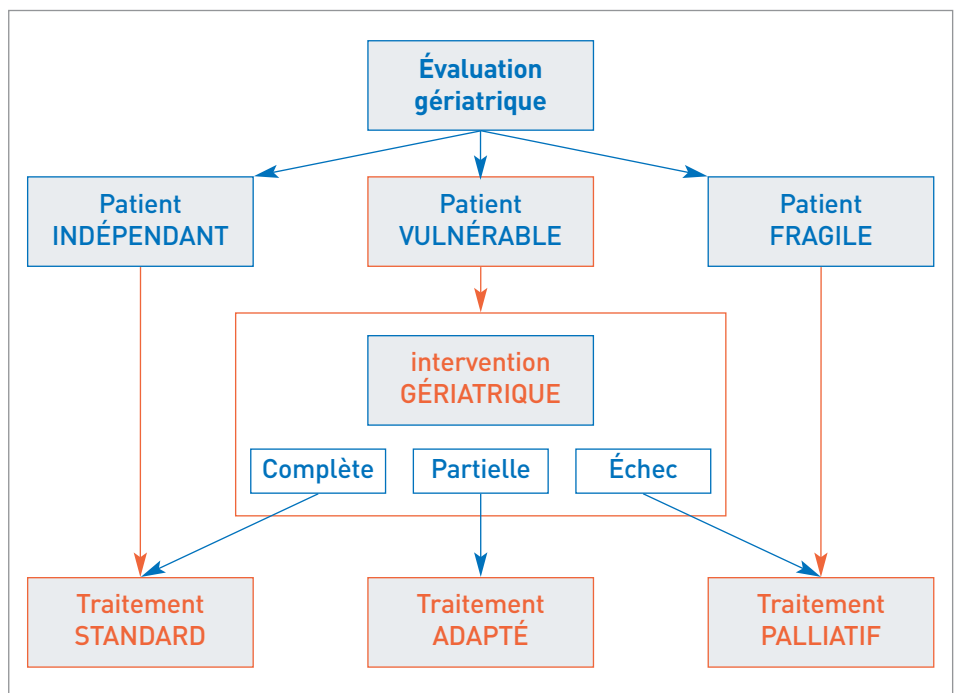


Figure 4 - Concept actuel de tri des patients et de leur accompagnement par le gériatre en vue d'améliorer leur état de santé et de prendre des décisions pertinentes

constituera le socle des actions d'accompagnement du patient durant son parcours thérapeutique, qu'il soit curatif ou palliatif. L'accompagnement des patients âgés présentant un cancer ne se résume donc pas à l'anticipation de leur décès. L'anticipation de la survie au cancer est tout aussi essentielle. On estime qu'en 2020, 2 survivants d'un cancer sur 3 auront plus de 65 ans !

Il apparaît tout à fait indispensable pour les urologues de construire un parcours de soins spécifique aux patients âgés, allant du diagnostic au traitement et passant par l'évaluation ; l'objectif principal

étant **la préservation de l'indépendance** des patients. Ce parcours peut s'inspirer de celui de réhabilitation améliorée après chirurgie, en l'adaptant à la marge et, surtout, en le généralisant. Cela nécessite à chacun d'identifier les structures ressources dans sa région. Cette démarche nécessite aussi de nouer des relations étroites de collaboration avec les gériatres afin de construire un partenariat fort qui débutera par une éducation réciproque aux cultures onco-urologiques et gériatriques. Ce travail « extrait » l'urologue du bloc opératoire pour le repositionner dans son métier de médecin

afin de respecter l'équilibre médico-chirurgical de la spécialité.

Soyons persuadés que la gériatrie n'est rien d'autre que de la « bonne médecine » et que les progrès accomplis dans les soins aux patients âgés bénéficieront à tous les patients, quel que soit leur âge.

**Pierre MONGIAT-ARTUS,
Yann NEUZILLET**

Référence

<https://www.urofrance.org/publications-livres/publications-scientifiques/rapports-du-congres.html>

Annexe 1 - Questionnaire G8

Test de dépistage du recours au gériatre chez un patient âgé atteint de cancer

Questions (temps médian de remplissage = 4,4 minutes)	Réponses	Cotations
Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?	Anorexie sévère Anorexie modérée Pas d'anorexie	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Perte de poids dans les 3 derniers mois	> 3 kg Ne sait pas Entre 1 et 3 kg Pas de perte de poids	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Motricité	Lit – Fauteuil Autonome à l'intérieur Sort du domicile	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Troubles neuro-psychiatriques	Démence ou dépression sévère Démence ou dépression modérée Pas de trouble psychiatrique	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Indice de Masse Corporelle = Poids/(Taille) ²	< 19 19 – 21 21 – 23 > 23	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Plus de 3 médicaments	Oui Non	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?	Moins bonne Ne sais pas Aussi bonne Meilleure	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Age	> 85 ans 80 – 85 ans < 80 ans	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Score total		/17
Interprétation	> 14 = Prise en charge standard ≤ 14 = Evaluation gériatrique spécialisée	

D'après Soubeyran P. *Validation of G8 screening tool in geriatric oncology: The ONCODAGE project.* JCO 2011;29:Abs9001.

La Coordination Nationale des Collèges des Enseignants en Médecine (CNCEM, <https://cncem.fr>) a été fondée en 2015, à l'initiative de Luc Mouthon et Olivier Claris, sous l'égide de la conférence des Doyens et des Présidents de CNU, pour participer à la mise en place de la réforme des études médicales et coordonner le travail de l'ensemble des collèges des enseignants en médecine pour l'enseignement universitaire et la formation continue. La CNCEM, avec la conférence des Doyens et les CNU, est devenue un interlocuteur incontournable des pouvoirs publics (ministères, DGOS, ONDPS, CNOM, etc.), et des étudiants et internes pour la mise en place de la réforme des 1^{er}, 2^e et 3^e cycles des études médicales.

La CNCEM rassemble l'ensemble des collèges des enseignants de médecine pour harmoniser, promouvoir et coordonner l'enseignement de la médecine. La CNCEM permet aussi de faire remonter collectivement l'avis des Collèges vers la Conférence des Doyens et des Présidents de CNU.

La CNCEM est composée de l'ensemble des 66 présidents des Collèges et est organisée autour d'un bureau de 11 membres élus.

Le bureau de la CNCEM élu en janvier 2020 est constitué par Luc Mouthon (médecine interne, président), Olivier Farges (chirurgie viscérale et digestive, vice-président), Vincent Gajdos (pédiatrie), Eric Lechevallier (urologie, secrétaire), Benoit Legoff (rhumatologie, trésorier adjoint), Marie-Rose Moro (psychiatrie, chargée de la communication), Benoit Plaud (anesthésie-réanimation, trésorier), Claire Rodriguez-Lafrasse (médecine moléculaire, secrétaire adjointe), Pascal Staccini (épidémiologie, chargé de mission du numérique), Alain Boissonas.

Les principaux travaux à venir vont être la mise à jour des référentiels, la finalisation de la mise en place de la réforme des études médicales à la rentrée 2020 (phase de consolidation pour le 3^e cycle) et la mise en place de la formation et l'évaluation des compétences (livret de suivi des apprentissages, LISA, pour le 2^e cycle). Ces travaux vont nécessiter une implication très importante des Collèges.

La CNCEM et le CFEU

Pour UROjonction, *Éric Lechevallier* nouvellement nommé *Président du CFEU (Collège Français des Enseignants d'Urologie)*, et *Secrétaire au sein de la CNCEM*, nous présente les membres et les missions de ces organisations.



Eric LECHEVALLIER
Président
du CFEU

Collège Français des Enseignants d'Urologie



Conseil d'Administration

Président : Eric Lechevallier
Vice-présidente : Véronique Phé
Secrétaire Général : Julien Branchereau
Trésorier, Secrétaire scientifique : Mathieu Roumigué

Référents :

- ECU : J. Branchereau
- Plateformes numériques : M. Roumigué
- Référentiel des connaissances, EAU-ESU : V. Phé
- Réformes des études médicales : E. Lechevallier, O. Bouchot

Secrétariat

Elodie Savourat – Marianne Bouet

Coordonnateurs régionaux

12 régions + Antilles + Réunion

- Aurélien Descazeaud – Nouvelle Aquitaine
- Luc Cormier – Bourgogne Franche Comté
- Stéphane Droupy – Occitanie
- Laurent Guy – Auvergne Rhône Alpes
- Morgan Rouprêt – Île de France
- Arnaud Villers – Hauts de France
- Charles-Karim Bensalah – Bretagne
- Marc Gigante – La Réunion
- Pascal Eschwege – Grand Est
- Jean-Nicolas Cornu – Normandie
- Olivier Hailot – Centre Val de Loire
- Olivier Bouchot – Pays de Loire
- Eric Lechevallier – Provence Alpes Côte d'Azur
- Pascal Blanchet – Antilles Guyane

AFUF

Ines Dominique
Édouard Fortier

Responsable CFC AFU

Luc Corbel (correspondant :
E. Lechevallier et UroDPC)

Représentant SNCUF

Nathalie Berrogain

Représentant AFU

Laurent Guy

Conseil Scientifique AFU

Marc-Olivier Timsit

Représentants CNPU

Nathalie Berrogain
Eric Lechevallier

EBU

Olivier Hailot

EAU ESU

Véronique Phé

Réforme des études médicales

Olivier Bouchot
Eric Lechevallier

Représentant du CFU à l'Académie Nationale de Médecine (groupe XV)

Jacques Hubert

LISA

Alexandre Ingels

Calendrier 2020

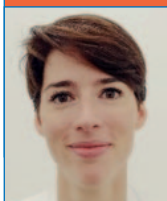
Épreuves et enseignement DESC/DES :
3-4 avril 2020 et 2-3 octobre 2020

Réunions CFEU – CNU 52-04 :

- JOUM – Toulouse : Samedi 13/06/2020 – 8h-9h
- CFU : Mercredi 18/11/2020 – 12h-13h

Eric LECHEVALLIER

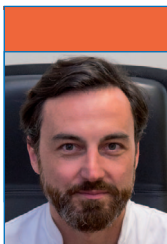
<https://www.urofrance.org/quisommes-nous/autres-instances-urologiques/cfu.html>
<https://cncem.fr/>



Dossier
préparé par
**Caroline
PETTENATI**

Rencontres avec de jeunes urologues

UROjonction porte bien son nom, car avec la nouvelle rubrique « Rencontres », nous vous proposons de découvrir, au fil des numéros, de jeunes urologues aux profils variés : universitaires, libéraux, installés dans les hôpitaux régionaux publics ou ESPIC. Par leurs parcours, ils témoigneront de la diversité de notre spécialité. Je remercie Matthieu Durand, Solène Gardic, Marie-Aimée Perrouin-Verbe et Thomas Polguer qui ont accepté la difficile tâche de lancer le premier mouvement !



**Matthieu
DURAND**

Le parcours universitaire

Le parcours universitaire est une démarche qui, par son envergure, occupe une place importante dans une vie. Il y a certainement de multiples raisons qui animent chacun à s'engager dans une telle carrière. Mais pour tous, je pense, quand ce choix est fait, il prend alors racine peu à peu au fond de soi et devient le mobile qui relie chacune de ses actions et objectifs. C'est ainsi que petit à petit on prend le chemin de cette construction qui est au moins autant personnelle que collective, me semble-t-il. Pour ma part, au CHU de Nice, c'est en tout cas ainsi que je le vis. Et c'est tout ce qui en fait la difficulté, particulièrement dans des territoires, comme le nôtre ici dans les Alpes-Maritimes, où la présence universitaire souffre de trop peu de postes ouverts pour un si grand nombre de tâches à faire. Dans ce type de configuration particulièrement, la réussite d'un projet universitaire qui allie soins, enseignement, recherche et management, n'est possible que si elle est partagée pour être plurielle et compter sur des esprits fédérés. Mais l'énergie passée à construire cette équipe, dissout inévitablement l'énergie nécessaire à se construire soi-même. C'est une difficulté qui n'est pas toujours facile de faire entendre.

Dans cette aventure humaine comme dans n'importe quelle autre, les rencontres et les identifications font le lit de sa propre personnalité et la route de sa démarche. J'ai, pour ma part, eu la chance

d'être reçu très tôt par Ash K. Tewari, pendant près de 2 ans à New-York, à deux moments différents de ma formation. À Cornell, tout d'abord, où j'ai réalisé ma mobilité puis à ICAHN ensuite où j'ai poursuivi mes travaux de thèse de science sur l'imagerie IRM 7T de cancer de la prostate. Chez lui, ça n'est pas tant l'homme, opérateur hors du commun qui m'a marqué, que sa capacité à attirer les talents et à faire confiance à des personnes sans aucune garantie initiale de leur travail et de leur efficacité. Avec lui, j'ai pu me nourrir des nombreux échanges entre chercheurs venus du monde entier pour construire alors mon projet de microscopie multiphotonique de la prostate et d'imagerie haute résolution par IRM expérimentales avec des physiciens passionnés. C'est aujourd'hui ce qui nourrit les projets de recherches des internes de notre centre à Nice pour ceux qui souhaitent, à leur tour, partir sur ces programmes en cours.

C'était une chance pour moi d'avoir pu retenir un instant l'attention de A.K. Tewari, une chance aussi que le Professeur Jean Amiel m'a donné en me laissant partir. C'est cette même chance que j'essaie de communiquer aujourd'hui aux plus jeunes de notre groupe qui témoignent d'un réel investissement pour s'engager dans une forme de continuité de recherche et de relation entre l'Université Côte D'Azur et ICAHN University. De retour en France, j'ai pu mettre à profit mon expérience dans la recherche clinique au sein de notre équipe, toujours avec la confiance originelle du Professeur Jean Amiel et du Professeur Daniel Chevallier et aujourd'hui celle du Pro-

fesseur Eric Lechevallier. Ces soutiens originaux et ceux que l'on tisse avec le temps sont indispensables à son parcours. J'ai donc pu consolider notre démarche en mettant en place une cellule d'appui à la recherche au sein du service avec différents financements permettant de disposer de deux ARCs dédiés. Cette cellule m'a permis d'écrire et de développer deux études multicentriques françaises, PRECOCE (pour l'évaluation du désosage précoce 3h après photovaporisation grâce à un protocole avec épargne morphinique) et AMBULAPS avec Brannwel Tibi (pour évaluer la faisabilité de la promontofixation en ambulatoire). La première étude aura pris 3 ans de réalisation jusqu'aux analyses statistiques récemment obtenues, nous en publierons très prochainement les résultats.

C'est en cela que la démarche universitaire est longue et s'impose à soi comme un mode de vie avec sa propre temporalité car même en voulant aller vite, et particulièrement quand il faut se former, former, publier et convaincre à la fois, toute son énergie ne permet pas toujours de sauter des étapes. C'est donc bien sûr un choix de concession, fait d'opportunités et parfois de renoncements. Un choix, quand on considère la société d'aujourd'hui, comme un peu à contre-courant car très accaparant, comme une sorte de passion dévorante qui laisse peu de place pour soi. Mais c'est une fabuleuse manière de se réaliser, c'est une source de satisfaction et de plaisirs collectifs avec une opportunité de construction et de soif de connaissance intarissable faisant toute la valeur de cet engagement.

Matthieu DURAND
PHU à l'Hôpital Pasteur 2, CHU de Nice

Des débuts compliqués et heureux !

Un grand merci tout d'abord à UROjonction de nous donner l'opportunité de nous présenter à vous, nous les plus jeunes, pour beaucoup complètement inconnus de vous.

Je suis chirurgien urologue diplômée de la Faculté de Limoges. J'ai aujourd'hui 34 ans et suis installée en libéral à Nîmes dans le Gard depuis l'année dernière.

Mon parcours est des plus simples : 1^{re} année de Médecine à la Faculté de Limoges, Internat de Chirurgie au CHU Dupuytren de Limoges, un DU de pathologie pelvi-périnéale et un DIU de chirurgie robotique, un post-internat au CHU de Limoges.

Mon post-internat fut long : une première année d'assistantat partagé puis 3 ans de CCA. Pensant rester au CHU, mais la vie en a décidé autrement et ne me voyant pas m'épanouir plus longtemps dans cette structure, j'ai décidé d'aller voguer vers d'autres horizons. Public ou privé : peu m'importait ! Et le hasard a voulu que je rencontre l'équipe libérale du Gard (UROGARD) et, comme on dit aujourd'hui : ça a plutôt bien matché !

Après 6 mois de remplacement d'un associé parti découvrir le monde, je suis restée et suis devenue associée en mai 2019 : associée à 7 urologues hommes ! Être une femme dans l'équipe a été un atout, je ré-

pondais à une demande de nombreux patients ou patientes.

Mes débuts en libéral ? Compliqués et heureux en même temps !

Compliqués, car j'étais ici complètement inconnue : aussi bien à la clinique qu'au près des généralistes de la région ! Mais petit à petit le bouche-à-oreilles fonctionne et les choses se font doucement.

Compliqués, parce qu'on a l'impression de tout réapprendre : perte des repères, habitudes locales, essayer de se faire un réseau entre spécialistes.

Compliqués, parce qu'on a l'impression d'être testée et que l'on se pose mille questions !

Heureux, parce que j'ai la chance d'avoir intégré une équipe dotée d'un plateau technique génial (robotique, HoLEP, Focal One, Koelis)

Heureux, car j'ai compris que je n'étais pas toute seule et que mes faiblesses d'aujourd'hui allaient disparaître progressivement.

Un an à peine après mon installation, malgré des moments parfois difficiles (que l'on

a de toute façon tout au long de notre carrière), mon sourire et mon énergie sont toujours là !

Mes ambitions ?

Pour le moment, continuer à m'intégrer doucement dans le paysage médical local.

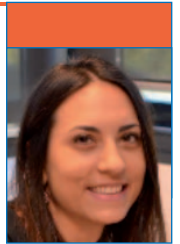
Continuer à progresser dans ma technique chirurgicale : je suis très généraliste et mon défaut : aimer tout... : cancérologie, fonctionnel, statique, lithiase... Pour le moment je ne me vois pas ne pas faire l'un ou l'autre mais je verrai peut être les choses différemment dans quelques temps !

Mes souhaits ?

Avoir un jour la chance de démarrer et de développer une activité nouvelle comme l'ont fait beaucoup avec l'HoleP ! Curieuse de savoir ce que la technologie nous apportera dans les années futures !

Et dans quelques temps essayer de m'impliquer à l'échelle nationale : on verra bien dans quel domaine !

Solène GARDIC
Cabinet UROGARD, Nîmes



Solène GARDIC

Trouver son équilibre

On a pour habitude de dire que « choisir c'est renoncer », mais il s'agit avant tout de trouver son équilibre. Un parcours professionnel, à fortiori en chirurgie, est fait de doutes, de remises en question. Pour moi, il s'agit avant tout d'investissements. Actuellement PH d'Urologie, je suis responsable de l'activité de neuro-urologie et urologie fonctionnelle au sein du service d'urologie du CHU de Nantes, ce chemin n'était pourtant pas gagné d'avance.

L'urologie, en particulier la neuro-urologie m'ont très vite attirée au cours de mes études. J'ai eu la chance de rencontrer des praticiens, le Dr Loïc Le Normand en particulier, qui m'ont inspiré et donné le goût pour cette activité.

Mais arrive le concours de l'internat, le classement limite, et la nécessité de partir

à Brest pour faire urologie. L'idée de la neuro-uro s'est éloignée, je n'y pensais plus, au moins au départ. J'ai vécu 8 ans à Brest, y ai rencontré mon mari. Je m'y suis investie, sur une thématique tout autre en cancérologie (cancer de la prostate), et me suis vu proposer une carrière universitaire. Après un M2, j'ai donc poursuivi sur une thèse de sciences, toujours en cancérologie, soutenue en 2017, ma fille avait alors 2 ans.

Je ne me posais alors pas de question, je n'avais pas encore de réel plan de carrière, à part celui de m'investir et d'avancer. Jusqu'au jour où il m'a été proposé de revenir à Nantes. Plus exactement, jusqu'au jour où Loïc Le Normand m'a proposé d'as-

surer sa succession sur son activité de neuro-urologie. J'ai d'abord refusé. Trop compliqué, trop de sacrifice pour le couple, pas de certitude de carrière, encore moins HU. De plus, aucune certitude de poste pour mon mari, lui aussi chirurgien. Mais le chant des sirènes est tenace : une deuxième rencontre décisive avec le service de la Pitié-Salpêtrière, au sein duquel je suis restée un an et demi, a eu raison de mes dernières hésitations. À Nantes, une opportunité de poste de CCA, pour nous deux, a permis de débloquer la situation.



Marie-Aimée PERROUIN-VERBE

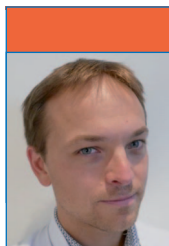
Aujourd'hui, j'ai la chance et la responsabilité de coordonner cette activité d'urologie fonctionnelle et de neuro-urologie depuis un an. Mon ambition est de poursuivre la direction donnée à cette activité, de développer davantage la chirurgie robotique, l'ambulatoire, mais aussi la recherche. En effet, je suis responsable de l'unité d'investigation clinique du service, participe à de nombreux protocoles de recherche, et j'ai intégré une équipe Inserm sur des travaux spécifiques sur l'urothélium chez le blessé médullaire. Je suis également

membre du Comité de neuro-urologie de l'AFU, et du GENULF (Groupe d'Etude de Neuro-Urologie de Langue Française). Encore quelques cases à cocher cependant avant la nomination : une mobilité de 1 an en Angleterre fin 2020, sans ma famille... et l'HDR.

Mon parcours professionnel n'a donc pas toujours été simple. Il est le fruit de rencontres et de choix décisifs. Dans nos cursus, rien n'est gagné d'avance, il faut savoir suivre ses envies mais surtout s'accrocher,

et savoir saisir des opportunités. Ces opportunités ne sont pas non plus le fruit du hasard, il est important de s'investir à chaque étape, même dans une autre thématique que celle rêvée (cela m'a permis de valider ma thèse de sciences !). Enfin, rien n'eût été possible sans le soutien indispensable de mon entourage, des équipes où j'ai pu m'épanouir, et de personnes déterminantes qui se reconnaîtront !

Marie-Aimée PERROUIN-VERBE
PH au CHU de Nantes



**Thomas
POLGUER**

Voilà une philosophie de vie qui me séduit, se situer dans la découverte de

nouvelles formes et concepts. Et justement, passé l'assistantat, l'urologie nous offre une réjouissante gamme de spécialités et de modes d'exercice.

En tant que PH contractuel au sein du service du Pr Guy à Clermont-Ferrand, j'ai peaufiné ma pratique carcinologique et coelioscopique dans une ambiance de confiance et de partage.

Puis les alizés de la trentaine me déposèrent à Roanne. Accueillante clinique du Renaison, dont l'organisation centrée autour des besoins de l'opérateur permet d'optimiser le temps médical. Les anesthésistes règlent l'enchaînement des interventions. Incision à 8 heures, 15 minutes d'inter-salle. Le rêve chirurgical : doubler tranquillement le nombre d'interventions réalisable par jour ! L'équipe est adorable et deux nouvelles années filent à un rythme incroyable.

Il y a plusieurs vies dans une vie. L'appel de la famille résonne et la région de la Drôme semble le meilleur compromis, mieux desservie. À 15 minutes de la gare TGV de Valence, le centre hospitalier de Romans-sur-Isère (HDN) m'accueille au pied du Vercors dont les cimes enneigées sont visibles depuis les salles du bloc opératoire flambant neuf. Le poste de clinicien hospitalier permet d'amortir la différence de traitement avec le privé et les collègues

anesthésistes, sans les aléas d'une installation. L'environnement idéal pour élever mes 4 filles pétillantes.

Un petit CH à taille humaine où l'on se rend à vélo à travers champs en humant les senteurs changeantes des saisons. Je me fais du bien : une étude publiée dans le *British Medical Journal* objective une réduction de 45 % de l'incidence du cancer chez les vélotisseurs (1). La promotion de la santé environnementale devient un hobby, et je remets à mes patients atteints d'un cancer le guide de l'INCa de 2018 sur le cancer et l'activité physique (2) dans lequel on retrouve des réductions de mortalité spécifique par cancer proche de 50 %.

Un petit CH dynamique où l'on doit développer une stratégie d'investissement précise pour jouer avec les contraintes économiques et se lancer par exemple dans l'énucléation prostatique bipolaire ou la mini-PERC. Étudier l'offre de soin locale et la compléter avec des activités spécifiques comme la neuromodulation ou le traitement vapeur Rezum. Coaliser d'autres urologues motivés autour du projet.

La taille et la situation de l'établissement en font un intéressant lieu de résilience. Il permet de se rapprocher de son lieu d'exercice, et la restauration peut compter sur la production maraîchère locale. Bref, un fonctionnement plus compatible avec les limites systémiques soulignées par des ingénieurs de l'énergie comme Jean-Marc Jancovici. Reste le grand chantier du développement durable au bloc opératoire...

Expérimenter un régime diversifié !

L'adaptation de notre pratique aux défis que ne manqueront pas de poser l'exercice en situation énergétique contrainte et le respect des engagements nationaux de réduction des GES est à mon sens la problématique centrale de notre époque. Pour ne pas donner raison à la citation de Nicolas Machiavel « *L'habituel défaut de l'homme est de ne pas prévoir l'orage par beau temps* », je souhaite m'investir dans la création d'un comité de développement durable au sein de l'AFU, à l'instar de nos collègues de la SFAR (3).

Sa mission reste à définir. Elle pourrait aller de la promotion de l'examen clinique à l'étude comparative de l'empreinte carbone des filières de soin, la création d'un guide des solutions techniques *low-tech*, en passant par la gestion des déchets et l'anticipation des situations de carence matérielle (consommable, pièces de rechange, etc.) ou de pénurie médicamenteuse.

Je crois que l'AFU possède toutes les cartes pour devenir leader du sujet sur la scène nationale.

Thomas POLGUER, Hopitaux Drome Nord, Romans-sur-Isère

1. Association between active commuting and incident cardiovascular disease, cancer, and mortality: prospective cohort study. *Celis-Morales CA and Co, BMJ. 2017.*
2. Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer - Des connaissances aux repères pratiques. *INCA, mars 2017.*
3. Guide pratique du développement durable au bloc opératoire. *SFAR et C2DS, septembre 2017.*

Incontinence urinaire, troubles de la statique pelvienne : quel avenir pour la chirurgie avec prothèse ?



Xavier
GAMÉ
Secrétaire
Général de l'AFU

À la suite de l'implant files et de la médiatisation des complications survenues avec certains dispositifs désormais retirés du marché, en particulier dans le cadre de l'émission « Cash investigation », les autorités de santé se sont emparées du sujet et ce depuis plus d'un an.

La problématique concerne tous les dispositifs médicaux implantables type plaque de renfort pour la chirurgie du prolapsus des organes pelviens, les bandelettes sous-urétrales pour le traitement de l'incontinence urinaire de la femme et les dispositifs destinés au traitement par voie haute du prolapsus des organes pelviens. L'ensemble des différentes agences sont actuellement mobilisées sur ce dossier incluant ainsi la Direction Générale de la Santé, la Direction Générale de l'Organisation des Soins, l'Agence Nationale de Surveillance du Médicament et la Haute Autorité de Santé.

Arrêté d'encadrement

Dans un premier temps, en décembre 2018, un projet d'arrêté d'encadrement de l'activité a été émis par la DGOS qui restreignait très fortement la possibilité de réaliser toutes ces interventions en particulier par les urologues. L'AFU, qui n'avait pas été conviée aux discussions initiales portant sur cet arrêté, a très rapidement réagi par l'intermédiaire de son bureau et a fait savoir à la Direction Générale de l'Organisation des Soins qu'elle souhaitait donner son avis et qu'elle n'accepterait pas que tout arrêté d'encadrement de cette activité puisse être émis sans son aval. Les points les plus limitants dans ce projet d'arrêté étaient :

- que les chirurgiens mettant en place de tels dispositifs devaient avoir eu un parcours de formation en gynécologie ;

- que les cas complexes ou nécessitant la mise en place de prothèse de renfort par voie vaginale devaient être discutés au sein de RCP dont l'organisateur devait être un gynécologue ;
- et enfin des seuils d'activités avaient été évoqués.

Depuis, de multiples réunions ont eu lieu autour de ce projet d'arrêté qui devait, dans un deuxième temps, être décliné sous la forme de deux arrêtés, un arrêté sur la chirurgie du prolapsus et un arrêté sur la chirurgie de l'incontinence urinaire à l'effort. Aux dernières nouvelles, ces arrêtés qui devaient être publiés au printemps 2019 ne l'ont toujours pas été et semblent être abandonnés.

Contrôle des dispositifs médicaux implantables

Parallèlement à l'idée d'encadrer l'activité, un meilleur contrôle des dispositifs médicaux a été mis en place. En effet, les bandelettes sous-urétrales et les implants de renfort pour prolapsus pelvien sont désormais passées en classe 3 qui correspond à la classe des risques les plus élevés. Cela implique désormais pour tous les fabricants et par nom de marque, de réaliser des études cliniques évaluant à la fois l'efficacité et la tolérance des produits. Cela concerne évidemment tous les nouveaux produits à venir mais, parallèlement, un décret a été publié le 22 février 2019 demandant aux différents industriels de communiquer les résultats des études cliniques en termes d'efficacité et d'innocuité des dispositifs médicaux, en nom de marque, actuellement sur le marché. Les délais impartis variaient en fonction des dispositifs avec un délai de neuf mois pour les dispositifs implantables destinés au traitement par voie vaginale du prolapsus des organes pelviens, de quinze mois pour les dispositifs implantables destinés au

traitement par voie vaginale de l'incontinence urinaire, et de vingt-quatre mois pour les dispositifs destinés au traitement par voie haute du prolapsus des organes pelviens.

Dispositifs implantables destinés au traitement par voie vaginal du prolapsus des organes pelviens

Cela impliquait donc que les différentes informations soient communiquées avant le 27 novembre 2019 concernant la chirurgie du prolapsus par voie basse avec prothèse. Malheureusement, aucun fabricant n'a été en mesure de fournir les documents demandés, ce qui incitait les pouvoirs publics à interdire toute commercialisation de ces prothèses en France à compter du 27 novembre 2019. Toutefois, après de multiples discussions incluant l'AFU, la SIFUD-PP, le CNGOF, la SCGP et la Direction Générale de la Santé, un arrêté de prolongation du délai a été publié qui le repoussait au 27 février 2020. Parallèlement, les pouvoirs publics souhaitaient que les sociétés savantes mettent en place des études de recherche clinique multicentrique et prospective permettant d'évaluer ces dispositifs et tout cela dans un délai de moins de trois mois ce qui est, d'une part, totalement impossible du fait du cadre réglementaire actuel et, d'autre part, aucun financement spécifique n'était envisagé. Les sociétés savantes et l'AFU en particulier ont proposé, concernant les prothèses par voie vaginale pour prolapsus des organes pelviens, que leurs indications respectent les recommandations du CUROPF publiées en 2016, qu'elles soient décidées en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) de statique pelvienne et que toutes les implantations soient colligées dans un registre. Il existe aujourd'hui un registre disponible qui a été mis en place par le

CHU de Poitiers et qui est cofinancé par l'ANSM, il s'agit du registre VIGIMESH. Nous ne pouvons qu'inciter les urologues à s'impliquer dans ce registre qui inclut à la fois les prothèses placées par voie vaginale, les bandelettes sous-urétrales et les prothèses utilisées pour la chirurgie par voie abdominale. Parallèlement, l'AFU, par l'intermédiaire de son CNPU, a déposé une demande à la Fédération des Spécialités Médicales pour le développement d'un registre, registre qui permettrait de prendre le relais de VIGIMESH et qui pourrait être copiloté par l'AFU et par le CNGOF. Un point de désaccord important est toutefois à noter entre les sociétés savantes gynécologiques et l'AFU puisque les premières souhaitent qu'un seuil d'activité soit imposé pour pouvoir mettre en place des prothèses par voie vaginale. L'AFU est fortement opposé à la notion de seuil qui n'a jamais été garant d'une qualité des soins.

Le 28 février 2020, l'AFU a reçu un courrier de la DGS indiquant qu'« à compter du 27 février 2020, la mise à disposition et l'utilisation de ces dispositifs dans les établissements de santé en France ne pourront se faire que dans le cadre d'une investigation clinique ». Un arrêté devrait prochainement être publié.

Bandelettes sous-urétrales

Concernant les bandelettes sous-urétrales pour le traitement de l'incontinence urinaire de la femme, il reste jusqu'au mois de mai 2020 aux différents fabricants pour déposer des dossiers avec les informations cliniques en nom de marque. Toutefois, lorsqu'on regarde les données actuelles de la littérature, nous pouvons être confiant quant au maintien de la commercialisation d'une grande partie des bandelettes actuellement sur le marché en particulier pour la voie rétropubienne, très probablement aussi pour la voie transobturatrice. En revanche, les données actuellement disponibles concernant les bandelettes ajustables par incision unique restent limitées et il est difficile de prédire ce que sera la conclusion des différentes agences. Une audition de l'AFU par le CNEDIMTS à la Haute Autorité de Santé est prévue le 24 mars 2020. Son objet

est de connaître la position des différentes sociétés savantes impliquées dans le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort de la femme sur les bandelettes sous-urétrales. Il est bien évident que l'AFU défendra l'utilisation des bandelettes.

Dispositifs destinés au traitement par voie haute du prolapsus des organes pelviens

Concernant la chirurgie du prolapsus par voie haute, technique considérée comme technique de référence par la Haute Autorité de Santé et ce depuis 2007, nous n'avons à ce jour aucune information en dehors du fait que les données devront être transmises par les fabricants avant le 27 février 2021.

Engagements pris par l'AFU

Parallèlement à ses actions auprès des pouvoirs publics, l'AFU s'est engagée à aider les urologues dans leur pratique du traitement du prolapsus des organes pelviens et de l'incontinence urinaire à l'effort de la femme. En ce sens, une journée thématique correspondante a été réalisée le 13 décembre 2019 et sera poursuivie dans les années futures ; conjointement avec la SIFUD-PP, le CNGOF, la SCGP, des recommandations pour le traitement des complications de ces interventions vont être établies et, enfin, l'AFU va participer à l'élaboration de recommandations sur le traitement

des troubles de la statique pelvienne de la femme auprès de la Haute Autorité de Santé à la demande de la Ministre de la Santé.

Au total : la chirurgie par voie vaginale des prolapsus des organes pelviens à l'aide de dispositifs médicaux implantables est interdite en France en dehors de tout essai clinique. Pour la chirurgie de l'incontinence urinaire à l'effort, nous pouvons rester optimiste, au moins en ce qui concerne les bandelettes sous-urétrales par voie rétropubienne et probablement pour les voies transobturatrices et nous ne devrions pas assister à une situation comparable à celle du Royaume-Uni qui préconise en première intention l'intervention de Burch ou la mise en place d'une bandelette aponévrotique sous-cervicale. Enfin, concernant la promontofixation, il existe un risque concernant les données disponibles auprès des fabricants en nom de marque mais nous ne manquerons pas de rappeler que pour la Haute Autorité de Santé, et depuis 2007, il s'agit de la technique de référence.

Enfin, pour toute chirurgie, en particulier celle utilisant les dispositifs médicaux implantables, il paraît indispensable aujourd'hui que cette dernière soit enregistrée dans des registres, registres que l'AFU, via son CNPU, s'est engagée à mettre en place.

Xavier GAMÉ

LES TEMPS CHANGENT.

HIER

C'EST QUOI ÇA DANS LA POCHE DE TA VESTE ?



AUJOURD'HUI

ENCORE UNE PROTHÈSE MAMMAIRE PIP QUI TA PÉTÉ À LA GUEULE ?



CHIMULUS

La retraite des urologues : hier, aujourd'hui et demain



Didier
LEGEAIS
Président
du SNCUF

A. Introduction

La France compte aujourd'hui plus de 37 régimes de retraites dont 15 régimes spéciaux pour 4,5 millions de retraités et 4,7 millions de cotisants. Pour les seuls régimes spéciaux, il y a 500 000 actifs pour 1,1 millions de pensionnés. Le régime général quant à lui compte 15 millions de retraités pour 18 millions d'actifs...

Dans ces régimes spéciaux, certains bénéficient d'un calcul sur les 6 derniers mois d'activité alors que le régime général calcule la pension sur la moyenne des 25 dernières années, certains partent en retraite à 42 ans contre 60 ans dans le régime général et 65-67 ans pour les médecins libéraux relevant de la CARMF.

Les dépenses et recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale dépassent les 500 milliards d'Euros. Le « papy boom » bouscule les réalités et les équilibres. Depuis des années, chaque gouvernement réfléchit à réformer pour éviter les déficits et le cercle infernal du déficit engendrant du chômage et vice-versa.

Alors, faut-il ou non réformer les régimes de retraites ? Quelles sont les réalités de ces régimes dont certains ont plus de 3 siècles ? Quels sont les enjeux pour les urologues aujourd'hui du régime universel proposé par le gouvernement d'Édouard Philippe ?

B. Historique

Dès les années 1970, l'Union européenne attire l'attention des Etats membres sur les perspectives difficiles en matière de retraite et prône l'allongement de la durée des carrières, le relèvement des taux d'emploi, le développement des régimes complémentaires d'entreprise en capitalisation, pour compenser la baisse, au moins relative, des retraites de base.

	Recettes (en milliards d'€)	Dépenses (en milliards d'€)
Maladie	220,8	223,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	15,0	13,6
Vieillesse	244,1	247,3
Famille	51,0	50,3
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	516,2	521,8

Figure 1 - Budget de l'ensemble des régimes obligatoires de base de SS, PLFSS 2020

→ **1993** : les retraites du secteur privé : la masse salariale diminue. Du jamais vu depuis la guerre. Il faut diminuer le niveau relatif des pensions et repousser l'âge effectif du départ en retraite :

- le calcul de la retraite, effectué sur les dix meilleures années, passe progressivement aux vingt-cinq meilleures années en 2008 ;
- la condition de 37 années et demie d'assurance pour partir sans abattement dès 60 ans est portée progressivement à 40 années en 2003 ;
- enfin, l'indexation sur les prix, et non plus sur les salaires, des pensions et des droits en cours de constitution, est pérennisée.

→ **10 février 1993** : l'accord ARRCO (Association des régimes de retraites complémentaires) prévoit le passage progressif du taux de cotisation obligatoire de 4 à 6 %, ce qui augmente les ressources des régimes.

→ **1993** : réforme Veil-Balladur du régime général et des régimes alignés. Ils allongent la durée de cotisation de 37,5 à 40 annuités. La base de calcul de la retraite des salariés se base désormais

sur les 25 meilleures années et non plus les 10 meilleures. Accord ARRCO portant le taux de cotisation obligatoire de 4 à 6 % et supprimant la possibilité d'adhérer à un taux supérieur à 6 %.

→ **En 1994**, l'AGIRC (Association générale des institutions de retraites des cadres) gèle la revalorisation du point de retraite, aligne les conditions de réversion pour les hommes (65 ans jusqu'à) et les femmes (50 ans) sur l'âge de 60 ans, diminue les majorations pour enfants. Cette mesure donnera lieu à une instance judiciaire et aboutira à un arrêt de la Cour de Cassation du 23 novembre 1999 protégeant les droits liquidés.

→ **1995** : Alain Juppé propose d'allonger la durée de cotisation de 37,5 à 40 annuités pour les salariés de la fonction publique.

→ **2000** : création du Conseil d'Orientation des Retraites.

→ **2008** : extension de la réforme aux régimes spéciaux et confirmation du passage de la durée de cotisation nécessaire pour partir avant 65 ans sans abattement de 40 à 41 ans en 2012.

→ **2012** : Décret du 1^{er} novembre « promesse du Président François Hollande », qui assouplit les conditions de départ à la retraite au titre des « carrières longues » : abaissement de l'âge de la retraite à 56 ans dans le régime général. Création d'un « compte pénibilité ». Rachat de trimestres au titre des années d'études. La prise en compte des stages.

→ **2014** : réforme Valls-Touraine « *garantissant l'avenir et la justice du système de retraites* » : allongement de la durée de cotisation pour obtenir la retraite pleine de 166 trimestres pour les générations nées de 1955 à 1957 jusqu'à 172 trimestres, soit 43 années, pour les générations nées à partir de 1973 (62 ans en 2034). L'équilibre financier est recherché à travers un relèvement progressif des cotisations aux régimes de base et par le report de la revalorisation des pensions du 1^{er} avril au 1^{er} octobre.

→ **30 octobre 2015** : accord AGIRC-ARRCO destiné à assurer la pérennité de la retraite complémentaire sur les retraites : il instaure un coefficient de solidarité et des coefficients majorants pour inciter à prolonger la durée d'activité et pose les bases du régime unifié de retraite complémentaire au 1^{er} janvier 2019. Le prix d'achat du point de retraite est augmenté. La date de revalorisation des pensions est décalée au 1^{er} novembre. En 2016, 2017 et 2018, les retraites complémentaires sont revalorisées selon l'indice des prix à la consommation moins 1 point, sans toutefois que leur montant puisse être inférieur à celui de l'année précédente. La cotisation AGFF, qui permet notamment de financer le surcoût de la retraite à taux plein avant 67 ans, est étendue à la tranche C des rémunérations (entre 4 fois et 8 fois le plafond de la Sécurité Sociale).

→ **1^{er} janvier 2019** : le régime unifié AGIRC-ARRCO se substitue aux deux régimes AGIRC et ARRCO. Ce régime comporte deux tranches : une tranche correspondant au salaire jusqu'au plafond de la Sécurité Sociale, sur laquelle le taux de cotisation est de 6,20 % ; une tranche correspondant au salaire compris entre un et huit plafonds de la Sécurité Sociale, sur laquelle le taux de co-

tisation est de 17 % ; le taux d'appel des cotisations passe de 125 à 127 %. Un coefficient de solidarité s'applique aux personnes qui partent à la retraite avant 67 ans ; il se traduit par une minoration de 10 % pendant trois ans du montant de la retraite complémentaire, même si ces personnes remplissent les conditions du taux plein au régime de base. Un coefficient majorant s'applique à la retraite complémentaire des personnes qui décalent leur départ d'au moins huit trimestres. Cette majoration est de 10 % pour les personnes qui décalent leur retraite complémentaire de 2 ans, de 20 % pour celles qui décalent leur retraite complémentaire de 3 ans et de 30 % pour celles qui décalent leur retraite complémentaire de 4 ans.

→ **Début 2017-2020** : nouvelle réforme du gouvernement Macron-Philippe : engagement du président pendant la campagne : **création d'un système de retraite universel par points** : faire converger la quarantaine de régimes de retraite en un système « universel » et installé un système par points où « *1 euro cotisé donne les mêmes droits, quel que soit le moment où il a été versé, quel que soit le statut de celui qui a cotisé* ». Et ce, sans toucher à l'âge de la retraite ni au niveau des pensions. Selon eux : la création d'un système universel beaucoup plus juste, transparent et équitable où « *les règles seront les mêmes pour tous* ».

→ **18 novembre 2019** : le Conseil d'orientation des retraites rend un rapport-bilan et fait des propositions pour garantir l'équilibre en 2025 : déficit attendu entre 8 et 17 milliards d'€ en 2025.

→ **11 décembre 2019** : Edouard Philippe dévoile le projet de réforme : « **tous les Français auront le même niveau de cotisation sur la totalité des revenus jusqu'à 120 000 €** » :

- nouveau système par points à partir de la génération née en 1975, sauf pour les régimes spéciaux (générations 1980 et 1985). Les Français nés avant 1975 ne seront pas concernés par la réforme ;
- un âge pivot avec un système de bonus-malus fixé à 64 ans en 2027 ;
- discussion ouverte autour de 4 axes :

pénibilité, transitions vers le futur système unique à points, minimum contributif et fins de carrière ;

- objectifs : 2021 : première revalorisation du salaire des enseignants, 2022 : entrée dans le système universel de tous les cotisants nés à partir de 2004, 2025 : entrée de tous les assurés nés à partir de 1975 (retraite vers 2037 : 70 % de sa retraite calculée selon l'ancien système) ;
- **âge légal** : L'âge minimal de départ en retraite est maintenu à 62 ans. Un « âge d'équilibre » sera trouvé avec un « système de bonus-malus » [+ 5 % pour chaque année supplémentaire de travail après l'âge pivot, - 5 % par an avant]. L'âge pivot (retraite à taux plein) est prévu à 64 ans mais il devrait évoluer vers 67 ans vers 2060. Quel que soit le nombre de points acquis à l'âge pivot, la retraite solidaire est acquise à taux plein. Des dérogations d'âge continueront à s'appliquer pour les policiers, gendarmes, militaires, pompiers, gardiens de prison mais aussi les personnes inadaptées ou invalides ;
- **pour les régimes spéciaux** : « *nous mettrons fin aux régimes sociaux, progressivement. Le temps du régime universel est venu, celui des régimes spéciaux s'achève* » ;
- **pour les indépendants** : « *La réforme de la CSG et des cotisations vieillesse sera mise en œuvre au 1^{er} janvier 2022. Nous adopterons des modalités douces de convergence des cotisations. Je propose de nous donner un horizon de 15 ans pour y parvenir, ce qui n'interdira pas d'aller plus vite* » pour aligner les cotisations des indépendants. « *Sur les réserves, elles resteront dans les caisses des professionnels concernés, il n'y a donc pas de hold-up, pas de siphonage pour combler tel ou tel trou* ». De plus, des points supplémentaires dès le 1^{er} enfant iront à la mère sauf choix contraire des parents ;
- **une contribution de cotisation de solidarité pour les plus riches** : au-delà de 120 000 € par an, les plus aisés contribueront plus sans obtenir d'avantage. Le montant de cette contribution sera « plus élevé qu'aujourd'hui ».

- **la pension de réversion** : « pour les veufs et les veuves, le système de réversion garantira 70 % des ressources du couple ». La valeur du point retraite garanti dans la loi : « nous nous engageons à ce que la valeur du point ne soit pas fixée à la sauvette au gré des difficultés budgétaires, nous demanderons aux partenaires sociaux de fixer sa valeur » ;
- **des « points de solidarité »** : création de points de solidarité pour les périodes telles que le chômage, la maternité, la maladie et l'invalidité. Possibilité en discussion que les aidants puissent aussi en profiter ;
- **un minimum de pension rehaussé** : objectif : **1000 € pour une retraite minimum à taux plein**, soit environ 85 % du SMIC (contre 868 € actuellement).

C. Hier et aujourd'hui, retraites mode d'emploi : généralités

Le principe de la répartition

Les cotisations payées par les actifs et les entreprises au cours d'une année donnée servent à payer les retraites de cette même année. Elles ouvrent en contrepartie des droits à retraite pour les retraités futurs. La répartition crée ainsi une solidarité entre les actifs et les retraités, entre les jeunes et les plus âgés. On parle de solidarité intergénérationnelle. Pour que le principe de la répartition puisse s'appliquer, cotiser est obligatoire. Ce système permet d'éviter les effets pervers de la capitalisation en temps de forte inflation mais présente un danger lorsque le déséquilibre nécessaire entre cotisants (plus nombreux) et retraités s'équilibre ou s'inverse.

Le principe de la retraite par capitalisation

Les cotisations constituent en théorie un capital qui servira à financer la retraite future. C'est un système d'épargne en théorie individuel mais qui fonctionne collectivement car le capital constitué est redistribué tout ou partie aux retraités avec des garanties de solidarité et de solvabilité.

Les conditions d'âge

Un salarié peut bénéficier de la retraite complémentaire à taux plein :

- avant 62 ans s'il a obtenu sa retraite de base de la Sécurité Sociale à taux plein ou s'il est handicapé ;
- à partir de 62 ans pour un assuré né à partir de 1955 s'il a la durée d'assurance requise et s'il réunit les conditions pour obtenir sa retraite de base de la Sécurité Sociale à taux plein ;
- à partir de 65/67 ans en fonction de l'année de naissance quelle que soit la durée d'assurance ;

Âge légal de départ en retraite

Âge à partir duquel on peut partir en retraite à taux réduit ou à taux plein selon les régimes : de 40 ans à 62 ans.

Âge pivot

Âge à partir duquel on peut partir en retraite à taux plein : de 42 ans à 67 ans selon les régimes.

Cotisation retraite obligatoire au régime de base (régime de la Sécurité Sociale)

Règles fixées par les pouvoirs publics, elles fonctionnent par répartition. Droits acquis en trimestre. Les cotisations sont assises sur une base réglementaire : le plafond de la Sécurité Sociale pour les salariés, le montant de la retraite correspond lui-même à un pourcentage du salaire plafonné.

Cotisation retraite obligatoire au régime complémentaire

Elle fonctionne aussi par répartition, les droits acquis sont comptés en point retraite. Le nombre de points dépend de la durée et du montant des cotisations. Ils sont gérés par les partenaires sociaux de la profession.

PSS: Plafond de la Sécurité Sociale

Le PSS est fixé chaque année par les pouvoirs publics, il est utilisé pour le calcul de certaines cotisations sociales dont celles de la retraite mais aussi pour le versement de certaines aides sociales. Son montant en 2020 est de 41 136 €.

Assiette de cotisation

Revenus sur lesquels sont prélevés les cotisations pour la protection sociale. Sont exclus les primes, les indemnités journalières et les frais professionnels.

Durée d'assurance

La durée d'assurance correspond au nombre de trimestres acquis par le salarié. La durée d'assurance nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein dépend de l'année de naissance. Elle varie de 162 trimestres pour les personnes nées en 1950 à 172 trimestres pour celles nées à partir de 1973.

Retraite par points

Le rendement dans un régime par points correspond au rapport, une année donnée, entre la valeur d'un point de retraite et son prix d'achat. L'indexation de la valeur du point sur les prix et du prix d'achat des points sur les salaires (+ 3,5 % par an à l'ARRCO et + 4 % à l'AGIRC de 1996 à 2000) aboutit à attribuer moins de points et contribue à baisser le rendement.

Le calcul du montant de la retraite de base

Le montant de la retraite de base est calculé en fonction du nombre de trimestres acquis par le salarié selon la formule suivante : Salaire annuel moyen x taux de calcul (50 % maximum) x durée d'assurance dans le régime/durée d'assurance maximum (150 à 172 trimestres, selon l'année de naissance).

Surcote

La poursuite de l'activité au-delà de l'âge légal de départ et au-delà de la durée d'assurance requise pour bénéficier du taux plein permet de bénéficier d'une majoration du montant de la retraite. Chaque trimestre supplémentaire cotisé au-delà de 65 ans augmente ainsi le montant de la retraite de 1,25 %.

Décote

Inversement, un coefficient de minoration est appliqué lorsqu'un assuré qui n'a pas atteint l'âge d'obtention du taux plein choisit de partir à la retraite avant d'avoir obtenu le nombre de trimestres requis. Le coefficient de minoration varie en fonction à la fois de l'âge de naissance et du nombre de trimestres manquants par rapport au nombre de trimestres requis.

Retraite par capitalisation : facultative, elle est individuelle ou collective

- Les contrats dits « loi Madelin » permettent aux non-salariés de se constituer un complément de retraite sous forme de rente ; cotisations et rentes fiscalisées (cotisations déduites, rente imposée).
- Le PERP (Plan d'épargne retraite populaire) souscrit de façon individuelle, permet de se constituer à partir de l'âge de la retraite un revenu régulier supplémentaire.
- Le PERCO (Plan d'épargne retraite collectif) est un dispositif d'entreprise qui permet aux salariés de se constituer une épargne sous la forme d'un complément de retraite.
- Le PERE (Plan d'épargne retraite d'entreprise) est un dispositif de retraite supplémentaire proposé par l'entreprise à tout ou partie de ses salariés, qui permet la constitution d'une épargne convertie en rente viagère au moment du départ à la retraite. Sont assimilés au PERP : le régime Préfon (Prévoyance des fonctionnaires), le Corem (Complément retraite mutualiste), le CRH (Complément retraite des hospitaliers)...

Défiscalisation

La défiscalisation des versements pour la retraite est possible en suivant les indications portées sur l'avis d'imposition reçu après l'envoi de la déclaration de revenus en milieu d'année.

Sur ce document figurent les sommes qui peuvent être déduites du revenu imposable du fait de leur versement à un organisme de retraite. Elles représentent 10 % des revenus salariés du contribuable. La défiscalisation est appliquée pour les sommes cumulées ne dépassant pas ce montant.

D. La retraite en pratique

Pour un urologue PH

Le régime de base est géré par la Sécurité Sociale. Taux plein : 160 trimestres de cotisation (40 ans). 50 % du salaire des 25 meilleures années dans la limite d'un PSS. En moyenne, retraite de 1 220 € mensuels.

Le régime de base : régimes spéciaux de la fonction publique gérés par la CNRACL.

Le régime complémentaire obligatoire est géré par l'IRCANTEC.

Les salariés du secteur public peuvent cotiser à trois régimes à caractère volontaire. La Préfon, entièrement capitalisée dès l'origine, la Carem (ex Cref) et la Complémentaire Retraite des Hospitaliers qui doivent évoluer vers une capitalisation intégrale en raison de la législation européenne.

Ils peuvent aussi souscrire un plan Epargne retraite populaire (Loi Fillon).

Âge légal de départ 60 ans, au plus tard à 65 ans. Recul possible de 3 ans.

Départ anticipé : « décote » de 1,875 % par trimestre manquant.

Départ repoussé : « surcote » de 0,75 %/trimestre soit + 3 %/an.

Bonus : 2 ans/enfant, pour enfant handicapé, pour congé parental, majoration de 10 % pour 3 enfants.

Cotisation :

- Tranche A (plafond SS : 41 136 €) : PH 2,24 % + employeur 3,36 % : taux 5,60 % ;
- Tranche B : PH 5,56 % + employeur 10,04 % : taux 15,60 %.

1 point retraite coûte 2,896 €, il rapporte 0,48511 de droit. Le coût et la valeur du point sont fixés chaque année.

Le prix d'achat du point est fixé chaque année, il est appelé salaire de référence. Il fluctue.

Ainsi il valait 2,89 € en 2008, il vaut cette année 4,943 €.

La valeur du point, appelée aussi valeur de service, était de 0,4375 en 2008 et de 0,48511 aujourd'hui.

À la suite de la réforme de l'IRCANTEC en 2008, les taux de cotisation ont augmenté progressivement depuis 2011. Parallèlement, le rendement, c'est-à-dire le montant de pension obtenu en échange d'un montant de cotisation donné, a baissé.

Quant aux cotisations, elles sont passées de 4,50 % en 2008 sur la tranche A à

5,60 % et de 14 % pour la tranche B à 15,60 % soit 18,5 % de cotisations en 2008 à 21,20 % en 2020.

Ainsi la valeur d'achat a augmenté de 71 % alors que la valeur de service n'a augmenté que de 11 % et les taux de cotisations ont augmenté de 2,2 %.

Le point vaut plus cher et rapporte à peine plus.

Depuis 1996, 1 garde donne 12,5 points IRCANTEC.

Taux 100 % pour les PH, 2/3 pour les PH temps partiel ou avec secteur libéral statutaire.

Taux plein : à 65 ans, dès 60 ans si 160 trimestres et surtout départ à la retraite à 67 ans pour ceux d'entre nous qui sont nés après 1955 et il faudra 166 trimestres de cotisation.

Taux minoré : entre 60-65 ans si < 160-166 trimestres.

Pour un PH ayant reçu 50 000 € de salaire brut

Plafond sécu : 41 136 €.

Tranche A : 41 136 € : cotisations 5,6 % : 2 303 €/an soit 192 €/mois.

Tranche B : (50 000 - 41 136 = 8 864 €) : cotisations 15,60 % : 1 351,60 € soit 112,63 €/mois.

Cotisations totales : 304,63 €/mois soit 3 655,56 € de cotisations annuelles.

Nombre de points acquis : salaires déclarés x taux de cotisation / prix d'achat = 304,63 € / 4,943 € = 61,62 points retraite soit : 29,89 €/mois pour une retraite à taux plein.

Pour un PH échelon 13 après une longue carrière, son dernier salaire est d'environ 7 400 €, sa retraite sera de : Sécurité sociale 1 220 € + IRCANTEC 3 000 € soit une retraite totale de 4 220 €/mois. Le taux de remplacement est de 46 à 54 % selon s'il a une prime de service public exclusif.

L'épargne retraite individuelle : la loi PACTE a créé trois nouveaux plans d'épargne retraite : le PER individuel, le PERE (PER entreprise) collectif et le PERE obligatoire. Depuis le 1^{er} octobre

2019, ces nouveaux plans cohabitent avec les anciens **dispositifs d'épargne retraite** (PERCO, Madelin, Article 83, etc.). Les anciens contrats continueront à fonctionner selon les bases actuelles, toutefois ils ne pourront plus être commercialisés à partir du 1^{er} octobre 2020 ; le versement restera possible. Ils peuvent d'ores et déjà être transformés ou transférés vers les nouveaux PER.

- Le PERP'S (Plan d'épargne retraite des professionnels de santé), souscrit de façon individuelle auprès d'assureurs du marché, permet de se constituer, à partir de l'âge de la retraite, un revenu régulier supplémentaire : vous permet de profiter d'un abondement de votre CHU, égal à vos versements, avec un maximum de 9 % de vos émoluments hospitaliers annuels. Vous pouvez également bénéficier chaque année d'une réduction d'impôts, puisque les cotisations versées et l'abondement sont déductibles du revenu net global de votre foyer fiscal, dans la limite d'un plafond annuel. Le décret du 4 Juin 2013 a apporté 2 améliorations : suppression du plafonnement de l'abondement (auparavant limité à 2 000 €) et augmentation du taux de l'abondement à 9 % au lieu de 5 %. C'est un produit d'épargne en points. Cette épargne peut être débloquée en cas d'accident de la vie. Les droits et le capital acquis sont distribués sous forme d'une rente viagère. Il n'existe aucune obligation de versement. Il existe un choix entre versements libres ou réguliers avec suspension possible. Les frais sont en général limités : < 1 % sur les versements et < 1 % de frais de gestion annuels. Chaque versement est converti en points qui donnent des unités de rente (UR). Les valeurs des UR ne peuvent pas diminuer mais peuvent augmenter en fonction des résultats de la gestion financière de l'opérateur de gestion. En cas de décès pendant la phase d'épargne, le conjoint ou les enfants bénéficient d'une rente viagère simple ou d'une rente temporaire de 10 ans. Plus l'adhésion est précoce plus les UR sont intéressantes. Une partie (20 %) de l'épargne est accessible sous forme de capital, le reste est

versé sous forme de rente viagère. En cas de décès, tout ou partie (selon l'option choisie) est versé au bénéficiaire désigné par le contrat.

- Le régime Préfon (Prévoyance des fonctionnaires). L'association Préfon a fait le choix de transformer son contrat en PER depuis le 1^{er} décembre 2019. En ce qui concerne les points acquis avant cette date sur le contrat : ils peuvent être transformés en nouveaux points PER ou conservés et gelés tels quels, dans ce cas ils conserveront leurs règles en termes de dénouement (rente viagère) et de fiscalité. La Préfon retraite est réservée aux agents de la fonction publique qu'ils soient titulaires ou contractuels. Préfon-Retraite est un produit d'épargne retraite souscrit par l'association Préfon auprès de CNP Assurances qui en assure la gestion avec les compagnies Axa, Allianz et Groupama-Gan. Ce contrat d'assurance-vie a pour objet la constitution d'une rente viagère au profit de l'adhérent si celui-ci est en vie au terme du contrat. Au moment de la liquidation, l'adhérent peut récupérer 20 % de ses droits sous forme de capital. Il peut aussi souscrire des garanties facultatives en cas de décès comme l'option réversion ou l'allocation orphelin ou en cas de dépendance.
- Le CRH (Complément retraite des hospitaliers). La retraite CRH est réservée aux fonctionnaires hospitaliers qu'ils soient contractuels ou titulaires. Le CRH est un produit d'épargne retraite en points conclus entre le CGOS et la société d'assurance Allianz Vie. Ce contrat d'assurance-vie a pour objet la constitution d'une rente viagère au profit de l'adhérent si celui-ci est en vie au terme du contrat. Cette complémentaire retraite des hospitaliers offre la possibilité de choisir son taux de cotisations ainsi qu'une sortie partielle en capital. L'adhérent peut également souscrire des garanties facultatives en cas de décès comme l'option réversion ou la rente orphelin. Dans le cadre de ses missions d'action sociale, l'association CGOS peut accorder une aide remboursable aux agents bénéficiaires à titre exceptionnel pour faire face à

des situations individuelles délicates (catastrophes, accidents, dommages matériels, endettement, difficultés familiales, décès, handicap, appareillage médical, etc.). L'aide est ouverte aux agents titulaires, stagiaires sans condition d'ancienneté ou aux contractuels (emplois aidés, apprentis, etc.). Elle s'élève au maximum à 8 000 euros pour un foyer avec un montant plancher de 400 euros. La durée de remboursement varie entre 50 et 60 mois pour une échéance minimum de 20 euros.

Pour les urologues praticiens hospitaliers universitaires

Les retraites ne sont calculées que sur les émoluments hospitaliers.

Retraite universitaire

L'assiette est uniquement le salaire universitaire, soit 30 à 40 % des revenus.

En tant que fonctionnaires titulaires de l'Etat, les PU bénéficient d'une pension de retraite au terme de leur activité. Bien que modifiée par la loi Fillon dans le sens d'un allongement de la durée de cotisation, cette retraite assure à un fonctionnaire ayant cotisé toutes ses annuités en tant que titulaire, 75 % de son dernier salaire universitaire, bonifié éventuellement de surcotes, en particulier s'il a eu des enfants. Pour ne citer qu'un cas, la retraite atteint 85 % du salaire d'activité pour un fonctionnaire ayant élevé 3 enfants.

Régime additionnel de la fonction publique, le RAFF

L'assiette est représentée par les émoluments hospitaliers. L'assiette de cotisation est limitée à 20 % du salaire (universitaire), ce qui signifie qu'on ne peut pas obtenir de retraite sur la totalité des émoluments hospitaliers mais seulement sur un montant plafonné à 20 % du salaire du fonctionnaire. Cette retraite est une pension complémentaire, dite par répartition provisionnée administrée par la Caisse des Dépôts, dont le rendement n'est pas comparable à celui de la retraite d'état.

Pour les PHU qui disposent d'un véritable deuxième salaire grâce à leurs émoluments hospitaliers, cela ne représente

pas un avantage susceptible d'améliorer suffisamment le taux de remplacement.

Retraite hospitalière

Participation des établissements de santé à la retraite des PU-PH : (Décret n° 2007-527 du 5 avril 2007 modifié en juin 2013).

Ce texte autorise les CHU à participer à l'effort d'épargne retraite des HU versé à des organismes agréés à cet effet, (CO-REM, MACSF, PREFON, CEGOS, etc.).

Ainsi, un hospitalo-universitaire qui souscrit un contrat de retraite auprès de l'un des organismes ci-dessus peut recevoir un abondement hospitalier de la part de son CHU aux conditions suivantes : versement annuel supérieur ou égal à 500 €.

Abondement possible égal au versement sans pouvoir excéder 9 % des émoluments perçus au cours de la période. Il suffit d'adresser au CHU une attestation de l'assureur mentionnant le montant des cotisations versées pendant la période pour que l'abondement soit versé directement à l'organisme assureur au début de l'exercice suivant.

Naturellement, chacun peut dépasser le plafond de 9 % à sa guise mais l'abondement est plafonné à ce taux. Exprimé différemment, on peut dire que le CHU prend à sa charge la moitié de l'effort d'épargne retraite d'un HU jusqu'à concurrence de 9 % des émoluments. L'ancien plafonnement à 2 000 € est supprimé.

À l'âge de la retraite, il est possible à un PU-PH de conserver ses fonctions universitaires pendant 3 ans en position de surnombre. Ceci signifie que son poste peut être redéployé, soit dans la discipline, soit dans une autre selon les décisions prises par le Ministère en charge de l'enseignement supérieur après avis du Conseil de l'U.F.R. Durant ce temps, ses fonctions hospitalières ne peuvent plus être celles de Chef de Service et sont limitées à un poste de consultant sur demande des intéressés avec présentation d'un projet et accord des instances.

Enfin, les PU-PH admis à la retraite peuvent recevoir le titre de Professeur Émé-

rite qui leur est conféré par le Conseil de leur U.F.R. (siégeant en formation restreinte aux professeurs et sous réserve d'une décision obtenue à la majorité absolue). Les Professeurs Émérites peuvent diriger des séminaires, des thèses et participer à des jurys de thèse ou d'habilitation pendant une durée également fixée à leur nomination par le Conseil de l'U.F.R.

Pour les PH ou les PHU avec secteur libéral statutaire

Pour la part faculté et hospitalière : voir plus haut.

Pour la part libéral : voir plus loin, RETRAITE DE LA CARMF.

Sous condition d'exercer une activité libérale à l'hôpital.

Cette retraite est le régime obligatoire des médecins qui exercent une activité privée à l'hôpital public, soit approximativement 30 % des médecins HU ou PH. Cette activité procure un supplément de revenus et permet de cotiser à la CARMF dans les mêmes conditions que les médecins libéraux. Il s'ensuit une retraite du même ordre. L'activité libérale est un bon moyen d'améliorer ses revenus de retraite.

Pour les urologues libéraux

Le régime de base obligatoire et le régime de retraite complémentaire est la CARMF.

Régime de base : 525 points acquis pour 41 136 € de revenus + 1 point par tranche de 8 227,20 € avec un maximum de 25 points.

La valeur du point est de 0,5708 €.

Régime complémentaire : 1 point par tranche de revenus de 14 398 €. Valeur du point 69,70 €. 10 points maximum.

Régime ASV : 27 points + 1 point par tranche de 7 679,82 € : 9 points maximum.

L'épargne retraite individuelle

- Les contrats dits « loi Madelin » permettent aux non-salariés de se constituer un complément de retraite sous forme de rente en adhérant à des associations depuis 1994.
- Le PERP (Plan d'épargne retraite populaire) souscrit de façon individuelle, permet de se constituer à partir de l'âge de la retraite un revenu régulier supplémentaire.

Base de calcul des cotisations		
Régimes	Taux et montants	
	Médecins	Caisses maladies
Base ⁽¹⁾ (provisionnel)		
revenus nets d'activité indépendante 2018 ⁽²⁾		
- tranche 1: jusqu'à 41 136€ (1PASS) ⁽³⁾	8,23 %	-
- tranche 2: jusqu'à 205 680€ (5PASS)	1,87 %	-
Complémentaire vieillesse		
Revenus nets d'activité indépendante 2018 dans la limite de 143 976€ (3,5PASS)	9,80 %	-
ASV		
Part forfaitaire :		
- secteur 1	1 751€	3 502€
- secteur 2	5 253€	-
Part ajustement sur le revenu conventionnel de 2018 plafonné à 205 680€ (5PASS):		
secteur 1	1,2667 %	2,5333 %
secteur 2	3,80 %	0 %
Invalidité-décès		
Revenus nets d'activité indépendante 2018		
Classe A: revenus < à 41 136 € (1PASS)	631€	-
Classe B: revenus ≥ à 41 136€		-
(1 PASS) et < à 123 408 € (3 PASS)	738€	-
Classe C: revenus ≥ à 123 408€	863€	-

Exemples de cotisation 2020

Exemples de cotisations 2020 (en fonction des revenus 2018) ⁽¹⁾				
Revenus	20 000 €	60 000 €	80 000 €	205 680 € (maximum)
Régimes	Cotisations	Cotisations	Cotisations	Cotisations
Base (provisionnel) secteur 1 secteur 2	1 590 ⁽²⁾ € 2 020€	3 601 ⁽²⁾ € 4 507€	3 673 ⁽²⁾ € 4 881€	4 927 ⁽²⁾ € 7 231€
Complémentaire	1 960€	5 880€	7 840€	14 110€
ASV secteur 1 secteur 2	2 004€ 6 013€	2 511€ 7 533€	2 764€ 8 293€	4 356€ 13 069€
Invalidité-décès	Classe A	Classe B	Classe B	Classe C
	631€	738€	738€	863€
Total secteur 1	6 185€	12 730€	15 015€	24 256€
Total secteur 2	10 624€	18 658€	21 752€	35 273 €

Le cumul emploi-retraite

Les médecins retraités, libéraux ou non, peuvent poursuivre une activité tout en bénéficiant des avantages de leur retraite : c'est ce qu'on appelle le cumul emploi-retraite. Cette mesure peut être intéressante dès 60 ans (âge légal de départ à la retraite relevé progressivement à 62 ans selon la date de naissance) pour les personnes qui souhaitent alléger leur activité.

La loi n°2014-40 du 20 janvier 2014 portant réforme des retraites est venue modifier les conditions pour prétendre au cumul emploi-retraite.

Ainsi, il est préférable, avant de demander la liquidation de sa retraite, de faire une simulation avant de s'engager dans ce nouveau dispositif. En effet, le cumul emploi-retraite est soumis à certaines règles.

Les conditions au cumul retraite-activité libérale

Les médecins retraités peuvent désormais cumuler sans limitation leur retraite et le revenu d'une activité libérale s'ils remplissent les 2 conditions suivantes :

- avoir liquidé l'ensemble de leurs retraites personnelles auprès de tous les régimes de retraite obligatoires (de base et complémentaires, français et étrangers) ;
- avoir atteint l'âge légal de départ en retraite (entre 60 ans et 62 ans selon votre date de naissance), et avoir validé le nombre de trimestres nécessaire

permettant de percevoir une pension de retraite à taux plein ou, à défaut, avoir atteint l'âge permettant de bénéficier du taux plein automatique (entre 65 ans et 67 ans selon votre date de naissance).

La loi de réforme des retraites du 20 janvier 2014 a apporté un assouplissement à la première des conditions posées : la condition d'avoir liquidé toutes les pensions dont le médecin a relevé n'est pas exigée si le médecin n'a pas atteint l'âge de la retraite à taux plein dans les régimes complémentaires de la CARMF (actuellement 65 ans).

Mais dès que l'âge de 65 ans sera atteint, les régimes complémentaires devront être liquidés pour continuer à cumuler les pensions de retraites avec une activité libérale sans limites de revenus.

Ce qui a changé à compter du 1^{er} janvier 2015 : les médecins ne peuvent plus, en cas de poursuite ou de reprise de leur activité libérale, acquérir de droits dans quelque régime légal de retraite que ce soit, de base ou complémentaire, dès lors qu'ils auront liquidé un droit propre dans un régime légal de base. Ils cotiseront alors à fonds perdus en cas de reprise d'une activité quelles que soient les retraites de base qui ont été liquidées et quel que soit le régime dans lequel ils reprennent une activité professionnelle.

Les formalités à respecter

Le médecin libéral poursuivant ou reprenant une activité doit veiller à respecter certaines formalités :

- informer tout d'abord la CARMF, par lettre recommandée avec avis de réception, de son souhait de bénéficier du dispositif du cumul ;
- prévenir le Conseil Départemental de l'Ordre de sa situation ;
- souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle. Mais le médecin en instance de retraite qui envisagerait de reprendre à court terme une activité médicale libérale doit conserver son assurance de responsabilité civile professionnelle. À défaut, la prime d'assurance serait fortement augmentée lors de la souscription d'un nouveau contrat.

Il doit effectuer toutes les démarches habituelles en cas de reprise d'activité auprès des organismes concernés (URSSAF, CPAM, etc.). La CARMF va procéder à la réaffiliation du médecin libéral aux régimes de base, complémentaire, ASV. Par conséquent, ce dernier devra cotiser auprès de ces trois régimes. Vous pouvez demander à être dispensé d'affiliation à la CARMF en cas de non assujettissement à la contribution économique territoriale (CET) sous réserve que votre revenu professionnel non salarié ne dépasse pas celui ouvrant droit à une dispense d'affiliation au régime ASV (12 500 € en 2019). Seule la cotisation au titre de l'invalidité-décès ne sera plus due. Il existe d'autres dispenses : dispenses pour exercice en zone déficitaire : depuis 2018, dispense des cotisations ASV pour les médecins en cumul retraite/activité libérale exerçant dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins (sous réserve de parution d'un arrêté du directeur général de l'Agence Régionale de Santé concerné déterminant les-dites zones) ou si le revenu non salarié net de l'année 2017 a été inférieur à 40 000 €.

Attention ! En cas de cumul retraite/activité libérale, le médecin et sa famille ne bénéficient plus de la couverture du régime invalidité-décès.

Si vous exercez dans une zone de montagne caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, vous pouvez demander à

bénéficiaire de l'exonération de la moitié des cotisations dues au titre du régime de base.

La Loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2010 a prévu la possibilité d'une cotisation proportionnelle aux revenus professionnels non salariés dans le régime ASV, applicable aux assurés en cumul retraite/activité libérale et qui remplace dans ce cas la cotisation forfaitaire annuelle des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

Les conditions au cumul retraite-activité salariée

Le cumul emploi-retraite permet au retraité du régime général de reprendre une activité professionnelle et de cumuler les revenus de cette activité avec ses pensions de retraite. Le cumul peut être total ou partiel selon la situation du retraité. La nouvelle activité ne permet plus d'acquies de nouveaux droits à retraite.

Tout retraité du régime général de la Sécurité Sociale peut reprendre une activité professionnelle et cumuler, sous certaines conditions, sa pension de retraite de base avec les revenus de cette activité.

Pour obtenir votre retraite de base du régime général, vous devez cesser toute activité professionnelle salariée et/ou non salariée relevant d'un régime obligatoire de retraite de base français.

Toutefois, vous n'êtes pas obligé de cesser :

- les activités donnant lieu à affiliation auprès d'un régime de retraite étranger ;
- les activités bénévoles (non rémunérées et ne donnant pas lieu à affiliation à un régime de base obligatoire) ;
- les activités relevant d'un régime de retraite qui prévoit qu'elles peuvent être poursuivies.

Vous pouvez cumuler intégralement vos pensions de retraite - de base et complémentaire(s) - avec des revenus professionnels si vous remplissez les conditions suivantes :

- vous avez obtenu toutes vos retraites de base et complémentaires des régimes de retraite, français, étrangers et des organisations internationales ;

	A	B	C
	Cumul retraite/ activité libérale	Cumul limité	Retraite seule
BNC (Revenus d'activité)	80 000 €	47 253 €	-
Retraite nette (35 000 € bruts)	31 815 €	31 815 €	31 815 €
Cotisations sociales ^{*)}	27 500 €	18 896 €	3 185 €
Impôts			
Assiette IR	109 642 €	76 895 €	29 642 €
- dont bénéfice (revenus activité)	80 000 €	47 253 €	-
- dont retraite (CSG déductible à 5,9% puis abattement fiscal de 10% : 5 359 €)	29 642 €	29 642 €	29 642 €
Montant impôt/revenu (2 parts)	21 296 €	11 472 €	1 360 €
Revenu réel (après Impôts 1 ^{re} année)	90 519 €	67 596 €	30 455 €
Montant de la retraite nette à 66 ans	31 815 €	31 815 €	31 815 €
Retraite nette après impôt sur le revenu	30 455 €	30 455 €	30 455 €
Retraite perçue jusqu'au décès (20 ans avec réversion)	609 100 €	609 100 €	609 100 €
Total perçu (sur 20 ans avec réversion)	699 619 €	676 696 €	639 555 €

^{*) Cotisations sociales : CARMF, Assurance maladie, Allocations familiales, CSG-CRDS-CASA, CFP, CURPS.}

- et vous remplissez les conditions (d'âge ou de durée d'assurance) ouvrant droit à une pension de retraite de base à taux plein du régime général.

Conditions de cumul

Lorsque vous ne remplissez pas les conditions ouvrant droit au cumul emploi - retraite total, vous pouvez toutefois reprendre :

- sous certaines conditions, une activité salariée dans les secteurs privé, public ou agricole ;
- ou librement, une activité non salariée, ou salariée dans un autre secteur.

Si vous reprenez une activité salariée chez votre dernier employeur, le cumul emploi-retraite ne sera possible que 6 mois après votre cessation d'activité chez lui et votre admission en retraite. Sinon, le versement de votre pension de retraite de base sera suspendu entre le 1^{er} jour du mois de reprise d'activité et le dernier jour du mois de cessation d'activité ou le dernier jour du 6^e mois suivant votre départ en retraite.

Passé le délai de 6 mois ou tout de suite après avoir obtenu votre retraite, si vous n'exercez pas votre activité chez votre dernier employeur, vous pouvez cumuler vos pensions de retraite (de base et complémentaire) avec un montant plafond de revenus. La somme de 98,25 % de vo-

tre salaire brut et des montants bruts de vos pensions de retraite de base et complémentaire ne doit pas dépasser :

- soit 160 % du SMIC (2 463,07 € par mois en 2020) ;
- soit la moyenne des salaires perçus au cours de vos 3 derniers mois d'activité avant votre admission en retraite.

C'est le plafond le plus avantageux qui est retenu.

À défaut, le montant de votre pension de retraite de base est réduit du montant du dépassement.

À savoir : au cours des 3 mois précédents votre admission à la retraite, si vous n'avez travaillé qu'un mois ou deux, ce seront les revenus de ce mois ou de ces deux mois qui seront pris en compte.

Pour les urologues salariés du secteur privé ou contractuel de l'hôpital public

Le régime de base : régime général par la CNAV.

Le régime de retraite complémentaire : ARRCO et AGIRC.

L'épargne retraite individuelle :

- le PERP (Plan d'épargne retraite populaire) souscrit de façon individuelle, permet de se constituer à partir de l'âge de la retraite un revenu régulier supplémentaire ;

- le PERCO (Plan d'épargne retraite collectif) est un dispositif d'entreprise qui permet aux salariés de se constituer une épargne sous la forme d'un complément de retraite ;
- le PERE (Plan d'épargne retraite d'entreprise) est un dispositif de retraite supplémentaire proposé par l'entreprise à tout ou partie de ses salariés, qui permet la constitution d'une épargne convertie en rente viagère au moment du départ à la retraite.

E. Les raisons de la colère : les positions syndicales

Le SNCUF par l'intermédiaire de l'Union des Chirurgiens de France participe au collectif SOS retraite qui regroupe 18 membres, collectifs ou syndicats (masseurs, kinésithérapeutes, fédération des médecins de France, union des chirurgiens de France et médecins spécialistes libéraux, syndicat de l'union française pour une médecine libre, etc.).

Pour les libéraux, voici les points de réserve et de négociations de la CARMF : depuis 20 ans, la CARMF, sous l'autorité d'un urologue le Dr Gérard Maudrux, a entrepris une réforme en profondeur pour préparer l'avenir : fortes majorations des cotisations et une baisse du pouvoir d'achat d'au moins 25 % (liées principalement à la mauvaise gestion par l'Etat du régime ASV).

Les syndicats demandent un régime de base universel et des régimes complémentaires professionnels autonomes gérés par des caisses autonomes dont la CARMF.

Après 18 mois d'aimables discussions, les syndicats ne sont pas dupes, et ils ont indiqué que les médecins ne peuvent accepter de lâcher la proie de l'équilibre financier sur 40 ans avec la CARMF pour l'ombre d'un régime universel au financement à ce jour pour le moins incertain. Le Secrétaire d'État, Laurent Pietraszewski, chargé de la réforme a reconnu que tous les taux sont susceptibles de varier. Il a ensuite indiqué que les points acquis dans le système actuel, payés de plus en plus par l'argent du régime universel, seraient garantis comme les points de celui-ci. Cependant, il s'agit

encore d'une garantie orale, qui n'est pas clairement exprimée dans le projet de loi. Quant aux réserves de la CARMF (7 milliards), inaliénables, elles seront bien utilisées dans le cadre des régimes de retraite des médecins et de prévoyance, comme toujours sous le regard de nos tutelles, mais elles risquent de disparaître plus vite que prévu.

L'intégration du régime ASV et de la compensation de la hausse de la CSG (pour les S1) dans le régime universel, problème surtout technique, devra être suivie de très près. On nous annonce 28 % de cotisations retraite compensé par une baisse de la CSG... Cette décision sera-t-elle durable ? L'inquiétude des syndicats grandit encore en apprenant que le cumul emploi-retraite va générer de nouveaux droits pour l'avenir à compter de 2022. Cette louable décision ne semble pas avoir été chiffrée, alors qu'elle va induire pour l'avenir une augmentation de la charge des régimes en majorant les pensions à servir dans le futur avec des montants de cotisations identiques ? Qui paiera la mise à l'équilibre ? Les cotisants, par une augmentation de leur obole ? Les retraités, par un blocage prolongé de la valeur de leur point ? Les contribuables, dans le cadre du régime universel, par une augmentation des impôts et taxes ?

Enfin, la création d'une structure supra-CARMF (le CPSPL, conseil de la protection sociale des professions libérales), aux membres non définis et dont le mode de désignation n'est pas précisé, pas plus que son autorité sur les caisses de retraite professionnelles libérales, sera le coup de grâce pour nos caisses qui étaient censées conserver une autonomie dans la gestion de leur action sociale, de leur régime invalidité-décès et des éventuels nouveaux régimes complémentaires hors régime universel. Certes, la CARMF perdurera, mais elle ne sera qu'une coquille vide qui ne sera plus dans les faits dirigée par son Conseil d'administration élu et représentatif de tous les affiliés, et deviendra la CRMF !

Reprenons les principaux points de l'accord inter-syndical de septembre :

- À ce jour l'autonomie de la CARMF pour la gestion du régime complémentaire actuel est-elle préservée ? **Non.**
- À ce jour le financement des droits acquis est-il garanti ? **Non.**
- À ce jour le maintien du rapport allocations/cotisations au niveau actuel est-il garanti ? **Non.**
- À ce jour les réserves constituées resteront-elles aux médecins ? **Oui.**
- À ce jour le recouvrement des cotisations continuera-t-il à être effectué par la CARMF ? **Aucune certitude, une ordonnance le dira.**
- À ce jour l'autonomie de la CARMF pour l'aide sociale, le régime invalidité-décès et un éventuel futur nouveau régime complémentaire est-elle préservée ? **Non.**
- À ce jour les médecins libéraux auront-ils un pouvoir réel dans la gouvernance du régime universel ? **Non.**
- À ce jour le contrat conventionnel sera-t-il impacté par la réforme ? **Il faudra y veiller de près**, chaque modification législative étant l'occasion de réduire les avantages compensatoires.

Alors, à ce jour les médecins peuvent-ils être légitimement rassurés quant à l'avenir de leur retraite dans le régime universel ? **Non !**

Le temps de la négociation sur un éventuel futur régime complémentaire et sur le contenu de la réforme ne pourra venir que lorsque des réponses positives auront été apportées à suffisamment de questions. Mais le gouvernement a prévu de légiférer par ordonnances, ce qui ne présage guère de marge de manœuvre.

La CARMF fait des projections à 40 ans pour bien gérer les 2,7 milliards annuels de cotisations des médecins libéraux.

Pour le Dr Olivier Petit, vice-président de la CARMF, il est incompréhensible et inacceptable que la même chose ne soit pas faite pour les 350 milliards du régime universel.

En l'état, selon lui, l'opposition à la réforme actuelle est l'expression de la sagesse.

Les syndicats, qui attendent toujours les projections actuarielles à long terme, ont donc demandé un moratoire et l'ouverture de vraies négociations.

Conclusion

Aujourd'hui notre système de retraite est basé sur des annuités : il tient compte de plusieurs paramètres tels que l'âge, les trimestres acquis, le taux de pension, les meilleures années et parfois le montant du dernier salaire avant le passage à la retraite entre autres choses.

Demain : le système proposé ne sera calculé que sur des points acquis : Les assurés doivent donc acquérir avec leurs cotisations des points à un prix défini. Lors du départ à la retraite, les points accumulés dont la valeur est revalorisée chaque année sont convertis en pension en prenant comme base le prix d'un point au moment de la liquidation.

Le problème réside essentiellement dans la valeur du point : cette valeur dite « de service » n'est pas connue puisque le calcul de ce coefficient de conversion que les actuaires effectuent chaque année prend en compte différentes variables telles que la population en vie, l'espérance de vie, l'âge de départ, la situation économique, etc. Le caractère variable de cette valeur fait également varier le montant des pensions.

Le régime universel se veut solidaire comme dans un système par répartition, alors que le système par points est en quelque sorte un système par capitalisation. Comment le point va-t-il évoluer en cas d'inflation ??

Le problème des retraites par « points » c'est que les pouvoirs publics ou les partenaires sociaux peuvent augmenter les taux de cotisations et la valeur d'achat (salaire de référence) et diminuer ou ne pas valoriser la valeur de service sans

même que les cotisants ne se rendent compte qu'ils cotisent plus pour une pension stable ou inférieure.

La réforme est probablement nécessaire mais peut-être aurait-il fallu mieux l'annoncer et la préparer.

Il faut maintenant attendre le texte définitif car le gouvernement a décidé, pour contourner les 40 000 amendements, de passer par la procédure du 49.3.

Il faudrait obtenir un RU pour un PSS, un régime complémentaire obligatoire à hauteur de 2 PSS géré par la CARMF et, enfin, laisser les médecins libres de choisir des produits de capitalisation au-delà de 2 PSS.

En résumé : un peu de solidarité universelle, un peu de solidarité professionnelles et un brin de liberté pour une retraite solidaire et individualisée.

Didier LEGEAIS

Pour calculer votre retraite

<https://www.info-retraite.fr/portail-info/sites/PortailInformationnel/home/qui-sommes-nous.html>

Créée par la loi de réforme des retraites du 20 janvier 2014, l'Union Retraite est un groupement d'intérêt public (GIP) qui réunit les organismes de retraite obligatoire, de base et complémentaire.

<http://www.agjrc-arrco.fr/particuliers/prevoir-retraite/calculer-retraite/>

<https://www.simul-retraite.fr/Simulateur/Accueil>

<https://www.la-retraite-en-clair.fr/depart-retraite-age-montant/calculer-retraite/veux-calculer-montant-pension-retraite>

<https://www.ircantec.retraites.fr/actif/acquisition-droits/activite-professionnelle/calcul-droits-cotisation-demarches>

Références

Projet de loi : <https://www.reforme-retraite.gouv.fr>

<https://www.reforme-retraite.gouv.fr/le-systeme-universel/le-projet-de-loi/>

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/retraites/>

<https://www.cor-retraites.fr>

<https://www.info-retraite.fr/portail-info/home.html>

<https://www.securite-sociale.fr/accueil>

[http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/15/ta/ta0345/\(index\)/ta](http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/15/ta/ta0345/(index)/ta)

<https://www.observatoire-retraites.org/les-retraites/la-retraite-en-france/histoire-de-la-retraite-en-france/>

<http://www.carmf.fr/actualites/divers/2018/mme.ruellan.pdf>

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000019950246>

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12390>

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000306984>

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000306984>

<http://www.carmf.fr/page.php?page=retr-sommaire>

PERP : Hospitaliers PH et PU PH : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=C5A626F63DFBFCF649A70AB88C92B413.tpdjo08v_2?cidTexte=JORFTEXT0000027504501&categorieLien=id

<http://www.snphu.fr>

https://www.snphpu.org/files/20080915_MARETRAITE.pdf

<https://www.prefon-retraite.fr>

<https://crh.cgos.info>

<https://www.education.gouv.fr/la-retraite-des-personnels-de-l-education-nationale-41489>

Décret n°2007-527 du 5 avril 2007 : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000645172>

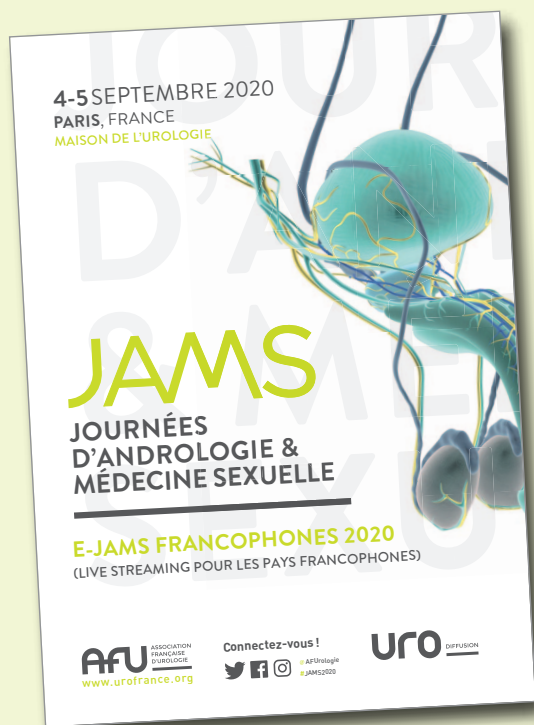
Code de la sécurité sociale : articles L161-22 et L161-22-2. Bénéficiaires, cumul des revenus, nouveaux droits à la retraite

Code de la sécurité sociale : articles D161-2-5 à D161-2-22. Cumul partiel des revenus, démarches

Circulaire 2014/347 du 29 décembre 2014 relative aux règles applicables aux assurés dont la pension est liquidée depuis 2015 (PDF, 79.2 KB)

Circulaire 2009/45 du 10 février 2009 relative au cumul intégral ou partiel de la pension de retraite et de revenus professionnels (PDF, 1.7 MB)

Cumul emploi-retraite : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F13243>



JAMS

JOURNÉES D'ANDROLOGIE & MÉDECINE SEXUELLE

4-5 SEPTEMBRE 2020
MAISON DE L'UROLOGIE

Programme et bulletin d'inscription
prochainement disponibles sur Urofrance

Partenaire

En 2019, Sanofi a illustré son engagement en Onco-Urologie en apportant des réponses concrètes dans la prise en charge du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration.

Les urologues pouvaient se questionner quant aux séquences thérapeutiques pour certains de leurs patients traités pour un cancer de la prostate métastatique résistant à la castration.

Des éléments de réponse ont été apportés par les résultats d'une étude internationale, prospective, randomisée évaluant l'impact de la séquence de traitement sur l'évolution du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration chez 255 patients.

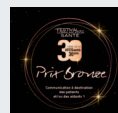
Ces résultats ont été présentés au congrès européen de l'ESMO le 30 septembre 2019 et ont été publiés simultanément dans le *New England Journal of Medicine*.

SANOFI GENZYME 

En 2019, Sanofi a continué de démontrer son engagement de plus de deux décennies au-delà du médicament pour les communautés de patients et de professionnels de santé.

L'illustration majeure se porte sur le lancement du web documentaire *À Vivre Ouvert* « Cancer, la vie après les traitements » disponible sur www.a-vivre-ouvert.fr et lauréat au 30^e Festival de la Communication Santé, Deauville 2019, prix Bronze dans la catégorie « Communication à destination des patients et/ou des aidants ».

à **VIVRE** ouvert
penser le soin



Sept films documentaires faisant écho à des histoires de vies authentiques et de multiples ressources issus d'une démarche inclusive et d'une collaboration pluridisciplinaire explorent les difficultés d'ordre physique, psychique ou sociétal vécues parfois bien des années après la fin des traitements intensifs.

L'ambition du web documentaire est de :

- contribuer au changement de regard sur la maladie ;
- pallier le manque d'anticipation et de lisibilité de la prise en charge de « l'après cancer » ;
- soutenir les personnes ayant eu des antécédents de cancers ;
- aider les aidants, acteurs à part entière, encore peu reconnus et soutenus ;
- faire rayonner les ressources de vie permettant à chacun de se reconstruire.

Information communiquée
par Sanofi





Christian SAUSSINE
Organisateur

Séminaire Graines et sol : édition 2020

Petite promotion de Graines et sol 2020 que cette promotion qui s'est nommée « Microparticule ». Huit internes en urologie ont passé ensemble 2 jours et demi à la Maison de l'Urologie encadrés par leurs tuteurs pour bonifier et s'approprier leurs projets de recherche, tous dans le cadre d'un Master 2. Un 9^e participant était inscrit pour un projet de mobilité mais il n'a finalement été présent que le mercredi soir. Alexandra s'est à nouveau magnifiquement occupée de la logistique à la satisfaction de tous. Le séminaire s'est cette fois-ci ouvert par une formation à Pubmed ainsi qu'à une formation à Excel très utile pour établir une base de données et en faire des études statistiques. Ces deux formations ont été appréciées de tous et il faut remercier l'AFU et la société Newmed.

Les thématiques étaient dominées par le cancer avec pas moins de 7 projets consacrés aux cancers et un seul à la transplantation. Ce dernier, consacré aux marqueurs de l'inflammation chez les reins issus de donneurs à critères élargis prédicteurs d'une moindre reprise de la fonction rénale a obtenu la meilleure évaluation globale finale. Venaient ensuite un projet sur la microscopie multiphotonique dans le cancer de la prostate et l'étude d'un microARN dans le cancer de la prostate hormono-résistant. Trois autres projets concernaient le cancer de la prostate avec la mise en place d'un protocole biopsique par voie périnéale, l'impact du syndrome métabolique pour les cancers agressifs et un autre projet sur les mécanismes de résistance à la castration. Deux sujets concernaient le cancer du rein, avec l'apport de l'échographie moléculaire pour

les petites tumeurs et l'étude des microparticules et de leur influence sur l'évolution tumorale. Enfin, un dernier thème avait pour trait le cancer de la vessie avec l'usage de la spectrophotométrie infrarouge pour le suivi des tumeurs à risque.

Les sujets de recherche présentés cette année sont détaillés dans l'Annexe 1.

Il faut à nouveau remercier les tuteurs (Annexe 2) sans qui la réussite du séminaire ne serait pas ce qu'elle est. Parmi eux sont à remercier chaleureusement les non-urologues qui chaque année contribuent à la qualité de ce séminaire de par sa pluridisciplinarité. Citons Xavier Paoletti et Federico Rotolo méthodologistes et statisticiens, Thierry Massfelder directeur de recherche Inserm, Véronique Lindner anatomopathologiste et Jean-Philippe Haymann, néphrologue. Les urologues présents étaient de qualité et bien investis que ce soit par ordre alphabétique Karim Bensalah, Aurélien Descazeaud et François Kleinclauss.

Enfin, merci au CA de l'AFU et à son bureau présidé par Georges Fournier pour continuer à soutenir activement ce séminaire très apprécié par les participants.

Christian SAUSSINE



Annexe 1 - Liste des sujets

Transplantation

Michael Baboudjian, Marseille (M2)
Les marqueurs de l'inflammation du liquide de conservation peuvent-ils prédire la reprise de fonction des transplants rénaux ?

Encadrant : E. Lechevallier

Cancer de la prostate

Flora Barthe, Nice (M2)
Évaluation de l'agressivité tumorale par microscopie multiphotonique

Encadrant : D. Chevallier

Maxime Chabenes, Grenoble (M2)
Élaboration d'un protocole de biopsies prostatiques systématisées par voie transpérinéale basé sur l'imagerie par résonance magnétique

Encadrant : G Fiard

Charles Dariane, Paris (mobilité)
Les mécanismes de résistance aux traitements et l'identification de biomarqueurs pronostiques et prédictifs de réponse

Encadrant : F Saad

Margaux Felber, Paris (M2)
Impact du syndrome métabolique sur l'agressivité du cancer de la prostate

Encadrant : O. Cussenot

Tiphaine Pelegrin, Paris (M2)
Rôle du microARN-125a-5p dans le cancer de la prostate résistant à la castration

Encadrant : A. de la Taille

Cancer du rein

Jean Courcier, Paris (M2)
L'échographie moléculaire peut-elle détecter l'expression de VEGFR2 dans le carcinome rénal à cellules claires ?

Encadrants : A. Ingels, A. de la Taille

Matthieu Ferragu, Angers (M2)
Création d'un modèle de xénogreffe issu de carcinome rénal à cellules claires

Encadrant : P. Bigot

Cancer de la vessie

Fayek Taha, Reims (M2)
Caractérisation des tumeurs de vessie par spectrophotométrie infrarouge et RAMAN sur des échantillons d'urine

Encadrant : S. Larré

Annexe 2 - Liste des tuteurs

Karim Bensalah, Urologue
Aurélien Descazeaud, Urologue
Jean-Philippe Haymann, Néphrologue
François Kleinclauss, Urologue
Véronique Lindner, Anatomopathologiste
Thierry Massfelder, DR INSERM
Xavier Paoletti, Statisticien
Federico Rotolo, Statisticien
Christian Saussine, Urologue

Partenaire

RECORDATI est un groupe pharmaceutique international dynamique basé à Milan. Il est coté en bourse depuis 1984.

RECORDATI n'a cessé de croître depuis 1926 grâce à la qualité de ses produits et à la mise en œuvre d'une politique décisive d'internationalisation et par une stratégie ciblée d'acquisitions et d'accords de licences.

Aujourd'hui, RECORDATI emploie 4 100 personnes dans 150 pays et continue de renforcer sa présence géographique.

Le groupe produit et assure la promotion de médicaments innovants dans le monde entier, à la fois dans le domaine des thérapies conventionnelles, dans le marché de l'automédication et des maladies rares.

Outre la commercialisation des spécialités issues de sa propre recherche, le groupe RECORDATI est le partenaire européen de grandes entreprises pharmaceutiques internationales.



En France, les Laboratoires BOUCHARA-RECORDATI, dont le siège est à Puteaux, sont la première filiale du groupe après l'Italie.

Ils possèdent un site de fabrication à Saint-Victor près de Montluçon qui a fait l'objet d'investissements réguliers. L'usine couvre une surface de 6 750 m². La production est passée de 11,5 millions en 2008 à 33 millions d'unités en 2018.

Elle est spécialisée dans la production et le conditionnement de formulations liquides, solides, orales et en collutoire.

Au total, 300 personnes sont employées en France.

Tout comme le Groupe, les Laboratoires BOUCHARA-RECORDATI sont très présents dans les domaines des maladies

cardiovasculaires et urologiques ainsi qu'en gastro-entérologie.

LOGIMAX® et ZANEXTRA® sont indiqués dans l'hypertension artérielle, UROREC® traite les symptômes du bas appareil urinaire liés à une hypertrophie bénigne de la prostate et LEPTOPROL®, les stades avancés du cancer de la prostate. De plus, les Laboratoires BOUCHARA-RECORDATI proposent deux préparations coliques (CITRAFLEET® et COLOPEG®) et un traitement de la constipation (TRANSIPEG®).

Par ailleurs, les Laboratoires BOUCHARA-RECORDATI produisent et commercialisent les spécialités contenant de la méthadone, un opioïde utilisé dans l'addiction.

Ils sont également présents sur le segment de marché de l'automédication avec des marques connues (HEXASPRAY®, EXOMUC®, GINKOR FORT®).

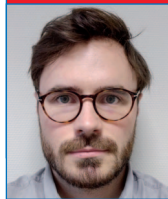
Ref : 20802-février 2020



**Xavier
MATILLON**
Président



**Bastien
GONDRAN-
TELLIER**
Secrétaire
Général



**Lucas
FRETON**
Trésorier

Éditorial

L'année 2020 (et son semestre d'hiver) a déjà bien commencé, le rythme de travail s'accélère et la fatigue des heures passées à l'hôpital commence (peut-être) à se faire ressentir !

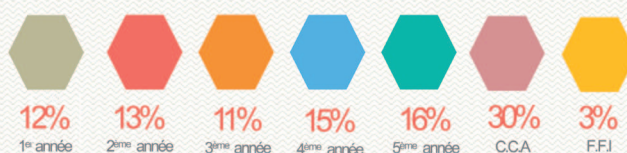
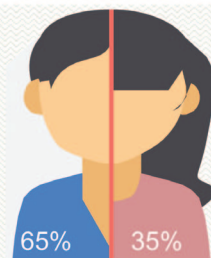
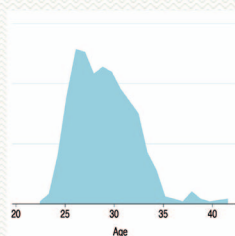
Malgré tout, vous avez été, cette année encore, plus de 490 à vous inscrire à l'AFUF ! Cette si belle mobilisation renforce notre détermination à vous proposer des (in)formations de qualité, modernes et toujours plus adaptées à vos envies et à vos besoins. Par exemples, le CA de l'AFUF travaille en ce sens pour vous proposer rapidement sa future chaîne PODC'AFUF, de nouvelles sessions d'URO-ONE pour les plus jeunes d'entre nous et à de nouvelles formations dédiées pour les plus vieux d'entre nous sur l'installation en libéral avec son INSTALLAFUF... !

Le CA de l'AFUF travaille d'arrache-pied afin de préparer au mieux l'avenir et s'est adapté à la loi de juillet 2019 (interdisant le financement de l'hospitalité des internes par les laboratoires partenaires), grâce à l'aide d'un cabinet de conseil juridique et d'un comptable. La nouvelle politique de l'AFUF va ainsi permettre de vous proposer toujours plus d'événements et de formations mais à l'avenir certaines d'entre elles nécessiteront des droits d'inscription pour être toujours aussi belles et de qualité tant matérielle que scientifique !

Vous lirez dans ce « fax AFUF » un témoignage d'un membre du CA sur son engagement dans l'AFUF : peut-être que ce bel exemple pourra en motiver certain(e)s pour les années à venir !

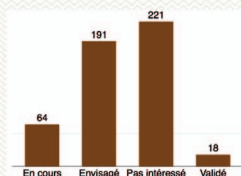
Alors qu'à l'heure d'écrire cet édit, vous êtes probablement déjà en train de préparer vos éventuelles présentations pour l'EAU (ndlr : **congrès reporté au 17-21 juillet #COVID19**) voire même en train de préparer vos valises, rien de tel qu'un « SAVE THE DATE » des principaux événements et formations proposés par l'AFUF ou l'AFU afin

Chiffres clés de 2020

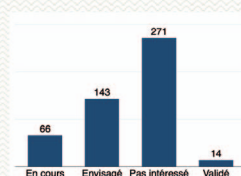


Zoom sur la Formation

DESC/FST d'oncologie



DESC/FST d'androgénologie



Master 2



Projets scientifique en cours



de pouvoir entrevoir des réjouissances prochaines et de la lumière dans le tunnel de l'hiver !

De nouveau dans ce « fax-AFUF », vous pourrez retrouver comment l'AFUF s'attache à évoluer en s'ouvrant au monde qui l'entoure en vous présentant ce qu'est le board Européen d'Urologie (FEBU) et la soirée « French Connection » au congrès de l'EAU ! L'AFUF soutient la recherche et vous pourrez ainsi découvrir un retour d'expérience de la Formation « Graines et Sol » que propose l'AFU depuis des années déjà pour préparer certains à la recherche.

Vous pourrez également apprendre les dates et le lieu des prochaines rencontres de l'AFUF qui est l'un des

événements phares de l'AFUF chaque année, moment unique de cohésion, de découverte et d'apprentissage dans une ambiance agréable voire même festive.

C'est donc forte de sa cohésion, de votre massive mobilisation et de ses futurs projets à venir que l'AFUF vous souhaite une bonne lecture et vous donne surtout rendez-vous rapidement à ses nouveaux événements à venir !

Xavier MATILLON, *Président*
Benjamin PRADÈRE,
Président d'Honneur
Bastien GONDRAN-TELLIER,
Secrétaire Général

Lucas FRETON, *Trésorier*
Au nom du Conseil d'Administration de l'AFUF

Réforme R3C et Dr Junior, enfin le texte de la réforme !



Inès
DOMINIQUE



Edouard
FORTIER



Nadja
SCHOENTGEN

Nous l'attendions tous : le texte officiel de la réforme a été publié par le ministère le 20/01/2020. Nous pouvons donc (enfin) avoir des informations précises sur toutes les interrogations posées par ces changements de statut et de formation. Et principalement le statut de Dr Junior dont le rôle et les responsabilités étaient encore très flous.

Parmi les questions qui se posaient

Quelles sont les « exigences » pour pouvoir devenir Dr Junior ?

- La thèse de docteur en médecine devra être validée **AVANT** de devenir Dr Junior, donc avant le début de l'actuel 9^e semestre.
- Une inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) dans les 3 mois sera obligatoire. Elle sera temporaire durant le temps du Docteur Junior et devra être modifiée à la fin de la formation.
- Une publication scientifique en 1^{er} auteur à la fin de la phase consolidation.
- Une validation des connaissances et des compétences dont les modalités ne sont pas encore définies.

Quelle position et quelle responsabilité pour le Dr Junior ?

Entre interne et assistant, le statut de Dr Junior posait de nombreuses questions notamment de responsabilité médicale et chirurgicale.

D'après le texte, le Dr Junior sera sous le « régime de l'autonomie supervisée ». L'objectif étant, à la fin du DES, de pouvoir « exercer en toute autonomie sa spécialité ». Il est précisé également que même si le Dr Junior est docteur en médecine et inscrit au CNOM, il reste en formation pendant toute la phase de consolidation.

Et le bloc ? Le Dr Junior peut réaliser seul des actes sous le régime de l'auto-

nomie supervisée. Les actes pouvant être réalisés par le Dr Junior doivent être définis selon une maquette et évoluer au fur et à mesure de l'avancement pour permettre une formation tout au long de la phase de consolidation. Ces actes sont réalisés par « mise en situation du chef de service ou du maître de stage et le Dr Junior est couvert par l'établissement ou le CHU de rattachement ». Il n'est par contre pas précisé si ces maquettes seront communes pour tous les Dr Junior ou si elles dépendront de la volonté de chaque chef de service...

Et les gardes et astreintes ?

Le Dr Junior participe aux gardes et astreintes de son service. Cependant, il est précisé que cela doit être seulement sur la **base du volontariat** du Dr Junior et après accord du praticien le séniorisant ainsi que celui du chef de service et du directeur de l'établissement.

De plus, le Dr Junior doit pouvoir, à tout moment de sa garde/astreinte, faire appel à un sénior qui devra se rendre disponible, dans le cadre de la continuité des soins. Cela va donc mener à probablement organiser plusieurs lignes d'astreintes parallèles pour assurer cela.

Comment choisir son poste de Dr Junior ? Et être choisi ?

La grande question du « Big Matching » qui a créé tant de discussion est finalement expliquée.

Pour les postes de Dr Junior, les choix de stage se feront **au sein de la région**.

Les étudiants devront faire une liste de « vœux d'affectation », classés par ordre de préférence. Les « terrains de stage » feront également une liste de « vœux en classant les étudiants par ordre de préférence ». Un logiciel déterminera en

fonction de ces 2 listes de vœux les affectations des étudiants.

Il est stipulé que des aménagements seront possibles pour les situations particulières (année recherche, disponibilité, grossesse, stages hors subdivision).

Les terrains de stage voulant accueillir des Dr Junior devront remplir une **demande d'agrément de stage officielle**. Dans ce questionnaire, de nombreuses précisions sont demandées aux chefs de service concernant les actes qui seront effectués par les Dr Junior, l'organisation du service, etc., afin de s'assurer d'avoir des lieux de stages adaptés pour la formation.

Et le post-internat ?

Une bonne nouvelle concernant le post-internat puisque le CNCM, dans une publication de décembre 2019, assure que le « *Dr Junior ne remet pas en question le post-internat* ». Il y aura donc des assistanat après la formation de Dr Junior pour permettre aux jeunes urologues de compléter leur formation et être en toute responsabilité.

Et les remplacements ?

Les Dr Junior pourront effectuer des remplacements à partir du début de la phase de consolidation.

En conclusion, on commence enfin à y voir plus clair pour ces postes de Dr Junior en terme de responsabilité, de choix de stage et de formation. Mais de nombreuses questions restent en suspens comme par exemple les maquettes d'actes qui seront autorisées pour les Dr Junior.

Inès DOMINIQUE, Edouard FORTIER,
Nadja SCHOENTGEN



Xavier
MATILLON



Emilien
SEIZILLES DE
MAZANCOURT

Les Rencontres de l'AFUF 2020 à Lyon !

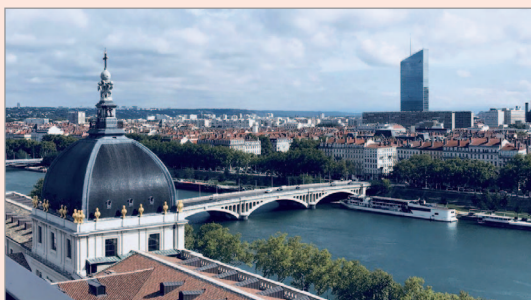
Après le succès à Strasbourg en 2019, les rencontres de l'AFUF 2020 auront lieu cette année dans la ville de Lyon du **18 au 20 septembre 2020** ! Chaque année, c'est entre 60 et 80 internes et assistants, membres de l'AFUF, qui peuvent assister à ce congrès entièrement organisé par l'AFUF.

Au programme : les maintenant classiques « live ou semi-live surgery », des présentations de qualité et adaptées à vos besoins couvrant les principales spécialités urologiques et notamment les spécificités urologiques lyonnaises tout en prévoyant un créneau culture avec découverte de la ville et de sa gastronomie ! Nous préparons également un temps de discussion dédié aux chefs de cliniques et assistants pour leur future installation !

Notez donc dès à présent la date dans votre agenda ! Les inscriptions auront lieu à partir du mois de mai : premiers arrivés, premiers servis ! Comme toujours, l'événement sera retranscrit en live sur la plateforme de l'AFUF et disponible pour relecture par la suite.

Pour patienter, vous pouvez encore visionner les éditions précédentes sur le site : <https://afuf.e-congres.com/fr/>

Xavier MATILLON,
Emilien SEIZILLES DE MAZANCOURT



Devenez Fellow of the European Board of Urology (FEBU)



Emilien
SEIZILLES DE
MAZANCOURT

L'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) propose chaque année de passer un examen pour devenir *Fellow of the European Board of Urology* (FEBU) en collaboration avec l'association européenne d'urologie (EAU). L'examen est obligatoire dans certains pays européens pour valider le cursus de formation en urologie tandis qu'il est encore trop négligé dans la formation française (5 français environ seulement par année).

Qui peut s'inscrire ?

L'inscription est possible pour tous les urologues et, pour les internes, à partir de la dernière année d'internat. Il faut fournir une preuve de validation du DESC ou attestation du référent de DESC précisant que le candidat est en dernière année d'internat.



Comment l'examen se déroule-t-il ?

L'examen est divisé en deux parties : d'abord un écrit, puis un oral.

- L'écrit a lieu en novembre et peut se tenir dans plusieurs centres agréés en France. Il est constitué de 100 questions à choix unique, en anglais, sur l'ensemble de l'urologie. Les inscriptions démarrent en juillet et coûtent 425 euros. Il est possible de commander des livrets d'annales sur le site <https://www.ebu.com/forms/> afin d'avoir un aperçu précis des questions.
- Une fois l'écrit validé, l'oral a lieu en juin de l'année suivante à Varsovie, en Pologne. L'oral peut être présenté jusqu'à 5 ans après avoir validé l'écrit. Il est possible de passer l'oral en français ou en anglais et il est constitué de cas cliniques à présenter devant des examinateurs. Les inscriptions démarrent en décembre et coûtent de nouveau 425 euros.

Quel intérêt ?

En plus d'une ligne sur le CV et d'un diplôme, le titre de Fellow du Board Européen (FEBU) est un témoin de la qualité de la formation qui a été suivie et peut s'avérer utile pour des candidatures de projets de recherche ou de stages cliniques à l'étranger.

On peut imaginer qu'à l'avenir, l'Association Française d'Urologie décidera d'intégrer le diplôme du board dans la formation pour valider le DESC afin de s'aligner sur les autres pays européens. La barrière de la langue ne doit pas en être une puisque les questions de l'écrit sont en anglais scientifique, accessibles à tous et que l'oral peut être passé en français.

Emilien SEIZILLES DE MAZANCOURT



Florian
BARDET

CA de l'AFUF : retour d'expérience

C'est en octobre 2018 qu'Antony, alors représentant AFUF de la Région Est, nous a annoncé qu'il cherchait son successeur. Intrigué par cette association, je lui ai alors fait part de ma candidature pour lui succéder.

À Reims, cette année-là, c'est à bulletins secrets et dépouillés par nos PU (non sans quelques dessins urologiques sur les bulletins) que s'est déroulée l'élection lors de notre session de DESC.

J'ai donc pris mes fonctions lors de la journée de l'AFUF 2019 et j'ai alors pu rencontrer les autres membres du CA : juste mélange « d'anciens », rompus au fonctionnement de l'association, et de nouveaux.

J'ai pu découvrir alors, au travers de son Conseil d'Administration, une association dynamique qui réalise de grands projets avec pour objectif principal : la communication entre ses membres et leur formation.

Le rôle de représentant région ne se limite pas à faire suivre les mails pour un congrès, un partenaire ou les inscriptions : il est le lien privilégié entre le CA et ses adhérents ainsi qu'entre les universitaires de la région et les jeunes. Il fait également remonter les difficultés des uns au niveau national.

L'investissement peut se faire à différents niveaux selon la motivation de chacun et chaque membre du CA est libre d'apporter des idées et des projets nouveaux. La communication au sein du CA est fluide, par mail, par WhatsApp ou lors de nos réunions présentiels tous les 2 à 3 mois à la maison de l'urologie à Paris.

Je ne reviendrai pas sur les projets de l'AFUF car ils sont nombreux et d'autres sont encore à venir mais, je terminerai, à l'heure où moi aussi je vais devoir rendre mon poste, en donnant 2 qualités essentielles pour rejoindre le CA : la disponibilité et la réactivité.

N'hésitez donc pas à vous mettre en contact avec votre représentant de région afin d'avoir toutes les chances de pouvoir venir participer à l'aventure !

Florian BARDET



Michael
BABOUDJIAN

Retour d'expérience Graines et Sol

Dans le cadre de ma préparation au master 2, j'ai eu le plaisir de participer au Séminaire Graines et Sol 2020, coordonné par le Pr Saussine. Brièvement, ce séminaire s'adresse aux jeunes urologues désireux d'effectuer une démarche de recherche scientifique (Master 2, thèse de science, mobilité, etc.) et dont le projet pourrait bénéficier d'un coaching personnalisé afin d'être concrétisé. Il s'agit également d'un prérequis fortement recommandée si l'on souhaite postuler pour une bourse AFU, les experts pouvant également suggérer d'autres sources de financements adaptées au projet afin d'augmenter nos chances de subvention.

Le séminaire s'articule principalement en deux axes : des présentations en groupe le matin et un tutorat l'après-midi. Les présentations sont réalisées par des experts en urologie, des méthodologistes, des statisticiens et des chercheurs afin d'aider à la construction des projets.

Certains intervenants proposaient par exemple une formation à la recherche bibliographique sur PubMed, des astuces pour construire une base de données et réaliser les premières analyses statistiques. Le Master 2 étant parfois un premier pas vers une carrière universitaire, certaines présentations concernaient le parcours et les prérequis d'un futur universitaire. Le tutorat est quant à lui personnalisé, un groupe de 3 experts se penchaient sur chacun des projets afin d'en améliorer le fond et la forme. Ce coaching permettait, entre autres, de préparer un futur oral pour les demandes de bourses, d'anticiper les questions des jurys et globalement de donner un peu d'air à nos présentations aux diapositives souvent surchargées.

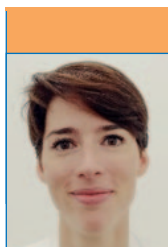
Le séminaire s'étend sur 3 jours à la Maison de l'Urologie à Paris, dans une ambiance décontractée. Je le recommande vivement !

Michael BABOUDJIAN



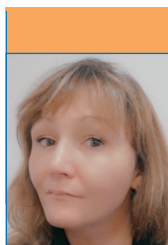
(ndlr : congrès reporté au 17-21 juillet #COVID19)

Nouveau comité de rédaction d'UROjonction, vous informer encore et toujours !



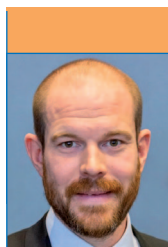
Caroline PETTENATI
Rédactrice en chef

J'ai la joie de succéder à Yann Neuzillet comme directrice de rédaction d'UROjonction, et je tenais à remercier chaleureusement le Conseil d'Administration de l'AFU pour cette mission. L'année 2020 est celle du renouvellement, et je laisse ici se présenter les membres qui constituent notre nouveau comité. UROjonction est votre journal et il doit être le reflet de ce qui fait la force de l'AFU : l'union, le dynamisme et l'ouverture d'esprit. L'union : en faisant intervenir tous les urologues, quels que soient leur profil d'activité ou leur génération, car là est la richesse de notre spécialité. Notre comité de rédaction allie hommes et femmes aux profils universitaires, hospitaliers et libéraux pour assurer la représentativité de notre diversité et aborder les sujets qui nous concernent tous. Le dynamisme : en vous présentant tous les 2 mois les sujets qui font l'actualité de l'urologie française et les missions de l'AFU. L'ouverture d'esprit : par un large éventail des sujets traités et en sollicitant des professionnels non urologues selon les thématiques. Notre objectif : vous informer, encore et toujours !



Marianne BOUET
Coordination générale

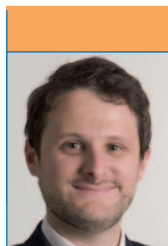
Agée de 40 ans, j'ai rejoint l'AFU début décembre 2019. Avant mon arrivée, j'ai évolué professionnellement en qualité de responsable administrative dans un bureau d'études en aménagement du territoire, dans lequel j'ai passé plus de 17 ans et dont j'étais associée. J'ai quitté une famille d'urbanistes pour rejoindre celle des urologues et bien que le sujet me soit quelque peu étranger, j'en suis ravie. J'intègre donc avec grand plaisir l'équipe de rédaction d'UROjonction en tant que coordinatrice, que j'accompagnerai au mieux !



Julien BRANCHEREAU
Secrétaire de rédaction

Je suis PH dans le service d'urologie du CHU de Nantes et membre de notre conseil d'administration. Après trois années au sein du comité de rédaction du journal de notre association, j'ai l'honneur de poursuivre l'aventure « UROjonction » pour une nouvelle mandature. Yann Neuzillet a su guider une ligne éditoriale tout à fait à l'image de l'AFU : conviviale, déterminée et unie. Je suis sûr que Caroline Pettenati poursuivra cette ligne éditoriale à l'image de notre association unique qui fédère et rassemble la quasi totalité d'entre nous.

UROjonction est votre journal, n'hésitez pas à nous faire part de vos propositions d'articles.



Julien DEFONTAINES
Secrétaire de rédaction

Je suis chirurgien urologue installé en libéral depuis 2 ans à l'hôpital privé Claude Galien situé en Essonne. Après avoir travaillé avec l'AFUF et l'École de chirurgie pendant mes jeunes années, c'est avec un très grand honneur que je rejoins l'équipe de rédaction de notre journal. Nous continuerons à vous informer, conseiller, éveiller (voir divertir !) grâce à notre équipe soudée autour de Caroline.

Pour nous contacter...

Caroline PETTENATI : pettenati.ci@gmail.com

Marianne BOUET : mbouet@afu.fr

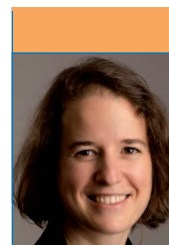
Julien BRANCHEREAU : julienbranchereau@gmail.com

Julien DEFONTAINES : julien.defontaines@gmail.com

Gaëlle FIARD : gaellefi@gmail.com

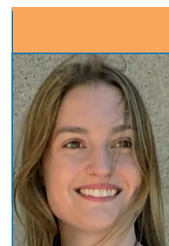
Priscilla LEON : bertrandpriscilla@yahoo.fr

Arnaud SCHOENIG : arnaud.schoenig@gmail.com



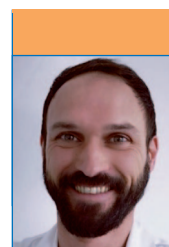
Gaëlle FIARD
Secrétaire de rédaction

Je remercie le bureau de l'AFU et notre nouvelle rédactrice en chef pour leur accueil au sein du tout nouveau comité de rédaction d'UROjonction que je rejoins avec plaisir ! Âgée de 35 ans, je suis ancienne interne et chef de clinique du CHU de Grenoble où j'occupe maintenant le poste de praticien hospitalier universitaire. Actuellement en mobilité à Londres pour un an, c'est initialement depuis la capitale britannique que j'apporterai ma pierre à ce bel outil de communication et de lien entre urologues qu'est UROjonction !



Priscilla LEON
Secrétaire de rédaction

C'est avec grand plaisir que j'intègre, cette année, l'équipe de rédaction d'UROjonction. Je tiens à remercier le conseil d'administration de l'AFU pour sa confiance. Après un externat à Nantes, un internat et un clinicat à Reims, un inter CHU et un master 2 à la Pitié Salpêtrière, je suis actuellement urologue libérale à la clinique Pasteur de Royan. Je suis fière et heureuse, par cet engagement, d'apporter ma pierre à l'édifice, et de consacrer du temps et beaucoup d'énergie à notre belle association qu'est l'AFU.



Arnaud SCHOENIG
Secrétaire de rédaction

J'ai intégré l'équipe d'urojonction peu de temps après mon installation en libéral dans une clinique de Clermont-Ferrand. Avec ce deuxième mandat, j'espère pouvoir partager au mieux l'actualité, les innovations et les débats autour de notre spécialité en plein mouvement !

Bonne lecture à toutes et tous !