

SOMMAIRE

Éditorial

- Des urologues... oui mais pas que !!!2
Pierre-Henri SAVOIE

Dossier - Les urologues militaires

Dossier préparé par Arnaud SCHOENIG

- Qu'est-ce qu'un urologue militaire ?3
Paul CHIRON
- La médecine militaire à travers les âges6
- Médecin militaire dans la réserve opérationnelle
et urologue libéral7
Clément DARCO
- Témoignages : le parcours et le quotidien
de deux urologues militaires9
François-Xavier DELEDALLE, Julie HARDY
- Quelle formation pour devenir chirurgien militaire ?13
Pierre-Henri SAVOIE

Examen clinique

Dossier préparé par Priscilla LEON

- Comment faire un examen uro-gynécologique bien mené
et se protéger face à une plainte15
Jean-Nicolas CORNU, Adrien VIDART
- Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique ..16
CNGOF, CEGO, CNEGM, FNCGM, SCGP, SFG
- Examen clinique : aspect légal et pratique19
Le Conseil d'Administration du SNCUF

Raisonnement

- Biais cognitifs : attention danger !20
Vanessa AVRILLON, Frédéric VAVDIN

Partenaire

- IPSEN, à vos côtés depuis plus de 35 ans...21

Formation

- Compte personnel de formation, késaco ?22
Denis PRUNET

Congé « naissance »

Dossier préparé par Caroline PETTENATI

- Congés maternité/paternité : comment s'y retrouver ?
Témoignages croisés de deux urologues23
Sophie SEREY-EIFFEL, Blandine TAMARELLE
- Congés « naissance » : une réalité contrastée
mais en très nette amélioration26
Didier LEGEAS
- Congé paternité en urologie libérale : « Man vs Wild »29
Julien DEFONTAINES

Exercice libéral

- Des officiers de santé aux opérateurs de santé privés,
revue de l'urologie libérale en France en 202231
Jérôme GAS, Denis PRUNET

SNCUF

- Dix bonnes raisons de faire partie du Conseil
d'Administration du SNCUF34
Le Conseil d'Administration du SNCUF

Robot

Dossier préparé par Gaëlle FIARD

- Le robot : un critère d'installation ?
Elena BRASSART, Delphine PONCET35
- Stanislas GRISARD, Emilie LECORNET36
- Le codage des interventions robot,
enfin une bonne nouvelle ?37
Charles MAZEAUD

UroFrance

- Trucs et astuces UroFrance39
L'équipe UroFrance.org

Fax AFUF

-41
Emilien SEIZILLES de MAZANCOURT, Kevin KAULANJAN,
Anna GOJJON, Gautier MARCQ, Truong An NGUYEN,
Emilie GREMBER, Maxime ODIN



Pierre-Henri
SAVOIE

Des urologues... oui mais pas que !!!

Il est 23 heures 09, le brancard sort de l'hélicoptère médicalisé, à l'heure exacte prévue dans le message d'alerte. Le blessé aurait une plaie thoracique par balle. A 23h12, il rentre au déchoquage, pour y recevoir les premières mesures réanimatoires. La chirurgienne responsable confirme une plaie soufflante basithoracique droite, située sur la ligne axillaire antérieure. Aucun orifice de sortie n'est retrouvé lors de l'examen sommaire, ce qui sous-entend que le projectile n'est pas ressorti. Cette particularité ne permet pas la reconstitution mentale du trajet projectiltaire et laisse planer le doute sur les structures anatomiques atteintes. En effet, cette plaie des confins peut avoir créé tous types de lésions : thoracique, abdominale voire osseuse.

A 23h25, un arrêt cardiorespiratoire justifie la réalisation d'une thoracotomie de resuscitation en salle de déchoquage. Après clampage de l'aorte thoracique descendante et réalisation d'un massage cardiaque interne, le médecin anesthésiste réanimateur estime après quelques minutes que l'hémodynamique est compatible avec un transfert au bloc opératoire.

Afin de réaliser un bilan initial rapide et exhaustif, la chirurgienne d'urgence pratique d'abord une bithoracotomie puis une laparotomie écourtée. Une plaie hépatique comminutive hémorragique est diagnostiquée et contrôlée par un packing. Une fois le blessé stabilisé, la bi-thoracotomie est refermée sous couvert de 2 drains thoraciques. Une fermeture provisoire par laparostomie est réalisée sur un tamponnement péri-hépatique efficace (laissé en place). Enfin, le blessé est conduit en réanimation pour 48 heures afin de stabiliser ses paramètres vitaux et pouvoir envisager le traitement définitif des lésions, après avoir ôté le packing.

Une fois l'intervention terminée, la chirurgienne quitte sa casaque et son calot ! Elle va aux vestiaires enfiler... son treillis d'of-

ficier : Il s'agit en effet du chirurgien du tronc projetée en Afrique au soutien de l'armée française.

Après être allée prendre des nouvelles du patient, elle va essayer de dormir un peu ! Demain, elle est attendue en consultation au profit des populations locales... A l'issue de celle-ci, elle aura programmé des cures de hernie, d'hydrocèle ou encore des lithotomies voire des hystérectomies pour fibrome utérin... Elle le sait, elle est là au soutien des forces armées mais cette activité fait partie du job ! Elle permet de faire accepter la présence militaire étrangère auprès des autochtones mais aussi de garder les personnels du bloc en alerte pour les habituer à travailler ensemble... Ce chirurgien militaire présente une particularité : en France, c'est un.e urologue !

Ce récit met en lumière une des spécificités peu connue de l'urologue militaire, dont l'activité clinique, en métropole, est au quotidien celle d'un urologue civil.

L'actualité nous rappelle que certains de vos confrères sont en alerte, prêts à partir en cas de généralisation du conflit russo-ukrainien. Ce qui les attendrait : un déploiement en Roumanie au sein d'une antenne médico-chirurgicale, comme chirurgien du tronc... Vous allez découvrir dans ce numéro d'Urojonction que trois chemins mènent un urologue en opérations extérieures. Il peut être militaire :

- « de carrière », dès les premières années de facultés, au sein de l'École de Santé des Armées de Lyon-Bron (7 actuellement dont une femme) ;
- « sous contrat » (1 femme et 2 hommes). Une fois thésé et son DES d'urologie en poche, il suffit de postuler en Hôpital d'Instruction des Armées (Paris et Toulon) si un poste budgétaire est vacant ;
- Et enfin le statut de réserviste (une dizaine actuellement). Accessible à tout urologue civil (privé ou public et même en formation) désireux d'intervenir transitoirement au sein de la réserve opéra-

« ...Allez où la patrie et l'humanité vous appellent, soyez-y toujours prêts à servir l'une et l'autre et, s'il le faut, sachez imiter ceux de vos généreux compagnons qui, au même poste, sont morts martyrs de ce dévouement intrépide et magnanime qui est le véritable acte de foi des hommes de notre état. »

Baron PERCY

Chirurgien en chef de la grande armée aux chirurgiens sous-aides (1811)

tionnelle du service de santé des armées, souvent en mission internationale, après avoir suivi une formation spécifique.

Depuis quelques années, le nombre d'urologues tentés par cette dernière option ne fait que croître. Probablement sensibilisés dans les suites des attentats, cet engagement intéresse aussi les plus jeunes, aussi par l'opportunité qu'offre la traumatologie viscérale de pratiquer de la chirurgie ouverte (de plus en plus rare dans notre activité quotidienne).

La formation indispensable à cette compétence est dispensée initialement puis entretenue par la chaire de chirurgie de l'École du Val de Grace, notamment à travers le CACHirMEX (Cours Avancé en Chirurgie en Missions Extérieures). Il s'agit d'une formation dispensée sur 1 à 3 ans à travers 5 modules joignant la théorie à la pratique (cours interactifs et simulations sur réacteurs biologiques).

Ainsi, les urologues militaires, comme tous les autres chirurgiens du tronc de l'armée française (digestifs, thoraciques, vasculaires) qu'ils soient engagés ou réservistes, sont déployés régulièrement sur des théâtres d'opérations extérieurs ou sur des bâtiments de la Marine Nationale. Ce numéro d'Urojonction va tenter, à travers des interviews et de courts articles, de mieux vous faire connaître ces urologues civils ou militaires intégrés à l'Armée Française.

Pierre-Henri SAVOIE

Chef de service

Hôpital d'Instruction des Armées Saint-Anne



Dossier
préparé par

**Arnaud
SCHOENIG**

Les urologues militaires

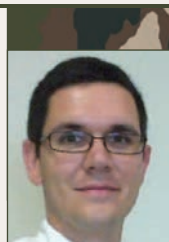
De l'époque lointaine des campagnes napoléoniennes, où Dominique-Jean Larrey organisait pour la première fois la prise en charge des blessés, jusqu'aux derniers attentats perpétrés dans nos civilisation modernes, la médecine militaire a dû s'adapter et se perfectionner au fil des siècles et des conflits. Aujourd'hui il s'agit d'une spécialité à part entière (environ 15 % de la formation totale) encadrée par le Service de Santé des Armées (SSA) et qui, au-delà de la prise en charge des blessés, participe également dans le domaine de la santé publique, de la gestion des risques au niveau gouvernemental ainsi que de la recherche de la prévention face aux risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques.

Dans un contexte géopolitique en effervescence et face au retour de la guerre aux frontières de l'Europe, coup de projecteur sur nos urologues de guerre : que ce soit dans les hôpitaux d'instructions des armées (HIA) ou sur les théâtres d'opérations ; dans le confort de nos blocs opératoires sur-équipés ou au sein d'antennes chirurgicales déployées au plus près des zones de combats ; officiers de carrière ou médecins de réserve ; quelles sont les missions et le travail de nos confrères urologues dans le service de santé des armées ?

Nous débiterons ce dossier par un décryptage de cette « sur-spécialité » hors du commun avec le Dr Paul Chiron, urologue à l'Hôpital d'Instruction des Armées Bégin.

Arnaud SCHOENIG

La mission principale du Service de Santé des Armées (SSA) est le soutien médico-chirurgical, en toute circonstance, des forces armées françaises, sur le territoire national et sur les théâtres d'opérations extérieures. Mais il participe également à la santé publique, en collaboration avec le Ministère des Solidarités et de la Santé. Service interarmée, il est indépendant des autres Armées (Armée de Terre, Marine Nationale, Armée de l'Air et de l'Espace, Gendarmerie Nationale) : parmi les praticiens qui le composent, on distingue classiquement ceux qui dépendent de la Médecine des Forces, pratiquant la médecine générale au plus près des armées sur terre ou sur mer, et les médecins hospitaliers, exerçant dans les Hôpitaux d'Instruction des Armées (HIA). Actuellement, il en existe 7, répartis sur le territoire national : HIA Bégin (Saint-Mandé, 94), HIA Clermont-Tonnerre (Brest, 29), HIA Laveran (Marseille, 13), HIA Legouest (Metz, 57), HIA Percy (Clamart, 92), HIA Robert-Picqué (Villeneuve d'Ornon, 33), HIA Sainte-Anne (Toulon, 83). Seuls deux d'entre eux, Bégin et Sainte-Anne, disposent d'un service d'urologie, chacun comprenant une équipe de 5 à 6 praticiens.



Paul CHIRON
Médecin Principal

Qu'est-ce qu'un urologue militaire ?

Être urologue militaire, c'est d'abord être urologue

Formation médicale

Les études médicales des médecins militaires sont similaires à celles des étudiants civils. Intégrés à l'École de Santé des Armées de Lyon-Bron pour le premier et second cycle des études médicales, les étudiants sont répartis dans les facultés de médecine de la ville et suivent le même cursus universitaire.

Soumis également aux Épreuves Classantes Nationales, ils sont par contre retirés du classement général, intégrés à l'École du Val-de-Grâce (EVDG) en charge du suivi du troisième cycle, et classés entre eux. Le choix de spécialité se fait parmi les postes ouverts par l'EVDG, répondant au mieux aux besoins des armées : le nombre de postes fluctue d'année en année, la répartition étant d'environ 30 % de postes de spécialités et 70 % de postes de médecine générale.

Une fois intégré dans le cursus d'urologie et rattaché à l'un des deux services, à Toulon ou à Saint-Mandé, l'interne est inscrit à une université civile et réalise un cursus similaire à ses collègues civils. Toutefois, une majorité des stages est réalisée dans les hôpitaux militaires, notamment les stages hors spécialités (chirurgie viscérale, thoracique et vasculaire), mais également au moins deux stages d'urologie : cela a pour avantage de bien connaître, dès la formation, ses futurs collègues ! Les autres stages d'urologie sont volontiers réalisés dans les services civils des CHU environnants. Jusqu'à la réforme du 3^e cycle, le clinician était réalisé dans le service de rattachement.

En dehors de cette voie « classique », les deux équipes d'urologie militaires tendent à s'agrandir et ont recruté, ces dernières années, des collègues formés dans le civil et s'engageant pour quelques années sous contrat militaire.

Exercice dans les HIA

Au quotidien, les HIA exercent une mission de service public : ils accueillent tous les patients, même sans lien avec le Ministère des Armées. Dans les deux établissements, les plateaux techniques sont très complets : ils disposent de moyens d'endoscopie performants (URSS numériques et à usage unique, HoLEP) et prochainement seront tous les deux équipés du robot. Ils sont bien intégrés localement, avec réalisation de RCP en collaboration avec les CHU environnants. L'activité est variée et générale, les deux services ayant l'agrément de cancérologie et l'agrément pour la formation des internes.

Au plan académique, les praticiens des deux services participent à des actions de formation civiles (Capacité de médecine d'urgence, FST de traumatologie viscérale, DIU de traumatologie viscérale, Enseignement du collège d'Urologie) et militaires (Cours Avancé de Chirurgie en Milieu Extérieur, Cours Avancé de Médecine en Milieu Extérieur, encadrement de travaux de thèse pour les internes militaires).

Être urologue militaire, c'est aussi être militaire

Au sein des HIA, les urologues militaires assurent également une mission de conseil et d'expertise pour le commandement. Il y existe en particulier une consultation (environ 200 dossiers traités annuellement) dédiée à l'aptitude à l'engagement ou en cours de carrière. La singularité de cette consultation repose sur la nécessité d'imaginer les contraintes spécifiques auxquelles chaque militaire risque d'être confronté dans le cadre de son métier, en métropole ou en mission, et d'estimer si les anomalies urologiques qu'il présente sont compatibles avec cet exercice, im-

médiatement ou après une prise en charge adaptée.

En outre, la participation au contrat opérationnel du SSA implique, pour les urologues militaires, de partir en mission. Le rythme de ces départs est variable, en moyenne une mission de deux mois tous les deux ans. Il s'agit alors pour l'urologue de travailler au sein d'une équipe chirurgicale réduite appelée « rôle 2 », incluant un chirurgien du tronc (chirurgien soit viscéral, thoracique, vasculaire ou urologue), un chirurgien orthopédique, un médecin anesthésiste-réanimateur, ainsi que le personnel paramédical (IBODE, IADE, IDE de soins généraux) permettant de faire fonctionner un bloc opératoire et une unité de surveillance continue. Cette structure peut être déployée, selon les missions, dans un bâtiment existant mais aussi sous tente, ou encore sur un bateau de la Marine Nationale.

L'École du Val-de-Grâce assure la formation des futurs chirurgiens militaires amenés à être déployés en opération extérieure, au cours du troisième cycle, d'une part en leur permettant une maquette de stages diversifiée, avec des passages dans d'autres spécialités chirurgicales « opérationnelles » et, d'autre part, en assurant, sous l'égide de la Chaire de Chirurgie Appliquée aux Ar-

mées, le Cours Avancé de Chirurgie en Milieu Extérieur (Cachirmex). Cette formation, dispensée par des chirurgiens militaires expérimentés, permet aux chirurgiens orthopédistes et aux chirurgiens du tronc (anciennement, les titulaires du DES de chirurgie générale) une formation aux gestes qui sauvent lors de la prise en charge de polytraumatisés par arme de guerre. Alliant retours d'expérience, formation théorique et pratique (sur sujets anatomiques ou modèles animaux), faisant la part belle à la simulation, elle prépare au mieux les chirurgiens de toute spécialité à l'exercice en Opération Extérieure. Elle assure également la formation continue des chirurgiens militaires en activité, par des formations complémentaires ou des « recyclages ».



Cours Avancé Chirurgie
en Mission Extérieure



Antenne sous tente : salle de déchocage, blocs sous tente avec 2 chirurgies concomitantes (antenne chirurgicale hollandaise).

Pouvant être perçues comme une contrainte, ces missions constituent en fait la richesse de notre métier : école de l'autonomie, elles permettent de travailler « en dehors de sa zone de confort », avec une équipe et des moyens réduits. Elle impose de standardiser et rationaliser sa pratique chirurgicale, de poser avec soin ses indications chirurgicales et d'en assurer les suites immédiates. Parmi ces missions, certaines pourraient être qualifiées de missions « de soutien », dans le cadre desquelles il est souvent possible de délivrer une Aide Médicale à la Population. L'AMP permet de se confronter à des pathologies tropicales, des formes « historiques » de pathologies disparues sous nos latitudes, mais surtout de rencontrer d'autres cultures et d'essayer d'aider au mieux les patients qui se confient à nous, sans chercher à remplacer les structures de soins locales ou humanitaires. Au plan militaire, elles sont également l'opportunité de découvrir la réalité de l'activité militaire en opération extérieure. Les échanges avec nos collègues soldats sont riches d'enseignement et permettent des expériences inoubliables : tout le monde n'a pas l'occasion, par exemple, d'être treuillé depuis un hélicoptère, ou encore de visiter les entrailles d'un porte-avions dans le cadre de son travail !

D'autres missions pourraient être qualifiées « d'opérationnelles », au plus près

des zones de conflits. Elles sont habituellement confiées aux Antennes Chirurgicales Aérotransportables (ACA), qui sont des rôles 2 en équipe constituée et fixe, voire au Module de Chirurgie Vital (MCV), équipe chirurgicale des Forces Spéciales. Déployées sous tente, avec des moyens logistiques limités, les missions de ces antennes impliquent une disponibilité et une concentration de tous les instants, qui est le fruit de l'ensemble de notre cursus et de notre formation. Plusieurs urologues militaires ont eu l'opportunité d'intégrer les ACA ou le MCV, et certains d'entre nous restent d'alerte pour un déploiement à tout instant, du fait des événements récents en Europe ou en Afrique.

Être urologue civil... mais aussi militaire

Certains de nos collègues, anciens urologues militaires ou non, ont également choisi d'intégrer la réserve du Service de Santé des Armées. Ils peuvent ainsi réaliser une Formation Militaire Initiale de Réserve (FMIR), mais également participer à la formation CACHIRMEX. Une dizaine de praticiens urologues sont ainsi réservistes du Service de Santé des Armées : certains d'entre eux ont ainsi pu prêter main forte dans les HIA lors de la crise sanitaire de la Covid-19, et d'autres, volontaires OPEX, ont également eu l'opportunité de réaliser des missions en mer ou à l'étranger.

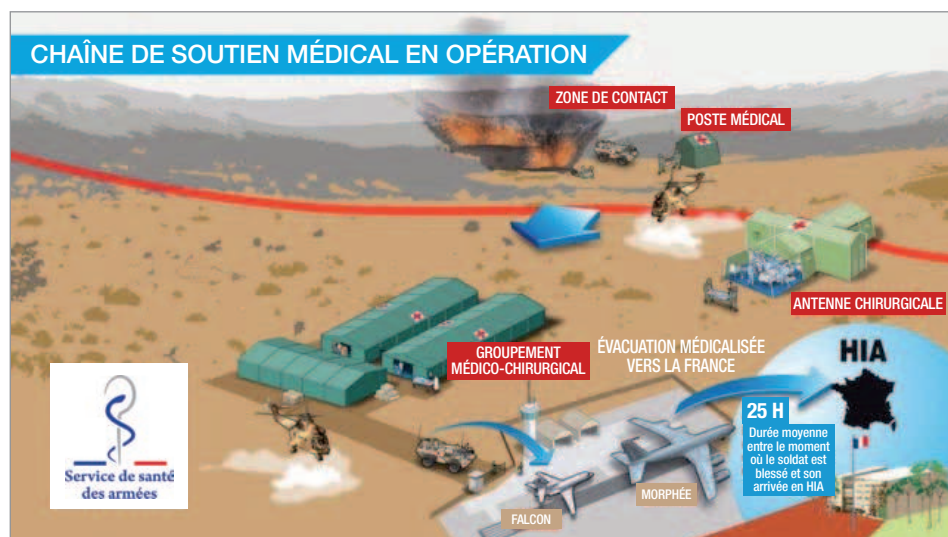
Ainsi, les services d'urologie militaire constituent des équipes hospitalières de taille humaine, dynamiques et porteuses de nombreux projets hospitaliers et universitaires. Mues par une forte solidarité et une culture du compagnonnage, elles s'enrichissent des missions réalisées par ses praticiens et de l'expérience particulière qu'ils y acquièrent.

Les deux équipes d'urologie du SSA ont vocation à s'agrandir dans les années à venir : les internes qui souhaitent, au cours de leur formation, y découvrir nos spécificités militaires, y sont les bienvenus, et les urologues, jeunes ou moins jeunes, qui le souhaitent peuvent tout à fait présenter leur candidature dans l'armée d'active ou la réserve opérationnelle pour nous rejoindre.

Paul CHIRON

Médecin Principal

Hôpital d'Instruction des Armées Bégin



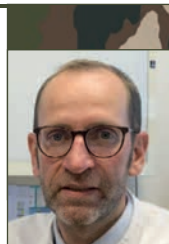
Simulation de blessure (grimage)

- **-2000** : Suture, réduction des luxations et des fractures. En revanche, la lutte contre les maladies infectieuses est méconnue. Si l'on trouve des mentions de la désinfection par l'alcool dès -2150 sur une tablette d'argile sumérienne, les maladies infectieuses représentent la première cause de mortalité en temps de guerre.
- **XV^e siècle** : Création d'un service pharmaceutique des armées et première mention historique de pharmaciens militaires qui préfigure l'apparition des hôpitaux militaires.
- **XVI^e siècle** : Ambroise Paré, chirurgien des champs de bataille, est confronté aux blessures par balles du fait de la généralisation des armes à feu. Il met au point la méthode de désinfection des plaies et de ligature des artères lors des amputations, qu'il substitue à la cautérisation.
- **XVIII^e siècle** : Le médecin militaire, chirurgien et hygiéniste Jean Colombier publie les ouvrages : Code de médecine militaire en 1772, puis Préceptes sur la santé des gens de guerre et Hygiène militaire en 1775, et Médecine militaire ou Traité des maladies tant internes qu'externes auxquelles les militaires sont exposés dans leurs différentes fonctions de paix ou de guerre en 1778.
- **XVIII^e siècle** : Au début des campagnes napoléoniennes, le chirurgien Dominique-Jean Larrey met en place des ambulances chirurgicales mobiles (« ambulances volantes ») pour porter les soins aux blessés au plus tôt sur le champ de bataille. En 1796, lors de la campagne d'Italie, il met en place des divisions d'ambulances volantes, réparties le long du front pour agir plus rapidement. Il améliore également les techniques d'amputation et de désarticulation et les règles d'hygiène. Il contribue ainsi à réformer l'enseignement de la médecine civile et impose la création de la Société de chirurgie et de médecine en 1803. « Le chirurgien fut toujours au plus près des soldats, opérant jours et nuits, parfois plus de 15 heures d'affilée ». Il est le père de la médecine d'urgence.

La médecine militaire à travers les âges

- **Guerre de Sécession** : Les services de santé et de médecine militaire des deux camps sont vite dépassés par l'ampleur de leur tâche. Jonathan Letterman, directeur médical de l'Armée du Potomac, organise les secours à deux niveaux : postes de secours (first aid post) à l'échelle du régiment et des hôpitaux de campagne (field hospital) à l'échelle de la division et du corps d'armée ; le tout desservi par un corps d'ambulances. Il est considéré aux États-Unis comme le « père de la médecine de l'avant » (father of battlefield medicine).
- **Première Guerre mondiale** : Marie Curie fonde un corps d'ambulances radiologiques, les « Petites Curie », qui permettent d'effectuer à proximité du front des radioscopies des blessés pour localiser les balles et éclats d'obus et ainsi faciliter l'opération chirurgicale.
- **Seconde Guerre mondiale** : A l'occasion du Blitz de Londres en 1941, les médecins Eric Bywaters et Desmond Beall travaillent sur le problème de défaillance rénale pour les personnes ensevelies sous les décombres et mettent en évidence son mécanisme en 1944 (syndrome de Bywaters). Les médecins intervenant dans les décombres utilisent un traitement par perfusion. La découverte de la dialyse permet l'amélioration du traitement lors de la Guerre de Corée. De plus, l'armée américaine prend conscience que le point critique est l'évacuation des blessés vers les structures de soins ; en 1942, elle organise son système de santé en trois échelons : Des unités chirurgicales mobiles, les portable surgical hospitals (PSH) de vingt-neuf personnes (dont cinq chirurgiens et un anesthésiste), des hôpitaux de campagne (field hospitals), les hôpitaux traditionnels en dur (general hospitals). Cette organisation permet d'apporter des soins chirurgicaux juste derrière la ligne de front avec les PSH, alors que les hôpitaux de campagne sont à plusieurs kilomètres du front. Après la Seconde Guerre mondiale, des consultants chirurgicaux de l'armée américaine, dont Michael E. DeBakey, recommandent la création d'unités de soin plus proches du front donnant ainsi naissance aux Mobile Army Surgical Hospital (MASH), qui seront remplacés en 2006 par les Combat Support Hospital (CSH). Les MASH sont mis en œuvre durant la Guerre de Corée (1950) et permettent d'avoir un taux de survie de 97 % pour les soldats arrivés vivants.
- **Au XXI^e siècle, qualité et technicité au service des combattants** : Les conflits évoluent vers des guerres asymétriques. Il y a de moins en moins de combats de masse localisés, mais de plus en plus d'actes isolés par des unités très mobiles : accrochages, embuscades, attentats, engins explosifs improvisés (bombe sur les bords des routes). L'organisation doit donc évoluer pour pouvoir prendre en charge des blessés dans de petites unités (par exemple des patrouilles), donc se déplaçant sans soutien médical. Dès lors, il est indispensable d'amener sur des théâtres même éloignés de la métropole, au plus près des combats, des compétences techniques adaptées aux différentes situations : les médecins, les chirurgiens, les anesthésistes-réanimateurs, des spécialistes (ophtalmologistes, ORL, neurochirurgiens, etc.). De plus, il ne suffit pas de sauver les vies. Il faut préserver ou être capable de restaurer au maximum les fonctions garantissant aux blessés la meilleure réinsertion possible dans la société.
- **L'École Supérieure des Armées (ESA)** a été créée sur le site de l'École du service de santé des armées de Lyon-Bron. Cette décision fait suite à la grande réforme des armées de 2008, consécutive à la publication du Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale et à la révision générale des politiques publiques.

Comme l'évoquait le Pr Savoie dans son éditorial, il y a, depuis quelques années, un nombre croissant d'urologues réservistes intervenant transitoirement au sein du service de santé des armées. Comment associer son activité clinique et chirurgicale programmée avec des missions internationales de plusieurs semaines ? Explications avec le Dr Clément Darcq, urologue libéral, qui, au-delà d'une activité clinique débordante, a déjà servi notre pays à plusieurs reprises à l'étranger. « Quand on veut, on peut » comme il le dit humblement...



Clément DARCQ
Médecin Principal

Médecin militaire dans la réserve opérationnelle et urologue libéral

Une situation paraît contradictoire ou compliquée, mais pourtant elle est possible. Pour ma part, je suis tombé dedans à la sortie de l'internat.

J'ai eu la chance de rentrer dans le Service de Santé des Armées (SSA) comme officier sous contrat (OSC) pour valider mon cliniciat de 2 ans à l'HIA du Val de Grâce.

La vie à l'HIA est identique à celle d'un CHU. Mais très rapidement, l'idée m'est venue de découvrir l'expérience des missions militaires sur le terrain. J'ai donc postulé pour partir en OPEX.

Découvrir l'OPEX en tant que jeune praticien reste une expérience assez exceptionnelle pour un médecin de 30 ans environ, qui va pouvoir découvrir l'art de la chirurgie générale. C'est ainsi que j'ai pu partir au Kosovo puis en Côte d'Ivoire à l'époque de la guerre civile.

Une fois le cliniciat fini, j'ai souhaité poursuivre mon engagement en rentrant dans la réserve opérationnelle en restant attaché à un des deux services d'urologie du SSA.

Les premières années d'installation ne m'ont pas permis de retourner en OPEX tellement la charge professionnelle était dense. Au bout de quelques années, le désir de repartir a vu le jour et j'ai donc sollicité ma hiérarchie pour repartir en OPEX ou MCD (mission de courte durée). La demande transite par le chef de service, puis le médecin chef de l'HIA (directeur de l'hôpital) et enfin l'EMO santé (État-major opérationnel).

Mais pour cela il a fallu m'organiser : préparer ma mission, trouver des remplaçants, poursuivre ma formation militaire, faire le point avec les assurances.

La préparation de la mission signifie de consolider ses compétences en chirurgie générale, ce qui est particulièrement difficile lorsque l'on exerce exclusivement en urologie sans service d'urgence.

En effet, le rôle du médecin militaire est, avant tout, de soigner les soldats en OPEX, en tant que chirurgien viscéraliste. Pour cela, il est impératif de garder cette culture de chirurgie générale et de pouvoir continuer à l'exercer aussi souvent que possible. Il faut remettre en question ses connais-



Treillis (lors du brevet militaire parachutiste) et uniforme de cérémonie

sances en suivant régulièrement les formations proposées (Cachirmex, DIU de chirurgie traumatologique, DSTC, ASSET, etc.) et en passant du temps au bloc avec ses collègues d'autres spécialités (vasculaire, thoracique, digestif, neurochirurgiens, etc.). Cette formation continue, se fait bien entendu au milieu de sa mise à niveau régulière en urologie qui est particulièrement dense également.

La deuxième mission en OPEX est de soigner la population locale, lorsque le climat politique le permet. L'AMP (aide médicale à la population) permet à toute l'équipe chirurgicale d'apprendre à travailler ensemble pour créer des automatismes. L'AMP permet également à l'armée française de bien s'intégrer dans le paysage local. C'est là que l'urologie militaire prend tout son sens. Il existe dans les pays rencontrés un nombre inépuisable de patients porteurs de calculs urinaires, adénomes de prostate, hernies inguinales et fibromes utérins à opérer. Il est même possible de traiter certains cancers urologiques par des gestes simples comme une néphrectomie (cancer du rein opéré à Yamassoukro, côte d'Ivoire). En revanche, le matériel étant limité, la plupart du temps les opérations se résument à une simple chirurgie ouverte. D'autre part, l'AMP pose souvent de vrais problèmes éthiques. Savoir ne pas « y aller » pour éviter des hospitalisations



Opération LICORNE – Yamassoukro, côte d'Ivoire (2006)

trop longues et des prises en charges trop complexes que vos successeurs auront du mal à gérer. Parfois il faut bien avoir conscience que l'abstention que l'on décide, débouchera inéluctablement vers un décès rapide, y compris chez des enfants (néphroblastome rencontré à Djibouti).

Le temps de la mission est en général d'un mois. Cette période peut être exécutée durant les vacances, mais cela n'est pas forcément compatible avec la vie de famille. L'alternative est de prendre des remplaçants. Pour cela, il faut s'adresser aux internes et CCA des hôpitaux voisins et faire jouer ses réseaux. Sinon, une simple annonce sur le site de l'AFUF permet de trouver les bons candidats. Il ne reste plus qu'à vérifier la conformité des diplômes, licences de remplacement, contrat de RCP valide et expliquer le fonctionnement de son établissement, rencontrer les collègues et les anesthésistes. Dernier point, il est obligatoire de prévenir les patients qu'un remplaçant assurera l'intérim pendant votre absence en mission, ce que les gens comprennent assez bien.

Entre deux missions, il est également nécessaire de poursuivre sa formation militaire. Après la FMIR, qui est maintenant obligatoire, il faut passer son ISTC (brevet de tir). Il est conseillé de participer au FRAOS (formation réserve d'aguerrissement opérationnel santé). Il peut être conseillé de passer des brevets particuliers comme le brevet militaire parachutiste. Toutes ces formations se déroulent sur une

semaine en général et nécessitent également de s'organiser.

Un point qui reste problématique est celui des assurances. Il faut déclarer son activité de chirurgie générale à sa RCP, prendre une assurance-vie auprès des assurances militaires spécialisées. La plupart de nos assurances civiles couvrant des prêts d'achat de patientèle, locaux professionnels, maison personnel, voitures ou autre, ne couvrent pas les risques de guerre. J'ai progressivement changé mes assurances pour prendre des assurances militaires qui couvrent tout risque en tout temps et en tout lieu, afin de garantir le maximum de sécurité à ma famille le cas échéant.

Le départ est toujours un véritable défi. Le défi de quitter son lieu de travail habituel dont on connaît les rouages et les personnages. Il s'agit d'un défi de partir en milieu hostile, en territoire de conflit ou sur un bateau, d'exercer une activité qui n'est pas celle où l'on est le plus à l'aise et enfin s'immerger dans un milieu avec des gens que l'on ne connaît pas. Chaque mission est une découverte, même si les lieux ne changent pas d'une mission à l'autre, l'histoire est toujours différente. Il y'a l'aventure professionnelle et l'aventure humaine. Tous les gens qui se retrouvent sur place, sont dans les mêmes conditions d'isolement, ce qui fait que ces rencontres sont toujours faciles et riches.

En conclusion, l'engagement dans le Service de Santé des Armées est avant tout un honneur. Honneur de servir son pays, d'aider les militaires au combat, qui eux,

sont prêts à bien d'autres sacrifices, même si ces mots peuvent paraître un peu désuets aujourd'hui, pour certains.

Le port de l'uniforme représente également une grande fierté car il représente son appartenance à l'institution. La reconnaissance de l'armée se fait par son avancement dans le grade et la remise de décorations au même titre que les militaires d'active.

Mon rôle de réserviste est également d'aider nos collègues médecins militaires d'active qui sont extrêmement sollicités par ces OPEX. Le fait d'occuper quelques mois dans l'année leur permet de passer plus de temps auprès de leur famille et nous permet de vivre une expérience qui reste exceptionnelle.

Bien sûr, les contraintes sont nombreuses et peuvent être effrayantes : temps passé aux formations et aux missions, dangerosité, souci de faire fonctionner son cabinet pour payer ses charges en fin du mois, etc. Néanmoins, ne pas participer à ces missions serait une frustration pour moi et entraînerait un véritable sentiment de remord. On a toujours mauvaise conscience à « abandonner sa patientèle » durant cette période mais, au bout du compte, on se rend compte, avec le recul, qu'il n'y a pas de perte de chance pour les patients et que l'on peut largement poursuivre son activité professionnelle tout en s'absentant pour ces missions.

Clément DARCCQ
Médecin Principal Réserviste
Urologue libéral à Besançon



Exercice FRAOS (formation réserve d'aguerrissement opérationnel santé)

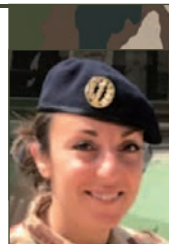


PHA Mistral (Porte Hélicoptère Amphibie)

Afin d'illustrer l'activité d'urologue au sein du service de santé des armées, les docteurs Julie Hardy et François-Xavier Deledalle ont accepté de répondre à nos questions et nous expliquent dans les détails leur travail d'urologue, que ce soit au sein d'un hôpital d'instruction des armées ou lors des différentes missions internationales auxquelles ils ont participé...



François-Xavier
DELEDALLE
Médecin
Principal



Julie
HARDY
Médecin
des Armées

AS - Pouvez-vous nous résumer votre parcours jusqu'à votre travail de médecin militaire aujourd'hui ?

• Etudes de médecine ?

JH - Premier et deuxième cycles réalisés à Paris VII, puis internat et 1^{re} année de clinat en Bourgogne (poste partagé entre le CHU de Dijon et l'hôpital de Beaune). Malheureusement cette première année a été un peu compliquée par la pénurie de créneaux au bloc opératoire, associée à des difficultés de mentoring sur les interventions lourdes.

J'ai appris par le biais d'une connaissance qu'un poste d'urologue s'était libéré à l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Sainte-Anne de Toulon. Cela m'offrait la possibilité d'être moins isolée pour la fin de ma formation, au sein d'une équipe sur un site unique.

FXD - Pour ma part, j'ai suivi la totalité de mon cursus universitaire en appartenant au Service de Santé des Armées (SSA). J'ai intégré l'Ecole du Service de Santé des Armées de Lyon-Bron et j'ai été immédiatement inscrit comme étudiant de première année de médecine à la faculté de Lyon-Est (ex-Grange Blanche). Après l'ECN, j'ai suivi mon internat à Marseille, initialement en chirurgie viscérale puis, suite à un droit au remord en 3^e semestre, j'ai pu intégrer la filière « urologie ». J'ai ensuite fait mon clinat à l'HIA Sainte-Anne.

J'ai toujours voulu être urologue mais le SSA ne propose pas forcément des postes pour chaque spécialité tous les ans (pas de poste d'urologue à l'internat l'année dernière par exemple). De plus, il faut être bien classé au niveau national pour avoir un poste de spécialiste dans l'armée car le SSA forme 70 % de médecin des forces (médecine générale) par promotion. La pé-

Témoignages : le parcours et le quotidien de deux urologues militaires

nurie est telle que bientôt les rares postes de spécialistes ne seront accessibles qu'à travers un concours. Passer ce concours ne sera possible qu'après une qualification de médecin généraliste et 3 ans d'exercice en unité.

• Ecole de Santé des Armées ? Médecin sous contrat ?

JH - Officier sous contrat. Administrativement parlant, je pouvais soit rester civile soit devenir militaire. Le statut de militaire sous contrat me permettait de suivre une formation de « chirurgie de guerre » (CA-CHIRMEX) et me donnait l'opportunité de partir en mission, formule que j'ai finalement choisie. J'ai donc fini mon clinat dans l'armée. Quitte à y aller autant le faire totalement !

FXD - J'ai intégré l'Armée en 2007 sur concours d'entrée à l'ESA (Ecole de Santé des Armées) passé pendant ma terminale, avant mon Baccalauréat. J'ai donc signé cette année-là un engagement comme Militaire de carrière avec un lien au service contraignant jusqu'en 2024. Ma spécialisation comme urologue a prolongé mon lien au service jusqu'en 2035 !!

AS - Quelles ont été vos motivations pour exercer plus particulièrement la spécialité d'urologue en milieu militaire ?

• Vocation ? Opportunité ?

JH - Opportunité, volonté de découvrir autre chose.

FXD - Vocation militaire, volonté de faire des opérations extérieures (Opex), études payées permettant l'indépendance financière pendant les études, l'effet de corps, cohésion, l'ambiance d'école militaire.

• Contexte professionnel ?

JH/FXD - Dans la vie de tous les jours à l'hôpital pas de grande différence par rapport à un PH d'urologie (ambiance très familiale). Petite spécificité : nous avons des consultations d'aptitude militaire (par exemple un militaire n'est pas apte à partir en OPEX avec des calculs dans le rein). L'ambiance n'est pas très militaire à l'hôpital, la hiérarchie n'est pas apparente, les grades peu ou pas utilisés.

En OPEX/mission, la hiérarchie est en revanche omniprésente dans un contexte franchement militaire (dénomination par le grade, port de treillis toute la journée, même pour les consultations).

• Spécificité du métier ?

JH/FXD - Le but premier de notre présence est d'assurer le soutien sanitaire de l'armée française et des forces alliées. Nous avons donc une activité de traumatologie qui peut être balistique, AVP, blast, brûlures, etc.

Nous assurons les urgences chirurgicales classiques d'une population jeune (appendicite, abcès cutanés, KSC, phlegmon amygdalien, etc.).

Cette activité ne nous occupant pas à plein temps, sur certains terrains et si la situation sécuritaire s'y prête, nous faisons de l'Aide Médicale à la Population (AMP).

L'AMP consiste à apporter des soins chirurgicaux simples à la population locale. Le bénéfice rendu doit être maximum pour le patient avec des moyens limités (matériel et hospitalisation). À noter que pour l'urologie il n'y a pas partout d'endoscopie, ni de cœlioscopie.

Le but de cette AMP est :

- pour le patient, d'être pris en charge par un chirurgien (population souvent pauvre ayant difficilement accès à la chirurgie ou à un médecin). Quelques exemples : lithiase de vessie (taille), hydrocèle, hernie

inguinale, hystérectomie pour fibrome, ovariectomie pour kyste géant, rarement néphrectomies (fonctionnelles) ;

- pour les militaires, de se faire accepter par la population locale, de maintenir nos compétences de chirurgien et d'apprendre à travailler en équipe (les protagonistes ne se connaissent pas forcément), mais aussi d'occuper le temps qui peut être long...

AS - En dehors des missions quelles sont les particularités de l'activité d'urologue au sein d'un HIA ?

• PEC des civils ? Soldats ?

JH/FXD - En France, nous restons joignables pour nos collègues chirurgiens ou médecins qui pourraient avoir besoin de conseils urologiques en mission.

Les militaires rapatriés pour un problème urologique (lithiase, douleur testiculaire, etc.) passent systématiquement par un HIA en service d'urologie à leur arrivée en France, avant d'être renvoyé dans leur unité de rattachement ou leur domicile.

L'activité est globalement celle d'un CH avec prise en charge de patients civils pour la majorité (80 %) et de militaires ou leurs ayant-droits. Cependant, les militaires nécessitant une chirurgie pour pouvoir être « apte OPEX » sont toujours prioritaires par rapport aux civils.

• Plateau technique ? Organisation des soins ?

JH/FXD - Nous avons un plateau technique assez complet sur l'HIA Sainte-Anne : 2 scanners, 2 IRM, de la radiologie interven-

tionnelle, caisson hyperbare, Laser Greenlight et HoLEP, etc.

Nous n'avons pas le robot sur place : celui-ci a été financé conjointement avec l'hôpital civil. Il est localisé sur le CHR local et nous y avons accès une journée par semaine (créneau de 10 h).

• Hyperspécialité ? Urologie « générale » ?

JH - Nous faisons de l'urologie générale. Etant une femme, mon recrutement est un peu biaisé avec beaucoup de consultation de pelvi-périnéologie.

FXD - J'essaie de mon côté de garder une activité plutôt généraliste avec une orientation carcinologique.

AS - Comment se fait le recrutement des médecins pour les opérations extérieures ?

• Candidature ? Sélection ? Formation spécifique ?

JH/FXD - La plupart des chefs de clinique sont affectés transitoirement en antenne chirurgicale pendant au moins 2 ans (environ 3 OPEX de 3 mois par an pendant cette période) : l'équipe médicale et paramédicale ainsi constituée, réunit des personnels d'HIA différents qui apprennent à se connaître et à performer au fur et à mesure des missions.

Pour ceux qui ne sont pas affectés en antenne chirurgicale, il y a également des départs un peu plus occasionnels (2 mois par an ou tous les 2 ans).

La sélection se fait par volontariat ou à défaut par désignation. La plupart du temps, le départ est prévu plusieurs mois à

l'avance, ce qui permet de s'organiser sur le plan professionnel (fermer les consultations, ne pas programmer de bloc en notre absence et prévoir un programme opératoire à notre retour pour ne pas être désœuvré, confier ces patients aux collègues...) et personnel.

Parfois, les départs sont très précipités lorsqu'il faut remplacer un chirurgien finalement indisponible/inapte à l'OPEX ou malade. Il y a également des réservistes qui participent au planning.

Pour être projetable, il faut suivre et valider la formation « CACHIRMEX » (cours avancés de chirurgie en missions extérieures). Il s'agit de cours pratiques et théoriques sur la chirurgie transdisciplinaire et le *damage control*. On y apprend à poser des indications chirurgicales suivant les situations, à maîtriser des gestes de chirurgie de sauvetage. On y apprend également les spécificités des blessures de guerre (balistique, blast, etc.)

Nous avons également une formation au tir.

En OPEX, nous faisons beaucoup d'exercices MASCAL (*massive casualties* = gestion d'afflux massif voire saturant de blessés).

• Choix des OPEX ?

JH/FXD - Nous pouvons donner nos préférences et notre avis pour la période et le lieu qui sont, dans la mesure du possible, pris en compte !



Arrivée de troupes à Ménaka au Mali



Séance d'entraînement au tir

• Durée des OPEX ?

JH/FXD - Normalement 3 mois, parfois coupés en 2 pour les chirurgiens afin de ne pas perdre sa technicité et rompre trop longtemps le suivi de nos patients en France !

AS - Avez-vous déjà participé à des missions sur des zones de conflits ?

• France ? Etranger ? Attentats ? Guerres ?

JH - Je suis partie au Tchad de janvier à mars 2021. Il s'agissait d'une Opex relativement calme mais pouvant basculer à tout moment du fait de l'instabilité politique et intégrée à l'opération Barkhane. L'activité était surtout de l'AMP avec quelques Mascal, quelques plaies par balle. J'ai pour ma part eu à gérer plusieurs plaies par balle chez des militaires tchadiens dont une au niveau du scarpia.

A Djibouti, en février et mars 2022, où il s'agissait d'une mission plutôt calme et où l'AMP était rendue difficile par la sécurité des lieux (le risque d'attentats est omniprésent) et la nécessité de ne pas trop concurrencer les structures sanitaires locales.

Djibouti est une plateforme géostratégique pour la France et ses alliés, point de passage maritime et terrestre au Moyen Orient.

Djibouti est aussi un théâtre d'entraînement militaire avec beaucoup d'exercices



Plaie balistique du foie et du rein droit

pour les soldats. Il y a également beaucoup de militaires en « séjour » (= pour 2-3 ans) qui viennent avec leur famille pour plusieurs années. Nous sommes surtout là pour soutenir les forces qui peuvent se blesser ou présenter une urgence chirurgicale. Nous devons également prendre en charge les ayant-droits.

FXD - J'ai fait plusieurs missions mais celles qui m'ont le plus marqué sont les deux dernières au Mali. La première était en poste isolé dans le désert, un peu loin de tout. Nous vivions sous tente, nous assurons le rôle d'hôpital de campagne. Les conditions de vie étaient spartiates. Il faisait chaud et nous passions beaucoup de temps à attendre... Il faut une bonne liseuse, de quoi faire du sport et un disque dur bien rempli ! L'autre était à Gao au centre opérationnel de l'opération Barkhane au Mali. Là, nous recevions les urgences chirurgicales de tout le Mali et nous faisons de l'AMP. C'était très enrichissant sur le plan chirurgical et humain. J'ai eu à gérer des patients compliqués, notamment un plaie balistique abdominale en choc hémorragique. Finalement, la balle avait traversé le foie droit et s'était logé dans le hile rénal droit où elle est restée en l'absence de plaie vasculaire !... Plus facile à gérer pour un urologue que si ça avait été dans la tête du pancréas !

• Fréquence des missions ?

JH - Une par an depuis mon arrivée (Tchad 2021, Djibouti 2022).

FXD - Durant les 2 dernières années, 2 missions avec l'antenne chirurgicale (Mali 2 fois), et les années précédentes Djibouti et Tchad.

AS - Une fois sur le terrain, quelles sont vos missions en tant que médecin et, plus particulièrement, en tant qu'urologue ?

JH - Une fois sur le terrain, nous ne sommes plus vraiment considérés comme urologue mais comme chirurgien généraliste du tronc (viscéraliste).

FXD - Nous assurons toutes les urgences de ces spécialités. Il faut une culture chirurgicale assez transversale. Nos semestres d'internat hors spécialités sont d'une aide précieuse et la fréquence des missions assure la formation continue. Le CA-CHIRMEX nous donne les clefs de la chirurgie de *damage control* et de chirurgie de guerre par spécialité. On peut même réactualiser sa formation : les différents modules peuvent être à nouveau suivis si besoin. Et puis le SSA étant une grande famille, nous avons la possibilité d'être conseillé par des confrères en France. Dernier point, les urologues qui font beaucoup de PMO et de chirurgie carcinologique en France ont une culture approfondie des grands abords de la cavité abdominale, qui sont les mêmes que ceux du *damage control*. C'est un bon entraînement pour la chirurgie de guerre !

Après, personnellement, j'ai fait beaucoup d'urologie pendant mes missions. Un urologue n'est pas inutile sur le terrain. L'une des urgences les plus fréquente chez le militaire français est la colique néphrétique et cela représente un pourcentage conséquent de cause de rapatriement. Et puis pour l'AMP, on oriente son recrutement sur les pathologies urologiques (ce n'est pas la matière qui manque). L'urologie est une spécialité qui s'y prête très bien.



Exercice FAST Echographie

• **Organisation des postes avancés ?**

JH/FXD - Sur les postes avancés nous sommes en format antenne chirurgicale. L'effectif est composé de 3 médecins (un chirurgien du tronc et un orthopédiste ainsi qu'un médecin anesthésiste-réanimateur). Il y a 4 infirmiers spécialisés (2 IBODEs et 2 IADEs) et 4 infirmiers en soins généraux et, enfin, un sous-officier administratif. Sur le plan de la structure qui accueille l'hôpital médical, cela dépend des endroits. Sur les postes avancés, la structure est sous tentes métallo-textiles selon le format ARCS (antenne de réanimation et de chirurgie de sauvetage). Sur les zones où nous sommes amenés à rester plus longtemps comme à Gao au Mali ou à Ndjamena au Tchad, la structure est en dur et l'effectif peut être renforcé par d'autres spécialités (psychiatre, chirurgien tête/cou, urgentiste, etc.).

AS - Diriez-vous que ses expériences de terrain ont modifié votre regard sur le métier et votre pratique de la médecine ?

JH/FXD - Le fait d'être en situation isolée sans avoir de recours fait qu'on apprend et on se force à être plus autonome. L'exigence liée à la faible quantité de moyens, nous oblige à être encore plus prudent.

On se rend d'autant plus compte de la chance qu'on a d'avoir la sécurité sociale en France, avec la gratuité, les compétences et l'accessibilité.

Les retours peuvent être particuliers : la consultation conflictuelle pour un bon de

transport paraît d'autant plus « lunaire » quand une semaine avant un patient a traversé le désert à pied pour venir vous voir en consultation...

L'isolement médical ou la faible médicalisation des infrastructures nous permet de réaliser des chirurgies que l'on ne fait plus en France (pathologies historiques, matériels indisponibles : taille vésicale pour lithiase, abord du rein pour calcul pyélique, hernie pariétale sans pose de prothèse, etc.)

AS - Avec les tensions géopolitiques actuelles, y a-t-il des besoins particuliers sur différentes zones de conflits ?

• **Mali ? Ukraine ?**

JH - Les antennes chirurgicales présentes au Mali seront toutes parties en août (fermeture du théâtre) mais celle du Tchad reste opérationnelle. Le Niger et/ou la Côte d'Ivoire vont être réactivées.

FXD - Pour l'Ukraine, il n'y a pour le moment pas d'antenne chirurgicale déployée actuellement, seulement des unités de renseignement et quelques troupes. Cependant, sur le plan sanitaire, des lignes d'astreintes existent pour les antennes chirurgicales françaises (ainsi le Dr Chiron, urologue à Bégin est en alerte depuis le début du conflit) ou pour le compte de l'OTAN (mon chef de service était d'astreinte en mai et moi en septembre). Les équipes sont prêtes à partir à tout moment avec un délai de 5 jours.

• **Besoin particulier d'urologues ? chirurgiens généralistes ?**

FXD - Les tensions géopolitiques mondiales ne font que renforcer les besoins en chirurgiens disponibles pour assurer les astreintes opérationnelles. Les praticiens issus de la filière de formation classique ne suffisent plus et des renforts de réservistes et d'officiers sous contrats sont les bienvenus !

AS - Un mot pour conclure sur votre vision de l'avenir et les évolutions du métier d'urologue en milieu militaire ?

FXD - Pour conclure, je pense que l'urologue n'a pas à rougir de ses compétences pour la chirurgie de guerre. Il a clairement sa place en mission et dans l'armée. En plus d'une activité d'urologie variée en France, les missions lui permettent de découvrir un exercice différent et original. La traumatologie est, par ailleurs, le parent pauvre des chirurgiens en général et particulièrement des urologues. Ils ne sont pas souvent impliqués par les réanimateurs car les traumatismes urologiques sont rarement au premier plan. Pourtant, l'exemple récent des attentats en France montre qu'un urologue peut se retrouver à gérer une plaie balistique ou un afflux massif de blessé partout et tout le temps. L'armée permet d'obtenir cette expérience. En somme, n'ayez pas peur de tenter l'aventure, rejoignez-nous !

**François-Xavier DELEDALLE,
Julie HARDY**
Interview réalisée par Arnaud SCHOENIG



Nouvelle antenne de réanimation et de chirurgie de sauvetage (ARCS)



Essai d'un char

La chirurgie de guerre est différente de la chirurgie de paix mais...

La chirurgie pour les victimes de guerre est différente de la chirurgie pratiquée en temps de paix. Les contraintes de sécurité affectent tout le système de santé local, les hôpitaux sont endommagés voire désertés par les soignants, les approvisionnements n'arrivent pas régulièrement et les blessés saturent les structures sanitaires de plaies lourdement contaminées ou infectées. Enfin, les pratiques chirurgicales sont spécifiques car si l'objectif de « sauver la vie » est commun, les enjeux et la physiopathologie des blessures de guerre sont ceux du blessé hémorragique, polytraumatisé (blessé, fracturé, brûlé, blasté, infecté, etc.).

Spontanément, tout le monde vous dirait que la médecine et la guerre sont deux activités diamétralement opposées. Pourtant, à l'instar de l'histoire, c'est malheureusement à l'occasion des conflits entre les hommes que la médecine et la chirurgie ont effectué leurs progrès les plus significatifs.

Par exemple, la ligature des artères, au XVI^e siècle, proposée par Ambroise Paré (fameux chirurgien des quatre rois et considéré aujourd'hui comme le père de la chirurgie moderne). Pour la petite histoire, il s'était mis à dos la nomenclature médicale de l'époque à l'occasion de cette découverte. Il y eut ensuite beaucoup de progrès pendant les guerres napoléoniennes, notamment grâce à Dominique Larrey, chirurgien à l'activité clinique et pédagogique débordante. Il avait décidé, lui aussi contre vents et marées, d'apporter les soins chirurgicaux au plus près des combats, en créant notamment les ambulances chirurgicales et les postes avancés, toujours d'actualité. La guerre de Crimée vit l'arrivée de l'anesthésie sur les champs de bataille, sous l'impulsion d'un chirurgien, un certain Pirogov... La première guerre mondiale permit de faire d'immenses progrès en chirurgie maxillo-faciale (les fameuses gueules cassées), la seconde guerre mondiale dans la prise en charge des traumatismes du tronc (auparavant voués à une mort quasi certaine), ainsi qu'à la lutte contre les infections. Enfin, les dix dernières années furent celles des progrès hémostatiques.



Pierre-Henri SAVOIE
Chef de service

Quelle formation pour devenir chirurgien militaire ?

Ainsi, la chirurgie de guerre est différente de la chirurgie de paix, mais elle a aussi participé aux progrès de la chirurgie de paix.

Pourquoi est-elle différente ?

- Parce qu'il s'agit avant tout de chirurgie traumatologique et on sait que les traumatismes de guerre ne respectent aucun organe. Un soldat n'a pas une plaie de l'artère poplitée, il a un fracas du genou, qui associe des lésions ostéo-articulaires à des lésions extensives des muscles, de l'artère et de la veine, du nerf. Et quand il s'agit d'une blessure par mine improvisée, il a aussi des lésions périnéales voire thoraco-abdominales.
- Parce que les équipes chirurgicales militaires sont normées, en terme de personnels et d'équipements. On ne peut pas se permettre de mettre à l'avant un *trauma centre* de niveau 1, avec des rotations d'équipes pluridisciplinaires pour permettre à tout le monde de bénéficier du repos compensateur... Non, on va mettre en place des équipes mobiles : de 5 personnels au minimum s'il s'agit d'un module de chirurgie vitale (MCV, pour accompagner au plus près les actions commandos), de 12 à 15 personnels s'il s'agit d'une antenne chirurgicale (modèle actuel accompagnant les troupes de l'opération Barkhane), jusqu'à 50 voire 100 s'il s'agit d'un hôpital médico-chirurgical (HMC) comme à Kaboul.
- Enfin, parce que le mode de prise en charge est séquentiel. Un blessé est secouru sur les lieux de la blessure par un sauveteur au combat, puis un médecin

généraliste formé à la traumatologie, puis par un premier chirurgien dans une antenne située à 30-45 mn d'hélico, enfin dans un hôpital métropolitain...

En résumé, la chirurgie d'armée est spécifique et ne s'improvise pas. La formation d'un chirurgien d'armée non plus. On n'envoie pas sur le terrain n'importe quel chirurgien, en se contentant de lui dire qu'il verra et qu'il s'adaptera sur place. La nécessité d'une formation spécifique est évidente.

La formation complémentaire des chirurgiens d'armée repose actuellement sur le CACHirMEX et l'ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) et un stage de deux mois en situation de projection. Celle d'un chirurgien réserviste est basée sur le CACHirMEX. L'entretien de la compétence est assurée par des OPEX (opérations extérieures) régulières et des mises à jour techniques à la demande par simulation (TP sur réacteurs biologiques).

Le CACHirMEX

Le CACHirMEX est l'acronyme de « cours avancé de chirurgie des missions extérieures ». Il a vu le jour en 2007 à l'initiative du Médecin Général François Pons. Il est actuellement abouti et a servi d'exemple à de nombreuses formations développées depuis dans les armées étrangères et même dans le milieu civil (FST de chirurgie en situation de guerre ou de catastrophe).

A qui est-il proposé ?

Ce cours est proposé à tous les internes militaires inscrits en chirurgie, dans des spécialités dites « projetables » (i.e. chirurgie ortho, viscérale, thoracique et vasculaire, urologique). Bien entendu ce cours ne se substitue pas à la formation chirurgicale universitaire qui, jusqu'à maintenant, consiste en un DES de chirurgie générale puis un DESC de chirurgie ortho, viscérale, etc. Ce cours complète la formation chirurgicale universitaire, au moment de la 5^e et 6^e année de formation universitaire.

Et il le complètera d'autant plus que le DES de chirurgie générale a disparu au profit de la filiarisation...

Il est proposé à tous les chirurgiens civils s'engageant dans la réserve opérationnelle ou dans l'armée au titre d'un contrat de type 98.1 ou 2, qui correspondent grossièrement à des contrats à durée déterminée. Il est proposé à certains chirurgiens militaires d'autres pays francophones.

Enfin, il est proposé à certains chirurgiens travaillant pour des organisations gouvernementales non militaires, telles que l'EPRUS (établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires).

Quel est le contenu du cours ?

Il s'articule en 5 modules de 3 jours. Chaque module comprend des cours théoriques, des retours d'expérience d'opérations extérieures et des travaux pratiques.

Les cours théoriques sont assurés par le corps enseignant de l'EVDG (École du Val de Grâce), de la chaire de chirurgie pour l'essentiel, mais aussi d'autres chaires (anesthésie-réanimation, médecine, radiologie).

Les retours d'expérience sont faits par des chirurgiens seniors revenus récemment d'opérations extérieures. Ces retours sont l'occasion de discuter de problèmes généraux des OPEX, ou de cas cliniques, qui sont discutés par les élèves et les professeurs.

Les travaux pratiques sont faits sur des simulateurs qui sont soit des cadavres soit des réacteurs biologiques.

1. Le module 1 est un module « généraliste » sur les missions et opérations extérieures. Ce module n'étant pas spécifique aux chirurgiens, il est ouvert aux autres spécialités concernées par les opérations extérieures, notamment les MAR, psychiatres et internistes. Les objectifs de ce module sont d'apprendre :

- Comment s'organise une OPEX ? Qui commande qui sur le terrain ?
- Quelles sont les différents types d'UMO ? Et on apprend à monter un MCV et une antenne chirurgicale.
- Comment s'organisent les EVASAN ?

2. Le module 2 est dédié à la prise en charge des traumatismes des parties molles et ostéo-articulaires des membres.

3. Le module 3 est dédié à la prise en charge des traumatismes de l'extrémité cervicocéphalique, du thorax et du rachis.

4. Le module 4 est dédié à la prise en charge des traumatismes du tronc (thorax, abdomen, pelvis).

5. Le module 5 est dédié à l'aide médicale à la population (AMP) et sort du cadre strict de la chirurgie de guerre.

- A partir de quand peut-on faire de l'AMP ?
- Quelles sont les règles d'éthique en AMP ?
- Que doit-on et ne doit-on pas opérer en AMP ?
- Notions de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique.

Chaque module dure donc 3 jours, le dernier jour étant consacré aux travaux pratiques.

Enfin, certains élèves bénéficient, une fois par an, d'un stage de 2 jours à Poitiers. En effet, la faculté de médecine de Poitiers est la première au monde à s'être dotée d'une plateforme de simulation chirurgicale inventée localement (par Cyril Breque, maître de conférences en biomécanique). Le Sim-Life®, c'est son nom, permet de revasculariser, ventiler et recréer les pulsations du cœur sur un modèle cadavérique humain.

Qu'apporte-t-il sur le plan réglementaire ?

Outre une formation complémentaire, il « autorise » le chirurgien titulaire à postuler pour effectuer des missions extérieures.

Evolution

En décembre 2013, un module « pluridisciplinaire » appelé « CACHirMEx antenne » a vu le jour. Ce module a pour objectif d'entraîner une équipe constituée. Ce n'est plus de la formation pour chirurgiens, mais de la formation pour une « équipe chirurgicale ». L'objectif n'est pas de former les praticiens à des techniques chirurgicales, mais d'entraîner des équipes à des procédures en situation réelle.

Cet entraînement se fait au CEFOS (centre de formation opérationnelle santé) situé sur le site de la Valbonne, dans l'Ain. Créé récemment (2012), le CEFOS dépend directement de l'EVDG. Il dispose de différents types d'outils pédagogiques, notamment d'outils de simulation : mannequins, personnels grimés sur terrains d'entraînement militaire, centre de simulateurs biologiques.

Il permet ainsi des entraînements « grandeur nature », en faisant appel à des personnels grimés simulant des blessés sur des terrains d'entraînement militaire. Les personnels stagiaires apprennent à prendre en charge ces blessés sur le point de blessure puis pendant l'évacuation à l'aide de véhicules tactiques.

Le CEFOS dispose par ailleurs d'un centre de simulation médico-chirurgicale opérationnelle (Cesimco), qui permet d'entraîner des équipes chirurgicales sur des simulateurs biologiques vivants (porcs).

Il existe actuellement 8 antennes chirurgicales et 6 équipes MCV, ce qui représente en tout 14 équipes chirurgicales « opérationnelles » (i.e. disponibles sur court préavis). Depuis fin 2013, il est établi que chacune de ces équipes doit participer à un cours.

Le stage de mise en situation de projection

Ce stage est réservé aux chirurgiens militaires d'active en fin de formation universitaire (2 mois au cours des deux dernières années). Pour des raisons pratiques et de validation de stage d'interne, il se fait le plus souvent « à cheval » sur deux semestres. Trois sites de stage ont été choisis : deux correspondent à des formations chirurgicales de bases françaises prépositionnées en Afrique (HMC de Djibouti, antenne chirurgicale de N'Djaména), le troisième correspond à un hôpital militaire étranger avec lequel le SSA a des accords de coopération (Hôpital principal de Dakar).

Pendant ce stage, l'étudiant intègre une équipe en tant que junior et travaille sous l'autorité bienveillante d'un senior.

L'objet du stage est de confronter l'étudiant à la réalité du terrain, à la prise en charge de traumatismes balistiques ou de pathologies tropicales, en situation « précaire », et/ou dans un contexte militaire (Tchad).

En conclusion, le Service de Santé des Armées doit former ses urologues comme leurs confrères civils pour exercer l'urologie dans les Hôpitaux des Armées, tout en leur conservant une certaine polyvalence chirurgicale. En effet, ils doivent pouvoir assumer le cas échéant une chirurgie d'urgence en opération extérieure.

Pour les internes militaires d'urologie, il a fallu s'adapter à l'évolution civile actuelle qui prône l'hyperspécialisation, à l'encontre de cette nécessité de polyvalence. Pour faire face à ce défi, l'EVDG a créé un enseignement spécifique de la chirurgie en mission extérieure. Cet enseignement ou CACHirMEx se fait sous forme de modules complémentaires abordant, dans les conditions d'exercice en opération extérieure, la chirurgie de guerre, la traumatologie dans toutes les spécialités, mais aussi les particularités des traitements aux populations civiles (mission humanitaire). Cet enseignement, dispensé par la chaire de chirurgie des Armées, a su intégrer des chirurgiens ayant exercé en opération extérieure pour combiner cours théoriques, gestes pratiques et études de cas cliniques réels. Le CACHirMEx est devenu une formation incontournable à tout urologue civil désirant intégrer la réserve opérationnelle et partir en opérations extérieures.

Pierre Henri SAVOIE

Chef de service - HIA Saint-Anne



Dossier
préparé par

Priscilla LEON

Comment faire un examen uro-gynécologique bien mené et se protéger face à une plainte

Au début de l'année 2015, un événement a fait grand bruit dans l'actualité : la pratique du toucher vaginal sur des patientes anesthésiées dans le cadre de la formation d'étudiants en médecine, cela sans leur consentement. Ce fait divers a été relayé par plusieurs médias. Et puis en 2021 il y a eu aussi des mises en examen de médecin, parfois accusés de viol.

Afin que chacun puisse exercer son métier et examiner ces patientes sereinement voici un dossier pour vous aider dans votre pratique quotidienne et redéfinir le consentement dans ces cas précis d'examen pelvien.

Le consentement doit alors venir marquer l'adhésion de la patiente à la prise en charge. Cette exigence se retrouve au niveau du Serment d'Hippocrate dont l'actualité est ici évidente : « *J'interviendrai pour protéger les patientes et leur nouveau-nés si ils sont affaiblis, vulnérables ou menacés dans leur intégrité ou leur dignité. J'exercerai ma mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences* ».

Adrien Vidart, urologue à l'hôpital Foch, et Jean-Nicolas Cornu, urologue au CHU de Rouen et responsable du Comité d'urologie et de périnéologie de la femme (CUROPF), vous apportent leur éclairage.

Priscilla LEON

L'examen uro-gynécologique est un élément essentiel de la prise en charge en urologie fonctionnelle. En tant que chirurgien urologue, ce temps habituel, voire systématique, de l'examen clinique est une routine du quotidien. Mais, du point de vue de nos patientes, il reste un moment très particulier de la prise en charge médicale, associé à un degré d'anxiété variable, en rapport avec le degré d'importance que la patiente accorde avec son intimité [1]. Au total, l'examen uro-gynécologique génère de la peur ou de l'anxiété chez 21 à 64 % des patientes dans la littérature [2]. L'examen gynécologique peut être l'objet d'une mauvaise expérience, d'un ressenti négatif voire, à l'extrême, la source d'une plainte de la part d'une patiente. L'actualité récente mettant en cause certains praticiens nous rappellent que l'examen uro-gynécologique, élément de notre quotidien, doit faire l'objet de précautions particulières systématiques pour adopter une conduite clinique la plus parfaite possible pour le bien de nos patientes.

Mieux vaut prévenir que guérir

La priorité est celle de créer les conditions d'un examen réussi. Tout d'abord, il faut s'affranchir des contraintes générales pouvant générer une mauvaise expérience : prendre le temps suffisant, recevoir la patiente dans un environnement calme et confidentiel (éviter les interruptions imprévues dans la pièce). La consultation est dirigée selon le mode habituel, en la séquençant de manière adaptée. L'interrogatoire doit précéder tout examen gynécologique.

Le temps de la discussion permettra de recueillir les éléments justifiant l'examen uro-gynécologique (comme documenter des fuites urinaires, objectiver un pro-



Jean-Nicolas
CORNU

Adrien
VIDART

lapsus, etc.). Il apportera aussi plusieurs éléments spécifiques relatifs à la conduite de l'examen gynécologique en lui-même, qui pourront appeler des précautions particulières : évaluation des mauvaises expériences par le passé, antécédents de traumatisme psychologique ou de violence sexuelle, appréhension en général ou virginité. Il s'agira alors de s'adapter au contexte [3]. Dès ce premier temps, il faut travailler à établir une relation de confiance, qui est un élément important pour la réussite de cet examen invasif [4].

Avant tout, il faut expliquer le but et le rôle de cet examen dans la prise en charge. Une étude menée aux Etats-Unis a montré qu'environ la moitié des femmes subissant un examen gynécologique de routine ne connaissaient pas le but de cette exploration. Pour autant, les patientes avaient un avis positif sur son utilité dans le but de vérifier l'absence d'anomalie, comme des signes de cancer [5].

L'examen gynécologique, en urologie fonctionnelle, a une valeur ajoutée encore plus importante, notamment diagnostique (test à la toux, recherche de trouble de statique, etc.) et sert même à valider une indication thérapeutique (ex : test de soutènement urétral). Ces explications seront utiles pour obtenir le consentement de la patiente à l'examen, qui revêt une importance primordiale

dans beaucoup d'études anglo-saxonnes où le fait de pratiquer un examen clinique est justement évalué comme une décision médicale partagée [6]. En effet, le fait de poser la question « Etes-vous d'accord pour ... ? », compte tenu du rationnel présenté lors de l'interrogatoire, permettra de procéder de manière harmonieuse à la suite de la consultation.

Le recueil du consentement est ainsi un élément primordial, et est vertueux quel que soit son formalisme.

Le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) en collaboration avec 5 autres collèges et sociétés a réalisé une charte que vous trouverez ci-contre et téléchargeable également sur le site Internet du CNGOF à l'adresse suivante : <http://www.cngof.fr/actualites/758-chartre-examen-gynecologie>

On y retrouve clairement détaillé plusieurs points, dont trois qui nous aideront à nous prémunir de toute plainte :

- l'examen clinique est précédé d'une explication sur ses objectifs et ses modalités. Si la patiente désire ne pas être examinée, elle est invitée à en faire part en début de consultation ;
- son accord oral est recueilli avant tout examen clinique ;
- elle doit pouvoir se dévêtir à l'abri des regards, dans le respect de sa pudeur.

Cette notion d'accord verbal tacite et incontournable est essentiel au niveau juridique.

Afin d'améliorer la répression des violences sexuelles, la loi du 3 août 2018 modifie la définition du viol.

Avant cette loi, tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise était considéré comme un viol au sens de l'article 222-23 du code pénal.

La loi Schiappa élargit la définition du viol de l'article 222-23 du code pénal, en prévoyant que « *Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il*

Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique

Les professionnels ont parfaitement conscience de la particularité de la consultation de gynécologie ou d'obstétrique qui touche à l'intimité psychique et physique des femmes.

Cette consultation nécessite une écoute, une attitude, un dialogue et un examen physique dans un esprit de bienveillance et de respect mutuel.

C'est pourquoi nous proposons à tous les praticiens de France d'adhérer à cette charte et de l'afficher dans les lieux d'attente, et à chaque femme d'en prendre connaissance avant la consultation.

- La consultation en gynécologie ou en obstétrique n'est pas une consultation comme les autres puisqu'elle touche à l'intimité des patientes.
- Le praticien, médecin ou sage-femme, conduit la consultation avec bienveillance et respect, en gardant à l'esprit la particularité de cette consultation et les besoins d'écoute et de dialogue.
- L'examen clinique n'est pas systématique. Par exemple, il n'est pas conseillé lors de la première consultation d'une jeune femme pour contraception, en l'absence de symptômes.
- L'examen clinique est précédé d'une explication sur ses objectifs et ses modalités. Si la femme désire ne pas être examinée, elle est invitée à en faire part en début de consultation.
- L'examen fournit des renseignements que l'imagerie ne peut pas apporter (comme l'état de la vulve, du vagin et du col, la mobilité des organes pelviens, la contraction des muscles ou la cartographie des zones douloureuses et la typologie des douleurs, ou encore l'origine de saignements ou de pertes). Il permet aussi la pratique de prélèvements (frottis, examens bactériologiques).
- L'accord oral de la femme est recueilli avant tout examen clinique.
- La femme doit pouvoir se dévêtir à l'abri des regards, dans le respect de sa pudeur.
- La personne examinée peut être assistée par l'accompagnant de son choix.
- L'examen peut comporter une palpation des seins, une palpation abdominale, un toucher vaginal avec gant ou doigtier, et l'usage de matériels médicaux tels qu'un spéculum ou une sonde endovaginale. Dans certains cas, le recours à un toucher rectal après explications peut être justifié.
- L'examen doit pouvoir être interrompu dès que la patiente en manifeste la volonté. Aucune pression, en cas de refus, ne sera exercée sur elle ; il convient alors de l'informer de l'éventuelle nécessité d'un nouveau rendez-vous pour réaliser l'examen, si celui-ci est indispensable, et de l'informer des limites diagnostiques et thérapeutiques que cette absence d'examen clinique peut entraîner.
- À l'hôpital ou en cabinet de ville, pour former les soignants de demain, un étudiant est susceptible d'assister à la consultation ; la présence d'un tiers, soignant, est soumise au consentement de la femme. Tout geste médical ou examen clinique éventuel pratiqué par l'étudiant est également subordonné à l'accord de la personne examinée.
- Les termes de cette charte s'appliquent à toutes les explorations d'imagerie gynécologiques (telles les échographies endovaginales, les colposcopies, les hystérocopies, les hystérogographies, les hystérosonographies, les bilans urodynamiques, etc.), qui doivent également respecter la pudeur de la femme.

Rédaction : 21 octobre 2021

CNGOF – Collège national des gynécologues et obstétriciens français

CEGO – Collège des enseignants de gynécologie-obstétrique

CNEGM – Collège national des enseignants de gynécologie médicale

FNCGM – Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale

SCGP – Société de chirurgie gynécologique et pelvienne

SFG – Société française de gynécologie

C N G O F

CEGO

FNCGM

CNEGM

SFG

SCGP

soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol ».

Le viol suppose la conscience d'imposer à autrui une pénétration sexuelle non consentie.

La simple présence d'une patiente dans une consultation médicale ne confirme pas, nécessairement, son consentement, ce qui peut être évoqué comme une volonté de passé outre.

Le législateur peut évoquer l'intention du praticien d'utiliser son pouvoir moral ou physique pour assujettir la victime contre son gré.

La notion de contrainte est donc au cœur de la qualification du viol. Cette contrainte peut être physique ou morale, même si cette dernière est plus difficile à apporter.

L'examen doit pouvoir être interrompu dès que la patiente en manifeste la volonté. *« Aucune pression, en cas de refus, ne sera exercée sur elle ; il convient alors de l'informer de l'éventuelle nécessité d'un nouveau rendez-vous pour réaliser l'examen, si celui-ci est indispensable, et de l'informer des limites diagnostiques et thérapeutiques que cette absence d'examen clinique peut entraîner »* (cf charte).

Il est facile de consigner l'accord de la patiente dans le courrier de consultation et/ou le dossier par une simple phrase rappelant que l'examen lui a été proposé et qu'elle ne s'y est pas opposé.

Pratiques en conditions optimales

L'environnement a une importance cruciale pour la conduite de l'examen. Avoir une pièce de consultation calme en évitant toute irruption d'une personne dans la pièce est un élément prioritaire. L'installation est standard ; un drapage adapté peut aider à diminuer l'anxiété de la patiente [7]. L'utilisation de gants à usage unique est incontournable. Ils permettent de maintenir une barrière physique entre la patiente et son médecin.

La conduite de l'examen doit se faire de manière rassurante et neutre – les mots ont un sens. Une étude randomisée, ré-

cente, a montré que lors d'un examen gynécologique de routine, l'utilisation de mots objectifs précédant les gestes (*« je vais introduire le spéculum »*) générerait moins d'expérience négative et de douleurs que l'utilisation de phrase à connotation négative (*« vous allez ressentir une douleur à l'introduction du spéculum »*), appelant donc à l'objectivité du discours lors de l'examen [8].

Pratiquer l'examen en présence d'une tierce personne, en l'occurrence une infirmière, peut être utile. Un entourage infirmier (appelé « chaperonnes » en anglais) est utile pour accroître la confiance, conseiller et accompagner la patiente, tout particulièrement lorsque le médecin pratiquant l'examen est un homme. Cette proposition est prônée par certains à titre systématique. Si la patiente ne s'y oppose pas, ce procédé est un élément de protection supplémentaire pour le praticien [9], qui doit être utilisé et tracé dans le dossier médical [10].

Présence, participation et rôle des étudiants

La présence d'étudiants lors de l'examen gynécologique, voire la pratique de l'examen par ces derniers est un élément sensible, en particulier dans l'imaginaire collectif. Les chiffres concernant l'expérience des patients à cet égard sont pourtant rassurants. Dans une étude prospective menée en Allemagne [11] et proposée à plus de 3000 patientes, l'opinion des patientes relative à la présence d'étudiants en médecine a été étudiée. La consultation ayant lieu dans un CHU, 96 % savaient que la présence d'étudiants était possible ; 98 % des patientes encourageaient la présence d'étudiants et 87 % jugeaient leur présence comme positive. Seule une minorité (7%) l'avait jugé problématique. Par exemple, 70 % des patientes étaient en faveur de la participation passive des étudiants lors de l'examen gynécologique, alors que 38 % seulement des étudiants l'anticipaient ; 30 % des patientes étaient même en faveur de la participation active supervisée des étudiants dans l'examen clinique. Ces chiffres étaient influencés par l'âge de la patiente (plus d'accepta-

bilité chez les jeunes), leur niveau d'étude et leur origine (les patientes d'origine européenne étant plus enclines). Au total, l'implication des étudiants n'était pas vue comme un tabou, mais plutôt comme un processus normal dans le cadre des soins dispensés en centre universitaire, devant répondre à une organisation réglée impliquant le consentement éclairé des patientes. Ce point est d'ailleurs abordé dans la charte du CNGOF : *« À l'hôpital ou en cabinet de ville, pour former les soignants de demain, un étudiant est susceptible d'assister à la consultation ; la présence d'un tiers, soignant, est soumise au consentement de la femme. Tout geste médical ou examen clinique éventuel pratiqué par l'étudiant est également subordonné à l'accord de la personne examinée »*.

Refus d'examen ou requête particulière de la patiente

Le souhait de différer l'examen peut être exprimé pendant la consultation. Les motifs peuvent être multiples (inconfort de la patiente, menstruations, impréparation ou problématique de fond). L'examen peut être différé au cours d'une consultation ultérieure qu'il faut prendre le temps d'organiser, d'autant plus qu'il existe rarement de caractère d'urgence.

Le refus de l'examen peut avoir une valeur plus définitive. La raison du refus doit être identifiée si possible. Le genre du praticien est un élément souvent mis en avant (préférence pour un praticien homme ou femme). Certaines études montrent que le niveau de stress lié à l'examen gynécologique est moindre si le médecin pratiquant le geste est une femme [12]. Des convictions profondes, éventuellement religieuses, peuvent être à l'origine de cette préférence, qui reste du cas par cas ; quand l'avis est tranché, il doit être respecté.

Comment réagir en cas de mise en cause ?

La meilleure attitude reste la prévention. Évitez au maximum d'être dans une situation à risque de plainte car, dans le cas d'une agression sexuelle, cela relève de la juridiction pénale.

C'est une infraction.

Votre responsabilité propre est engagée et l'on peut encourir une peine d'amende, une peine de prison ou une peine de substitution. Il ne s'agit pas d'une juridiction civile qui, elle, ne s'occupe que de régler les litiges entre particuliers.

Alors que reproche-t-on aux soignants ?

Le plus souvent un acte intentionnel à caractère sexuel déconnecté de l'acte de diagnostic ou de soin, un geste inadapté, déplacé, contraire aux bonnes pratiques médicales.

Il peut s'agir d'attouchements de nature sexuelle, de caresses, de massages dénudés de tout caractère thérapeutique, du fait d'ôter des vêtements sans prévenir la patiente ou de tenir des propos déplacés à connotation sexuelle.

Ces agissements sont réprimés sévèrement par le code pénal qui définit l'agression sexuelle comme « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise » (article 222-22 du code pénal).

Deux infractions permettent de qualifier ces atteintes sexuelles : le viol qui constitue un crime, les autres agressions sexuelles qui constituent un délit.

Concernant le viol, l'article 222-23 du Code Pénal le punit de quinze ans de réclusion criminelle.

Les agressions sexuelles, elles, sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende (article 222-27).

En tant que médecins, en plus des sanctions ordinaires, la peine peut être alourdie du fait de deux circonstances aggravantes : « abus de l'autorité que lui confère ses fonctions » ou « actes commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de l'auteur ».

Personne ne peut empêcher quelqu'un de déposer plainte ; pour autant, les plaintes abusives peuvent faire l'objet de poursuites, selon le cas, pour diffamation ou dénonciation calomnieuse.

Il semble indispensable, dès la première audition devant les enquêteurs, d'être assisté par un avocat, ce d'autant plus que depuis la loi du 27 mai 2014, ce droit, initialement prévu pour la personne gardée à vue, est désormais étendu au cas d'audition libre.

Seul l'avocat pourra conseiller utilement le chirurgien urologue sur la meilleure stratégie à adopter pour réfuter tout caractère sexuel de l'acte et établir l'absence d'intention d'abuser de la patiente contre sa volonté.

Il ne faut jamais en tant que professionnel de santé chercher à sortir de notre rôle en assurant également sa défense pour se substituer à son avocat.

En cas de plainte, il faut savoir s'entourer de professionnels de l'univers juridique : si l'on est salarié d'un établissement public ou ESPIC le service juridique de l'hôpital, et en cas d'exercice libéral son avocat.

Il faut le faire sans tarder dès que l'on est informé de la plainte.

Jean-Nicolas CORNU, Adrien VIDARD



Références

- [1] Yilmaz FT, Demirel G. The relationship between body privacy and anxiety in women having gynecological examination. *J Obstet Gynaecol.* 2021 Oct;41(7):1112-1115.
- [2] O'Laughlin DJ, Strelow B, Fellows N, Kelsey E, Peters S, Stevens J, Tweedy J. Addressing Anxiety and Fear during the Female Pelvic Examination. *J Prim Care Community Health.* 2021 Jan-Dec;12:2150132721992195.

[3] Qaseem A, Humphrey LL, Harris R, et al. Screening pelvic examination in adult women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2014;161:67.

[4] Skär L, Grankvist O, Söderberg S. Factors of importance for developing a trustful patient-professional relationship when women undergo a pelvic examination. *Health Care Women Int.* 2020 Aug;41(8):869-882.

[5] Norrell LL, Kuppermann M, Moghadassi MN, Sawaya GF. Women's beliefs about the purpose and value of routine pelvic examinations. *Am J Obstet Gynecol.* 2017 Jul;217(1):86.e1-86.e6.

[6] O'Lynn C, Cooper A, Blackwell L. Perceptions, experiences and preferences of patients receiving a clinician's touch during intimate care and procedures: a qualitative systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2017 Nov;15(11):2707-2722.

[7] Kocabas P, Khorshid L. A comparison of the effects of a special gynaecological garment and music in reducing the anxiety related to gynaecological examination. *J Clin Nurs.* 2011;21:791-799.

[8] Carugno J, Timmons D, Lederer M, Grady MM. Impact of using words with unpleasant emotional connotations on perceived patient discomfort during vaginal speculum examinations: A randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020 Apr;247:203-206.

[9] Bates CK, Carroll N, Potter J. The challenging pelvic examination. *J Gen Intern Med.* 2011;26(6):651-657.

[10] Khoo A, Wiseman O. Comment on: doctors' attitude towards the use of chaperones for intimate examinations. *Ann R Coll Surg Engl.* 2009 Oct;91(7):626-7.

[11] Hamza A, Warczok C, Meyberg-Solomayer G, Takacs Z, Juhasz-Boess I, Solomayer EF, Radosa MP, Radosa CG, Stotz L, Findeklee S, Radosa JC. Teaching undergraduate students gynecological and obstetrical examination skills: the patient's opinion. *Arch Gynecol Obstet.* 2020 Aug;302(2):431-438.

[12] Aktas D, Kumas MB, Odabasioglu BS, Kaya A. Effect of a special examination gown and nature-based sounds on anxiety in women undergoing a gynecological examination. *Clin Nurs Res.* 2017;27:521-539.

La société a changé et en tant qu'urologue nous sommes parfois déroutés devant un rapport patient-soignant qui évolue.

Notre art n'a jamais été aussi pertinent, avec une logique médicale basée sur l'« *evidence based medicine* ».

La compréhension et la participation des patients dans l'organisation de leurs soins n'ont jamais été aussi élevées.

Pourtant les procédures médico-légales, disciplinaires et pénales augmentent autour du consentement aux soins et, aujourd'hui, autour du consentement à l'examen clinique.

Pour vous protéger, nous vous proposons d'informer encore plus vos patients, car nos obligations professionnelles sont très lourdes, et il peut être assez facile pour certains d'entre eux de nous reprocher nos manquements.

En effet, notre code professionnel nous rappelle que :

Article 2 (Art. R.4127-2 du CSP)

Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

Article 3 (Art. R.4127-3 du CSP)

Le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine.

Article 7 (Art. R.4127-7 du CSP)

Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.



Syndicat National
des Chirugiens
Urologues Français

Examen clinique : aspect légal et pratique

Article 32 (Art. R.4127-32 du CSP)

Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.

Article 33 (Art. R.4127-33 du CSP)

Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés.

Article 35 (Art. R.4127-35 du CSP)

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Article 36 (Art. R.4127-36 du CSP)

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Néanmoins, nous vous rappelons que le code prévoit un article pour mettre fin à une relation de soin qui vous semblerait difficile, pour ne pas dire impossible...

Article 47 (Art. R.4127-47 du CSP)

Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

C'est pourquoi, en raison de l'augmentation des mises en cause pour attouchement sexuel ou même viol, nous vous proposons d'afficher dans vos salles d'attente le texte suivant :

Madame, Monsieur,

Vous allez être reçu en consultation médicale dans quelques instants.

Dans le cadre de cette consultation, le médecin peut être amené à réaliser un examen clinique.

Cet examen peut nécessiter une palpation des seins, des organes génitaux avec, si nécessaire, la réalisation d'un toucher vaginal ou d'un toucher rectal.

Cette nécessité clinique est recommandée par les sociétés savantes et fait partie des règles de l'art médical. L'examen clinique permet d'élaborer un diagnostic et de prescrire des examens complémentaires et des traitements.

Votre médecin vous expliquera les raisons et la nécessité de la réalisation de l'examen clinique. N'hésitez pas à l'interroger pour comprendre l'importance des gestes réalisés.

Votre médecin exerce son métier dans le respect de votre dignité et avec votre consentement ainsi, si pour des raisons personnelles ou médicales vous ne le souhaitez pas, il est important de le signaler dès que possible pendant la consultation.

Votre médecin vous remercie de votre attention et de votre collaboration et vous assure de son entier dévouement.

Le Conseil d'Administration du SNCUF



Vanessa
AVRILLON



Frédéric
VAVDIN

Biais cognitifs : attention danger !

ors de la 14^e Journée Urorisq, Pierre Mongiat-Artus et Frédéric Vavdin ont partagé avec l'assemblée leur regard avisé sur la question des biais cognitifs en urologie et notamment dans les situations tunnellisantes. Nous vous proposons ici un retour sur la passionnante intervention de Frédéric Vavdin explorant les pistes possibles pour débiaiser notre pensée.

Le cerveau humain développe des formes de pensée biaisées. Les heuristiques constituent des façons rapides de porter des jugements ou de prendre des décisions plus facilement qu'avec un raisonnement analytique qui tiendrait compte de toutes les informations pertinentes. « *Les heuristiques dévient de la pensée logique ou rationnelle qui sera systématiquement utilisée dans diverses situations* » expose Frédéric Vavdin. « *Il s'agit d'une forme de pensée intuitive qui se situe à l'opposé des raisonnements analytiques où l'on va peser l'ensemble des pour et des contres* ». Ce type de raisonnement réflexe et confortable assure un gain de temps et une action plus rapide. Daniel Kahneman [1], économiste et psychologue, Prix Nobel d'économie en 2002, a distingué deux systèmes de pensée qui interviennent dans le jugement et la prise de décision : la pensée intuitive et rapide (Système 1) et la pensée rationnelle, analytique et longue (Système 2).

Les 9 biais à combattre

Dans le système 1 de la pensée intuitive et rapide, les effets tunnels (ou « tunnelisation » attentionnelle) - qui sont l'association de plusieurs biais cognitifs -, ne nous permettent plus de réfléchir, d'écouter, de faire attention à des événements extérieurs. Ces biais vont nous conduire à la mauvaise décision ou à l'accident. L'effet tunnel correspond à l'aveuglement du chirurgien qui main-

Les 9 biais les plus fréquents en médecine

- Biais d'ancrage
- Biais de confirmation
- L'arrêt de réflexion
- Biais d'attente ou d'expectation
- Biais de la limite attentionnelle
- Biais des dynamiques sociales
- Biais de l'action / inaction
- Biais du prisme professionnel
- Biais de surconfiance

tient coûte que coûte son plan d'action, alors qu'au vu des événements ou des signaux d'alerte de ses collaborateurs de bloc, il devrait en changer pour ne pas mettre en danger son patient. « *En pratique médicale, explique F. Vavdin, le professionnel se trouve dans un tunnel. Il est profondément focalisé sur un objectif, à tel point qu'il n'entend ni ne voit les signaux d'alerte qui devraient le conduire à modifier son approche, voire à l'arrêter avant que ne survienne un événement indésirable* ». Les psychologues répertorient 25 biais cognitifs. Ils sont décrits et identifiés par la recherche en psychologie cognitive et sociale. Neuf d'entre eux concernent les médecins. Le premier et le plus fréquent est le **biais d'ancrage**. Il correspond à une tendance à se fixer sur les informations reçues ou perçues en premier, lors de l'évaluation initiale de la situation, et à ne pas ajuster cette évaluation à la lumière d'informations ultérieures. Le praticien reste sur le diagnostic initial. Le **biais de confirmation** pousse le médecin à rechercher les informations confirmant son diagnostic ou son évaluation clinique plutôt que celles l'invalidant. La décision est ainsi établie avant la prise en compte d'éventuelles autres causes. « *Le médecin va se concentrer sur la recherche des informations qui appuient son diagnostic en éliminant le reste : les éventuels symptômes*

qui pourraient infirmer le diagnostic » précise F. Vavdin. Parmi les biais fréquents, on retrouve également l'**arrêt de réflexion** qui coïncide avec une situation dans laquelle le médecin est parti sur une idée et stoppe toute réflexion. À titre d'exemple, il est possible d'évoquer les anti-vax, convaincus que les traitements peuvent solutionner le problème et que le vaccin est inutile. Avec les **biais d'attente ou d'expectation**, le professionnel perçoit une situation à partir de ce qu'il s'attend à observer (souvent un stéréotype). « *Dans le cas d'un patient psy par exemple, le médecin anticipe ce qui va se produire en mettant sur le compte de la maladie psychiatrique une pathologie organique. En croyant au bluff du patient, le professionnel passe à côté d'un vrai diagnostic* » illustre F. Vavdin qui alerte également sur les discussions au sein du bloc, le téléphone qui devrait en être banni ou toute sorte d'éléments troublant l'attention et qui constituent le **biais de la limite attentionnelle**. Ainsi, les éléments perturbateurs de l'attention entraînent une limitation des capacités attentionnelles du praticien et peuvent entraver la perception de certaines informations se trouvant pourtant dans le champ de vision du professionnel. Afin de limiter ce biais il ne faut se consacrer qu'à une seule activité, veiller à ne pas être débordé par plusieurs tâches concomitantes pour ne pas impacter l'attention qu'on y porte. Le **biais des dynamiques sociales** consiste à vouloir conserver l'harmonie au sein de l'équipe, en se rangeant à ce que l'on pense être l'avis de la majorité ou en évitant de contredire un expert ou un supérieur hiérarchique. En synthèse, on tente de faire plaisir ou on fait avec. Le **biais de l'action / inaction** est la tendance, par aversion à la perte de chance ou au risque, à privilégier dans une situation donnée, soit l'inaction, soit l'action. Dans le cas du choix de l'inaction, il s'agit de réaliser une médecine défensive sur l'hypothèse d'une meilleure acceptabilité d'un dommage lié à une maladie qu'à un soin. Avec pour fil

conducteur l'idée que si l'on agit, on peut aggraver la situation. À l'inverse, « *Lorsque le médecin choisit l'action, c'est qu'il a la conviction que les dommages au patient ne peuvent être évités que par une intervention* » complète F. Vavdin. Si le patient n'est pas opéré, sa pathologie va s'aggraver. On retrouve par exemple ce biais dans les prescriptions d'antibiotiques avec des professionnels qui auront tendance à ajouter des jours de traitements ou à les réduire alors que ce n'est pas fondamentalement nécessaire. Le médecin agit ainsi « au cas où... ». Le **biais du prisme professionnel** conduit le médecin à appréhender la situation au travers du prisme de sa spécialité ou de sa routine professionnelle. L'urologue va agir comme un urologue, ne voir que le sujet urologique, sans prendre de recul par rapport à sa spécialité. Seule une réflexion à large spectre permet d'éviter ce biais. Enfin, le **biais de surconfiance**, entraînant le professionnel dans une surestimation de ses connaissances, compétences et performances serait typique d'un chirurgien ! Pourtant, un excès de confiance peut pousser à agir sur des informations incomplètes, de l'intuition ou des déductions hâtives. Le spécialiste doit accepter d'être faillible et en tenir compte dans sa pratique.

Comment se débiaiser ?

Les biais cognitifs font partie du quotidien des urologues qui exercent une spécialité complexe. S'il est impossible de les éviter, il est important de les connaître. Cette prise de conscience doit conduire le médecin à ralentir (lorsque les choses ne se déroulent pas exactement comment il le souhaiterait), questionner, écouter, éviter les perturbateurs (le téléphone, les discussions), se remettre en question et ne pas hésiter à demander des avis. Cela représente une étape fondamentale vers le débiaisement. Il n'y a pas de littérature scientifique sur le sujet. Seule une littérature psychosociale existe, mais elle est très hétéroclite avec un niveau de preuve faible. « *Le meilleur conseil qui peut être donné à un spécialiste pour contourner les travers de la pensée intuitive est celui d'échanger entre confrères, de s'alerter mutuellement afin de sortir de la surconfiance. Échanger avec l'équipe permet de sensibiliser les professionnels à l'existence et à l'identification des différents biais, de les informer des conséquences potentiellement graves et de leur donner des pistes pour les éviter* » propose F. Vavdin. Si ces éléments ne font pas partie de la culture médicale, trois grands axes permettent de prendre le chemin du

« débiaisement ». Le premier axe est celui de l'amélioration des connaissances et de l'expérience de ce type de situations. En deuxième lieu, il est nécessaire d'habituer le raisonnement clinique à détecter et contrôler les biais cognitifs et, enfin, un troisième axe de « débiaisement » consiste à savoir appeler à l'aide. « *Certaines stratégies ont à l'évidence un intérêt vraisemblable pour sortir de ces tunnels. Le travail en équipe, la communication ouverte et efficace et les feedbacks, la dimension autopsie cognitive dans les RMM, les formations spécifiques centrées sur des pathologies, les checklists cognitives spécifiques (bientôt proposée par la HAS), l'aide informatisée, la stratégie de ralentissement et la métacognition (penser sur ses propres pensées)* », conclut Frédéric Vavdin.

Vanessa AVRILLON, Frédéric VAVDIN

Référence

[1] *Les deux vitesses de la pensée - Système 1, système 2 - « Thinking, Fast and Slow »*, 2011.

Pour aller plus loin...

- *Noise*, Daniel Kahneman, Olivier Sibony, Cass R. Sunstein, Odile Jacob
- *Risk Savvy : How to make good decisions*, Gerd Gigerenzer

Partenaire

IPSEN, à vos côtés depuis plus de 35 ans



Ipsen est un groupe biopharmaceutique focalisé sur l'innovation et la médecine de spécialité. Fondé en 1929, Ipsen est engagé à améliorer le quotidien des patients à travers le développement et la mise à disposition de solutions thérapeutiques innovantes, dans les domaines de l'oncologie, des neurosciences et des maladies rares. Présent en onco-urologie depuis plus de 35 ans, IPSEN continue d'accompagner les urologues français au quotidien dans la prise en charge de leurs patients atteints de cancers uro-

logiques (cancer de la prostate et cancer du rein).

Ipsen reste un acteur de proximité du monde de l'urologie et continue à accompagner les urologues français au travers d'une offre de services la plus large possible (accompagnement des patients, formation continue des professionnels de santé, prise en charge d'évènement scientifique, etc.).

L'un des temps forts cet été sera le congrès de l'EAU, pour lequel Ipsen pro-

pose une réunion « Best of EAU » au format distanciel. Cet événement qui aura lieu le mercredi 6 juillet 2022 de 19h à 20h, mis à disposition de l'ensemble des urologues français, permettra un décryptage éclairé des communications majeures d'onco-urologie et cela dans la continuité du congrès. Des rediffusions seront également disponibles.

N'hésitez pas à vous rapprocher des vos interlocuteurs Ipsen locaux pour en savoir plus.



Denis
PRUNET

Le **Compte Personnel de Formation (CPF)** est apparu suite à la réforme de la formation professionnelle en 2014. Il s'adresse à tous les actifs et permet d'acquérir, tout au long de sa vie professionnelle, des droits à la formation et un financement de celle-ci. Les actions de formation doivent viser l'acquisition d'un nouveau diplôme, d'une VAE, d'une compétence supplémentaire ou permettre une reconversion professionnelle. Depuis le 1^{er} janvier 2018, les travailleurs libéraux peuvent bénéficier du CPF, il est alimenté de 500 € par an avec un plafond de 5 000 €. Il est financé par une taxe unique supplémentaire, la contribution formation professionnelle, payée par tous les employeurs et indépendants et prélevée avec les URSSAF. Si vous activez votre compte de formation, vous bénéficiez en tant que médecin libéral d'un crédit d'environ 2 000 € (rappel des années antérieures). Ce CPF n'est plus utilisable une fois à la retraite sauf en cas de cumul emploi/retraite.

Quelles formations sont possibles ?

Vous ne pouvez pas utiliser votre CPF pour de la formation continue médicale type inscription à un congrès car votre formation doit vous amener une compétence supplémentaire non incluse dans votre diplôme d'urologue. Il peut s'agir d'une formation transversale (langue étrangère, bureautique, montage vidéo, gestion de réseaux sociaux, management, gestion du stress, etc.) ou d'un nouveau diplôme (permis poids lourd, CAP de pâtisserie ou de cuisine, etc.) pour ceux qui veulent se reconvertir ou se passionner dans un domaine autre que la médecine.

Pour connaître les formations auxquelles vous pouvez postuler, il faut créer un compte sur le site moncompteformation.gouv.fr, seul site officiel. Vous pouvez y

accéder aussi via France Connect et les identifiants de votre compte Ameli. Toutes les formations et organismes de formation doivent être validés par France compétences, unique instance de gouvernance nationale de la formation professionnelle.

Cas particulier des praticiens hospitaliers : les agents de la fonction publique hospitalière bénéficient également du CPF mais avec un compte en heures et non en euros. Ils bénéficient d'un crédit annuel de 25 h de formation, plafonné à 150 h. Les formations doivent viser l'acquisition d'un diplôme ou le développement de compétence dans le cadre d'un projet d'évolution professionnelle. Cela

peut également s'inscrire dans le cadre d'une reconversion professionnelle. Dans tous les cas, il convient de demander l'accord de votre administration.

Attention aux arnaques : régulièrement, vous recevez des SMS ou des mails pour valider ou utiliser votre CPF. Méfiez-vous, il s'agit souvent de messages frauduleux dans le but de récupérer vos identifiants sur France Connect ou de récupérer vos droits à formation en vous inscrivant à des formations bidons. Un seul site officiel pour se renseigner et s'inscrire moncompteformation.gouv.fr géré par la Caisse des dépôts.

Denis PRUNET



Dossier préparé par
Caroline PETTENATI

Congés maternité/paternité : comment s'y retrouver ?

La gestion du congé maternité en libéral semble bien plus complexe qu'à l'hôpital où les salariés et fonctionnaires sont assez protégés, tant sur le plan personnel, professionnel que financier. La féminisation attendue de l'urologie va inexorablement changer le décor des équipes. Fait nouveau également, et ô combien apprécié par beaucoup, les jeunes pères n'ont plus 11 mais 25 jours de congé paternité. La rédaction d'UROjonction souhaitait, avec cet article, donner les clés aux futur(e)s installé(e)s pour anticiper leur projet familial.

Nous vous proposons pour débiter ce dossier une interview croisée de deux collègues urologues : Blandine Tamarelle et Sophie Serey-Eiffel, qui nous font part de leur expérience.

Vous verrez ensuite que les démarches ne sont pas si simples et qu'il était temps de nous éclairer ! Didier Legeais s'est chargé de cette mission en détaillant toutes les aides disponibles.

Enfin, Julien Defontaines nous explique les particularités et difficultés de l'accès au congé paternité en libéral.

Avoir un enfant s'anticipe aussi d'un point de vue professionnel ! Dans les contrats d'installation, avec les membres de son équipe, avec la clinique, avec ses conseillers et sur le plan financier.

Alors voici les trucs et astuces, les témoignages et aspects administratifs pour éviter au mieux les obstacles.

Caroline PETTENATI

CP - A quel âge t'es-tu installée ? Avais-tu déjà des enfants à l'époque ? Quel est ton type d'activité ?

SSE - Je me suis installée à 33 ans et j'avais déjà 1 enfant que j'avais eu entre mon clinicat et mon installation. Je travaille en libéral complet, initialement sur 2 sites mais j'ai réduit à 1 seul site après mon 2^e enfant pour avoir une journée de libre dans la semaine.

BT - Je me suis installée à 32 ans et je n'avais pas encore d'enfant. Je travaille en libéral complet.

CP - As-tu planifié ta grossesse par rapport à ton installation ?

SSE - Non, mais c'était source de stress.

BT - Lors de mon installation je n'avais aucun projet d'enfant. Je n'ai cependant jamais exclu pouvoir en avoir plus tard mais ce n'était pas d'actualité.

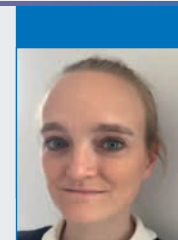
CP - Es-tu tombée enceinte avant ou après la modification des prises en charge par la CPAM en libéral ?

SSE - Après (naissance en 2021).

BT - Je suis tombée enceinte en Décembre 2020, à l'époque il existait déjà plusieurs aides possibles :

- les indemnités journalières plafonnées à 56,36 € par jour quels que soient les revenus antérieurs, soit au maximum un montant mensuel d'indemnités journalières de 1747,16 euros imposables selon le taux d'imposition sur le revenu de l'année en cours ;
- l'avantage supplémentaire maternité (ASM) qui est une aide « professionnelle » et entre dans le chiffre d'affaires destiné à compenser les charges de cabinet des médecins libéraux pendant le congé maternité ou paternité.

CP - As-tu anticipé (et trouvé) un remplaçant ?



Sophie
SEREY-EIFFEL



Blandine
TAMARELLE

Témoignages croisés de deux urologues

SSE - Oui, j'ai eu la chance de trouver un remplaçant.

BT - Six mois avant mon arrêt, j'ai fait une proposition de remplacement auprès :

- du site urofrance ;
- des assistants et PH du CHU de mon site d'exercice ;
- d'un remplaçant d'un confrère d'une autre clinique.

Sur 3 mois d'arrêt, je n'ai réussi à trouver de remplaçant que 15 jours au total. Par ailleurs, très peu de mes patients souhaitaient être pris en charge par un médecin remplaçant s'agissant des interventions.

CP - Si tu travailles en équipe, y avait-il une clause évoquant la grossesse dans le contrat ?

SSE - Non, nous avons une SCM pour les charges communes sans clause.

BT - Le contrat de SCM ne prévoyait pas de clause particulière et notamment pas d'exonération de participation aux charges de cabinets ou de modalités particulières en cas d'arrêt pour congé maternité.

CP - Quand tu es tombée enceinte, quelles démarches administratives étaient indispensables ?

SSE - Faire une demande du congé maternité auprès de la CPAM personnelle si elle est différente de la professionnelle et faire une demande d'aide complémentaire maternité (auprès de la CPAM professionnelle), ce n'est pas automatique.

BT - Les mêmes démarches que pour toute grossesse : déclaration de grossesse à la CPAM par le médecin traitant ou l'obstétricien et déclaration à la CAF en vue de la création d'un compte pour d'éventuelles prestations sociales après la naissance de l'enfant.

CP - Au niveau des assurances, avais-tu anticipé ta grossesse ? (Prévoyance, etc.)

SSE - J'ai une prévoyance, mais qui ne verse pas de complément pour un congé maternité (comme la quasi totalité des prévoyances). Elle est utile en cas d'arrêt de travail avant le début du congé maternité et cela a été mon cas car j'ai été arrêtée au début du 3^e trimestre.

BT - Mes 2 prévoyances n'incluaient aucune clause concernant le congé maternité (hors congés pathologiques). Sur 4 assurances de prévoyance sollicitées sur les 10 dernières années, toutes ont répondu « *la grossesse n'est pas une maladie, elle est choisie* », que l'assuré soit un homme ou une femme (comme si seules les femmes étaient à l'initiative d'une grossesse...).

CP - Au niveau de la CPAM, cela a-t-il été facile ?

SSE - Non, cela n'a pas été facile. Si une amie ne m'avait pas dit que c'était possible je ne l'aurais probablement pas su. C'est très bien que l'on en parle ici !

J'ai pris un rendez-vous car je n'avais pas de retour, et j'ai découvert qu'il manquait un tableau à remplir et qu'il fallait que je précise si je voulais les indemnités journalières (IJ) et préciser la durée.

J'ai commencé à avoir les IJ un peu avant l'accouchement et j'ai reçu l'aide complémentaire maternité 4 mois après l'accouchement.

BT - La déclaration et l'envoi de la documentation par la CPAM a été rapide. Le versement des indemnités journalières a également été rapide (environ 15 jours après la date d'arrêt pour congé maternité).

Le versement de l'aide supplémentaire maternité (ASM) a été compliqué :

- à la CPAM, personne ne savait répondre à ma demande au téléphone : la CPAM pro me renvoyait vers la CPAM perso et vice et versa. Il a fallu environ 10 appels et finalement un premier e-mail à la CPAM pro précisant :
 - mon souhait de demander l'avantage supplémentaire maternité (ce n'est pas automatique) ;
 - les dates de début de congé maternité et de reprise théorique d'activité ;
 - le nombre de demi-journées travaillé pour le calcul du montant de cette aide.
- J'ai reçu par courrier un refus pour motif « *vous m'indiquez travailler en clinique* » auquel il m'était suggéré de faire un recours si je souhaitais contester cette réponse.
- Une demande de recours amiable par courrier recommandé à la CPAM pro précisant mes modalités d'exercice libéral non salarié auquel un courrier de réponse automatique précisait qu'en l'absence de réponse sous 2 mois, le recours devrait être considéré comme refusé.
- Demande d'avis de conseils auprès :
 - d'un député de mon entourage qui a obtenu sous 7 jours une réponse de sa CPAM (différente de la mienne) expliquant qu'il n'y avait pas de raison compréhensible à ce refus après qu'ils aient consulté mon dossier CPAM Pro ;
 - de mon assureur RC PRO ;
 - du représentant URPS local du BLOC.
- Un second courrier devant l'absence de réponse à plus de 6 semaines de ma demande de recours précisant :
 - la réponse de l'autre CPAM ;
 - la réponse du député ;
 - le soutien de mon assureur et de mon représentant local URPS (Le BLOC) dans ma demande.

• Devant l'absence de réponse à plus de 2 mois de ma demande de recours, j'ai sollicité ma représentante locale de la CPAM (qui était précédemment dédiée à d'autres missions dans le contexte de Covid) qui m'a confirmé : le bienfondé de ma demande, la possibilité qu'elle aurait eu avant recours d'accélérer la procédure (si j'avais su !), le fait qu'elle tenterait de relancer ma demande.

• Par appel téléphonique à près de 4 mois de ma demande initiale, on me confirmait le versement de l'ASM sur les 3 mois maximum prévu par décret : aucune trace écrite justifiant le délai de traitement ou l'explication du motif de refus initial

CP - Au total, par rapport au salaire que tu te versais, quel pourcentage recevais-tu pendant ton congé ?

SSE - Environ 65 à 70 % pour une durée classique de congé maternité. J'ai réussi à avoir toutes les IJ et toute l'aide complémentaire maternité de 3 mois (il faut des mois pleins). Je me suis arrêtée plus longtemps que le congé maternité par choix, donc ça a fait moins.

BT - Entre 20 et 25 % de mon revenu avant imposition, l'ASM a permis de couvrir environ 50 % de mes charges fixes de cabinets (loyer, charges de secrétariat, charges de comptabilité, de prévoyance, d'assurance RCP, hors charges sociales).

CP - Comment as-tu géré ton activité pendant la grossesse ? (Réduction d'activité, bloc à irradiation, etc.)

SSE - Je n'ai pas changé mon activité, mais j'ai été arrêté au début de mon 3^e trimestre (Covid, pas encore de vaccin) et ma grossesse s'est bien passée au 1^{er} et au 2^e trimestre. Si j'avais travaillé au 3^e trimestre, j'aurais du baisser mon activité, la fatigue arrivait avec beaucoup de contraction, et mon premier enfant avait un petit poids à la naissance donc on m'avait conseillé de m'arrêter tôt. Pour l'irradiation, avec une protection habituelle, on m'avait dit qu'il n'y avait pas de risque.

BT - Réduction de mon activité à partir du 6^e mois (en raccourcissant ma journée

pour finir à 17 h le soir), sans doute trop tardif et pouvant expliquer un accouchement prématuré.

CP - Enceinte, il est difficile de tenir le rythme, et cela a dû impacter ton chiffre d'affaires, comment as-tu géré ?

SSE - Je n'ai pas eu ce souci.

BT - Par chance, j'étais en début d'activité et sur cette année-là en augmentation d'activité car à mi-temps l'année précédente, en passant sur l'année en cours à plein temps. Ma perte de chiffre d'affaires a donc pu être absorbée par l'augmentation d'activité des 9 mois précédant mon arrêt.

CP - Si tu as connu une grossesse pathologique avec un arrêt prolongé, comment cela s'est-il passé sur le plan professionnel ?

SSE - J'ai su en avance que je devrais m'arrêter au début du 3^e trimestre, j'avais donc cherché un remplaçant à partir de cette date, et j'ai eu la chance d'en trouver un pour la durée totale de mon arrêt ! Un de mes collègues a fait une demi-journée par semaine de consultation en plus sur un site où il n'est pas normalement en tant que remplaçant également. Ma prévoyance a marché pour l'arrêt de travail jusqu'au début du congé maternité. J'ai eu également des IJ maladie.

BT - Je n'ai pas eu d'arrêt pour congé pathologique car j'ai accouché 3 jours avant la date théorique de mon arrêt pour congé maternité. J'ai cependant été suivie de façon très rapprochée par mon médecin traitant et mon obstétricienne, car d'emblée ma grossesse a été considérée à risque d'accouchement prématuré en raison de mon métier (nombre d'heures estimé debout en fibroscopie ou au bloc par jour et par semaine, port de plusieurs épaisseurs de tablier de plomb recommandé lors des gestes nécessitant le recours à la scopie avec jupe + gilet long), et aussi en raison des risques d'exposition possible au covid par les soins apportés aux patients de la structure (vaccination encore très incertaine pour les femmes enceintes au premier trimestre à ce stade de la pandémie).

Sophie SEREY-EIFFEL, Blandine TAMARELLE
Interview réalisée par Caroline PETTENATI

Ce que je recommande après cette expérience

- Être bien suivie par un obstétricien, une sage-femme et/ou votre médecin généraliste : on est mauvais médecin pour soi-même.
- Ne pas hésiter à réfléchir lors de votre installation à préciser sur votre contrat d'association des modalités possibles d'exonération de charges en cas de congé de maternité ou de paternité.
- Communiquer avec votre représentant local de la CPAM pour connaître les aides à demander et ainsi faciliter vos démarches.
- Anticiper la perte de chiffre d'affaires avec votre comptable dès le début de votre grossesse pour lisser votre revenu sur l'année.
- Compter sur la bienveillance de vos patients lorsque vous leur annoncez en amont (pour les suivis rapprochés et réguliers) qu'ils seront vus au prochain contrôle par un remplaçant ou un de vos collègues.
- Ne pas sacrifier le choix d'un enfant pour une préoccupation financière à court terme tout en restant convaincue qu'il faut que la société prenne mieux en charge les femmes en libéral tout comme le sont les femmes salariées : nos confrères et associés doivent nous soutenir dans ce combat de société auprès de l'assurance maladie comme des prévoyances. La bienveillance engendre la bienveillance.

Les constats d'aujourd'hui

- Plus de femmes travaillent.
- Davantage de métiers sont exercés en tant qu'indépendants et pas seulement en tant que salariés, notamment en médecine, mais aussi dans de nombreux métiers de services à la personne.
- Plus de médecins sont des femmes.
- Un congé de maternité pour une femme c'est 16 semaines, en moyenne 1,3 fois dans la carrière d'une femme en France.
- Un enfant résulte majoritairement d'un choix de couple à deux, une grossesse ne peut avoir lieu que dans un utérus.

Les questionnements concernant les conséquences financières de la grossesse d'une femme en libéral sont les suivants :

- la société souhaite-t-elle sacrifier une descendance en faisant porter aux seules femmes la charge financière d'une grossesse ?
- Les femmes indépendantes aux revenus supérieurs à 1747,16 euros par mois et donc aux cotisations sociales supérieures à ce montant sont-elles condamnées à faire le choix de financer seules leur congé maternité ?
- Pourquoi la société (via l'assurance maladie et la prévoyance) serait-elle moins solidaire avec les femmes libérales enceintes confrontées au financement de leur congé de maternité (d'une durée de 16 semaines seulement !)?
- Faut-il encore que les femmes soient « assistées » par leurs conjoints à l'heure de la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes ?
- Les enfants de demain ne sont-ils pas les médecins, infirmiers, enseignants et surtout les cotisants de demain ?
- Qui peut s'attendre à une retraite quand on diminue son taux de natalité pour des préoccupations financières à court terme (comme éviter de compenser décevantement 16 semaines de congé maternité aux femmes indépendantes) ?
- Comment alors favoriser l'accueil serein des enfants dans toutes les familles sans discriminer la solidarité en fonction du statut de travailleurs des parents (salariés vs indépendants) ?
- Il faut de temps en temps savoir marquer les esprits et risquer la critique pour faire évoluer une société. Je remercie d'avance ceux qui prendront la mesure de ce combat parmi tant d'autres pour une société pérenne où les familles sont soutenues dans leur mission d'accueil et de protection de leurs enfants, mission dont toute la société bénéficie.

Blandine TAMARELLE

Pour les hospitaliers

La protection sociale des salariés est excellente :

- pour les mamans : maintien des émoluments durant les 16 semaines de congés (6 semaines avant et 10 semaines après, 8 + 18 semaines pour le 3^e enfant) ;
- pour les papas : depuis le 1^{er} juillet 2021, le congé paternité est de 25 jours ou 32 en cas de naissance multiple. Ce congé peut être fractionné en deux périodes dont l'une des deux doit être au moins égale à 4 jours consécutifs au congé de naissance 3 jours, avec conservation de la totalité des émoluments pendant la durée du congé paternité.

Depuis le 1^{er} avril 2017 (Décret n° 2017-161 du 9 février 2017), cette logique est appliquée à tous les praticiens titulaires ou contractuels, quel que soit leur temps de travail.

Pour les médecins libéraux

Historique de la reconnaissance des droits des parents médecins libéraux :

1982 - Obtention d'indemnités pour les femmes libérales médecins : 2 SMIC.

1995 - Congés de maternité pour les femmes médecins : 60 jours d'arrêt consécutifs ou 90 jours si état pathologique ou naissance multiple.

2006 - Décret n° 2006-644 du 1^{er} juin 2006 : alignement du congé maternité des femmes médecins libérales sur les salariées (6 + 10 Semaines) et création d'une allocation forfaitaire de repos maternel.

2009 - Première indemnisation par la CPAM pour un congé pour une grossesse pathologique dès le premier jour d'arrêt.

2014 - Les indemnités journalières (IJ) pour arrêt de cabinet pour cause de grossesse pathologique sont reconnues (PLFSS 2013) : perception d'IJ versées par l'assurance maladie jusqu'au 91^e jour, où la CARMF prend le relais.

2017 - L'avantage supplémentaire maternité (ASM) entre en vigueur le 29 octobre 2017 (avenant n° 3 à la convention



Didier LEGAIS
Président du SNCUF

Congés « naissance » : une réalité contrastée mais en très nette amélioration

de 2016) et aide conventionnelle pour les congés de paternité.

2019 - Alignement sur la durée et les montants d'indemnisation dans le cadre du congé maternité pour les indépendants relevant de la sécurité sociale des indépendants (SSI) et ceux de la CPAM. La CPAM est désormais l'interlocutrice pour le dossier maternité.

2020 - Allongement du congé paternité à compter du 1^{er} juillet 2021 : article 73 de la Loi 2020-1576.

2021 - Avenant 9 de la convention nationale pour majorer l'aide médicale libérale pour cause de paternité. Depuis le 1^{er} Juillet 2021 : mise en place d'IJ dès le 4^e jour d'arrêt de travail.

Pour les mamans libérales, collaboratrices ou remplaçantes, PH avec secteur libéral statutaire

Le congé maternité

La durée du congé maternité varie en fonction du nombre d'enfants déjà à charge avant la naissance de l'enfant (Tableau 1).

On peut renoncer à une partie du congé mais il faut obligatoirement cesser de travailler au moins 8 semaines dont 6 après l'accouchement.

Les aides financières

- Il faut avoir cotisé au moins 10 mois à la CPAM ou au SSI (Sécurité Sociale des Indépendants).

- **L'allocation forfaitaire de repos maternité** : elle est versée en 2 fois sans obligation de cesser votre activité ni de condition de ressource. Son montant est de **3 428 € pour 2022** : 1 714 € au début du congé à la fin du 7^e mois de grossesse, 1 714 € à la fin de la 8^e semaine ; 3 428 € en une fois si accouchement avant la fin du 7^e mois. En cas d'adoption elle est due à 50 %.

- **Les indemnités journalières forfaitaires (pas pour les remplaçantes)** : elle est versée pendant le congé maternité à condition de cesser toute activité professionnelle pendant au moins 8 semaines dont 2 au moins avant l'accouchement. Son montant est de 56,35 €/jour soit max : **1 690 €/mois**. Soit une indemnisation de base calculée sur 56 jours x 56,35 € = 3 156 € (8 semaines de congés prénatal et postnatal confondus pour le 1^{er} ou le 2^e enfant). Les IJ sont imposées à CSG, CRDS et impôt sur le revenu.

Statut de l'enfant à naître	Durée du congé prénatal	Durée du congé postnatal	Durée totale du congé de maternité
1 ^{er} enfant	6 semaines	10 semaines	16 semaines
2 ^e enfant	6 semaines	10 semaines	16 semaines
3 ^e enfant ou plus	8 semaines	18 semaines	26 semaines

Tableau 1 - Durée du congé de maternité selon le nombre d'enfants déjà à charge

- L'avantage supplémentaire maternité ou adoption (maman ou papa) relève de la convention nationale. Les montants varient selon le temps d'activité: **3 100 € par mois pour un médecin conventionné secteur 1 ou 2 ayant adhéré à l'OPTAM** et ayant une activité à temps plein. L'aide est versée à compter du mois suivant l'interruption de l'activité et pour la durée de celle-ci dans la limite de la durée légale du congé et pour une **durée maximale de 3 mois. Cette aide est de 2 066 € pour les médecins de secteur à honoraires différents (dit secteur 2).**

→ **Médecin de secteur 1 ou 2 OPTAM** : Total pour le premier mois : 3 428 + 1 690 + 3 100 = **8 218 €**, pour le mois suivant : **4 790 €**.

→ **Médecin de secteur 2** : Total pour le premier mois : 3 428 + 1 690 + 2 066 = **7 184 €**, pour le mois suivant : **3 756 €**.

Les aides financières supplémentaires en cas de grossesse pathologique

- Depuis le 1^{er} Juillet 2021, en cas de grossesse pathologique et de congés maladie, il existe des IJ versées par l'Assurance Maladie à partir du 4^e jour d'arrêt pendant 87 jours (franchise pour toucher ensuite les IJ CARMF). Il faut une déclaration sur l'honneur attestant de la cessation de toute activité, un certificat médical attestant de la durée de l'arrêt de travail et un arrêt de travail par le médecin ou la sage-femme suivant la grossesse, à envoyer

à l'assurance maladie et à la CARMF. Montant : de 22,54 € à 169 €/jour.

- **Les indemnités journalières de la Caisse de retraite des Médecins Libéraux Français** : à partir du 90^e jour d'arrêt. En cas de grossesse pathologique avec arrêt de travail de plus de 90 jours, vous toucherez les indemnités journalières de la CARMF dès le 90^e jour si votre arrêt est antérieur à la date de vos congés maternité. Vous pourrez enchaîner ensuite avec les congés maternité.

Montant de l'indemnité journalière

Le montant est fonction de la classe de cotisation (Tableau 2).

Âge du médecin	Classe A	Classe B	Classe C
Moins de 62 ans	69,00 €	103,50 €	138,00 €

Tableau 2 - Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire (à partir du 91^e jour de l'arrêt de travail) en fonction de la classe de cotisations.

Il est indispensable de récupérer auprès de la caisse primaire de rattachement ou du SSI un **carnet de maternité**. Ce carnet regroupe les imprimés utiles aux démarches de demande de prestations. L'ensemble des indemnités et allocation forfaitaire devront être déclarés dans la 2035 à la ligne « gains divers » et sont donc à ce titre **imposable sur le revenu**.

A partir du 6^e mois de grossesse tous les frais médicaux sont pris en charge à 100 % (dans la limite des tarifs de base).

Pour les papas libéraux, collaborateurs ou remplaçants, PH avec secteur libéral statutaire

Le congé paternité et d'accueil de l'enfant

(conjoint, époux, épouse, pacsé.e)

- La durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant est de 25 jours consécutifs au plus pour la naissance d'un enfant ; 32 jours consécutifs au plus en cas de naissances multiples.

Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant doit débuter le jour de la naissance de l'enfant.

Sa durée peut être décomposée en plusieurs périodes : **une première période obligatoire de 7 jours**, qui doit débuter le jour de la naissance de l'enfant ; **une seconde période de 18 jours en cas de naissance simple ou de 25 jours en cas de naissances multiples**. Cette seconde période de congé n'est pas obligatoire et peut être fractionnée en trois parties dont la plus courte est au moins égale à 5 jours. Elle doit débuter dans un délai de 6 mois à compter de la naissance ou de l'accueil de l'enfant.

— En plusieurs fois : 7 jours obligatoires minimum, à partir de la naissance puis le reste (non obligatoire) par périodes de 5 jours minimum jusqu'à solder les 25 ou 32 jours, dans un délai de 6 mois.

- Les pièces à fournir à la CPAM
 - Si vous êtes le père : copie du livret de famille.

	Congé prénatal	Congé postnatal	Durée totale du congé	IJ	Forfait + ASM	Total
Congé minimum	2 semaines	6 semaines	8 semaines	3 156 €	3 428 + 6 200 €	12 784 €
Vous attendez 1 enfant	6 semaines	10 semaines	16 semaines	6 311 €	3 428 + 9 300 €	19 039 €
Vous attendez 1 enfant et vous avez déjà eu au moins 2 enfants ou avez 2 enfants à charge	8 semaines	18 semaines	26 semaines	10 256 €	3 428 + 9 300 €	22 984 €
Vous attendez des jumeaux	12 semaines	22 semaines	34 semaines	13 806 €	3 428 + 9 300 €	26 534 €
Vous attendez des triplés	24 semaines	22 semaines	46 semaines	18 145 €	3 428 + 9 300 €	30 873 €

Tableau 3 - Tableau récapitulatif des indemnités de maternité perçues pour un médecin de secteur 1 ou secteur 2 OPTAM/OPTAMCO en fonction du type de maternité

— Si vous êtes le conjoint de la mère (époux, PACS, vie maritale) : livret de famille, document PACS, certificat de concubinage.

Les aides financières

- **Il faut avoir cotisé au moins 10 mois à la CPAM ou au SSI (sécurité Sociale des Indépendants).**
- **Les indemnités journalières forfaitaires (pas pour les remplaçants) :** elle est versée pendant le congé paternité à condition de cesser toute activité professionnelle. Son montant est de 56,35 €/jour soit max : **1 408,75 €/25 jours**. Les IJ sont imposées à CSG, CRDS et impôt sur le revenu.
- **Avantage supplémentaire paternité pour compenser les conséquences de l'interruption d'activité médicale pour cause de paternité.** C'est un accord conventionnel. Les montants varient selon le conventionnement et l'exercice à temps plein ou temps partiel, elle est équivalente à 72 % de l'avantage maternité (2 232 € par mois pour un mé-

decin conventionné secteur 1 ou 2 ayant adhéré à l'OPTAM et ayant une activité à temps plein]. L'aide est versée à compter du mois suivant l'interruption de l'activité et pour la durée de celle-ci dans la limite de la durée légale du congé et pour une durée maximale de 3 mois. Cette aide est de 1 488 € pour un médecin de secteur à honoraires différents (dit secteur 2).

Pour pouvoir bénéficier de l'avantage, le médecin doit envoyer à sa caisse d'assurance maladie (la caisse de rattachement du cabinet principal) un document justifiant de son interruption d'activité :
 – soit un certificat médical mentionnant la durée de l'arrêt de travail pour cause de maternité ;
 – soit une déclaration sur l'honneur du médecin attestant de l'interruption d'activité pour cause de paternité ou d'adoption.

L'aide est versée le mois suivant le début de l'arrêt de travail, selon la durée légale du congé et dans la limite de 3 mois. Elle est versée en une seule fois pour le

congé paternité au titre des 25 jours et chaque mois pour le congé maternité et adoption. Elle vient en complément des autres aides perçues au titre de la protection sociale comme les indemnités journalières.

→ **Médecin de secteur 1 ou 2 OPTAM :**
 Total aide pour 25 jours : 1 408,75 + 2 232 = **3 660 €**.

→ **Médecin de secteur 2 :** Total aide pour 25 jours : 1 408,75 + 1 488 = **2 896,75 €**.

Attention ! Les IJ et l'allocation forfaitaire sont gérées par le régime de sécurité sociale alors que l'ASM est une aide conventionnelle. Ce ne sont pas les mêmes services, même s'ils sont localisés dans les mêmes bâtiments, ils ne se connaissent pas et ne communiquent pas entre eux. Toutes les aides conventionnelles devraient être maintenues dans la future convention mais en cas d'absence de convention, elles pourraient être remises en question dans le règlement minimal conventionnel.

8 demi-journées et plus par semaine	2 232 € pour les médecins de secteur 1 ou secteur 2 OPTAM/OPTAMCO
	1 488 € pour les médecins de secteur 2
Entre 6 et 8 demi-journées par semaine	1 674 € pour les médecins de secteur 1 ou secteur 2 OPTAM/OPTAMCO
	1 116 € pour les médecins de secteur 2
Entre 4 et 6 demi-journées par semaine	1 116 € pour les médecins de secteur 1 ou secteur 2 OPTAM/OPTAMCO
	1 116 € pour les médecins de secteur 2

Tableau 4 - Montant de l'avantage supplémentaire paternité (conventionnel) à compter du 1^{er} avril 2022

	Conventionné à honoraires opposables ou de secteur 2 avec option OPTAM		Conventionné honoraires différents (dit secteur 2)	
	Temps plein	Temps partiel 50 % ou 75 %	Temps plein	Temps partiel 50 % ou 75 %
Aide financière maternité / adoption (mère ou père)	3 100 € / mois	1 550 € ou 2 325 € / mois	2 066 € / mois	entre 1 033 € et 1 550 € / mois
Aide financière paternité	2 232 € / 25 jours	1 116 € ou 1 674 € / 25 jours	1 488 € / 25 jours	1 116 € / 25 jours

Tableau 5 - Tableau récapitulatif de l'avantage supplémentaire maternité / paternité

Maternité et caisse de retraite

Régime de base

Pour les femmes médecins : 100 points supplémentaires sont accordés au titre du trimestre civil au cours duquel survient l'accouchement après envoi d'un extrait d'acte de naissance ou de la photocopie du livret de famille sans que cette attribution puisse avoir pour effet de porter le nombre de points acquis dans le présent régime pour l'année considérée au-delà de 550 points.

Régime complémentaire vieillesse

Pour les femmes médecins qui cessent leur activité pour congé maternité pendant au moins 90 jours, elles peuvent bénéficier d'une exonération d'un semestre de cotisations avec attribution de 2 points.

Toutefois, elles ne peuvent pas en bénéficier si une exonération de cotisations a déjà été accordée au titre d'un état pathologique résultant de la grossesse.

Assurance privée facultative de prévoyance

La grossesse n'est pas une maladie et, à ce titre, elle ne constitue pas un motif d'indemnisation... Pendant la période du congé légal de maternité indemnisé par la sécurité sociale, aucun arrêt maladie n'a vocation à être indemnisé, ni par le régime général, ni par un contrat d'assurance. Seule la grossesse pathologique peut être indemnisée en dehors de la période du congé légal de maternité si l'état de santé devient incompatible avec l'activité professionnelle.

Attention ! Les arrêts liés à la grossesse pathologique font souvent l'objet de restrictions ou de franchises spécifiques. On retrouve même parfois des listes de complications envisagées et indemnisées : la môle hydatiforme, le choriocarcinome, la placenta praevia, le cerclage, la menace d'accouchement prématurée, la toxémie gravidique, la souffrance fœtale ou encore toute pathologie sévère présentant un danger vital important pour la mère ou l'enfant.

Si vous êtes libérale, étudiez bien votre contrat de prévoyance car il existe souvent des clauses d'exclusion y compris pour la grossesse pathologique. Parlez-en alors avec votre conseiller pour trouver le contrat adapté pour couvrir vos frais professionnels et bénéficier de ressources personnelles supplémentaires.

Conclusion

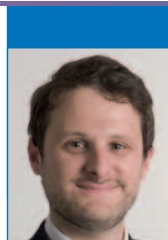
En 40 ans, les aides financières et les congés ont bien évolué mais cela peut rester insuffisant. Si vous avez un projet de grossesse rapidement après la sortie de l'hôpital, le statut de médecin collaborateur salarié(e) est une bonne option car il est plus protecteur mais il est indispensable d'en parler avec le confrère employeur.

Pour éviter les difficultés il faut anticiper et programmer un peu la grossesse mais pour le bonheur et la vie, il n'y a pas de prix !

Didier LEGAIS

En 2018, la société Ikea annonçait le passage à 5 semaines du congé paternité. En 2021, la société Dataiku, spécialisée en analyse de données, proposait 60 jours rémunérés à 100 % à prendre dans les six mois suivant l'accouchement pour le second parent. Assemblée Nationale, 1^{er} juillet 2021, la loi passant le congé paternité de 14 à 28 jours est votée pour un coût annuel total de 520 millions d'euros permettant de réduire les inégalités hommes/femmes mais reste loin derrière la Finlande ou l'Espagne offrant 9 à 12 semaines aux heureux papas.

Service de chirurgie d'un CHU français en 2022, un chef de clinique obtient victorieusement une semaine de congé paternité après négociation auprès de son chef de service et la débrouille confraternelle de ses collègues enchaînant 4 gardes d'affilée dans la semaine et en confiant la gestion des consultations à



Julien
DEFONTAINES

Congé paternité en urologie libérale : « Man vs Wild »

ses internes... Et ce malgré la fameuse loi de juillet 2021 autorisant/imposant à tout employé du service public ou privé les 28 jours de congé paternité.

Chirurgien libéral en 2022 : un grand flou

Un grand flou comme souvent lié au manque d'informations des tutelles (ou de formation universitaire à l'activité libérale ?) mais avouons-le aussi de notre côté à une course à l'activité voire au chiffre tendance patriarcale. Ainsi, parmi nos collègues libéraux masculins bientôt grand-pères, combien ont posé une voire deux semaines de congés pour la naissance de leurs enfants ? Malgré des changements générationnels et une évolution progressive (ah le fameux temps long de Fernand Braudel historien du changement), on ne modifie pas des millénaires de schémas « cromagnognesques » où l'homme part chasser le gibier pour nourrir sa tribu.

L'argumentaire déjà prêt sur les charges fixes à payer, sur le crédit à rembourser ou sur le recrutement pour renforcer l'activité de cancérologie est déjà tout trouvé et pourra permettre au papa *work addict*

d'éviter quelques séances de changement de couches ou soins du cordon ombilical.

Je sais de quoi je vous parle étant en plein dedans !

Et pourtant, au risque d'en décevoir quelques-uns (ou de ravir leurs compagnes abandonnées) la même loi de juillet 2021 s'applique également aux médecins libéraux installés ou collaborateurs (mais pas aux remplaçants). Cela signifie que tout médecin libéral en secteur conventionné bénéficie d'un congé paternité payé par l'assurance maladie.

La rémunération des congés parentaux (maternel et paternel) repose sur une allocation forfaitaire appelée Avantage Supplémentaire Maternité (ASM). Cette allocation est versée aux médecins libéraux conventionnés installés ou collaborateurs avec des droits ouverts au régime général (obtenus après 10 mois d'affiliation). Cette somme est au 1^{er} janvier 2022 forfaitaire de 56,35 € par jour. Elle est versée a posteriori après envoi d'un dossier à votre CPAM comprenant entre autres l'acte de naissance. Le délai éligible est de 25 jours consécutifs avec une période obligatoire de 7 jours débutant le jour de la naissance. Les jours restant peuvent être pris dans un délai de 6 mois.

En résumé, formalités assez simples et base de remboursement journalière très proche du processus de nos confrères hospitaliers.

On peut critiquer le montant relativement faible par rapport aux charges inhérentes à l'activité libérale (remboursement de patientèle, frais de SCM, frais de personnel, loyer, etc.) mais l'indemnité a le mérite d'exister et permet de lisser ces dépenses. Certains contrats de prévoyance ou de perte d'activité permettent d'abonder afin de compenser le montant complet du salaire et des charges.

Le plus dur, selon moi, reste de choisir.

Choisir la durée de l'arrêt, choisir les dates, choisir comment adapter son activité avant et juste après la naissance...

Très difficile d'annuler du jour au lendemain des consultations pleines ou une activité de bloc opératoire (autant pour les patients que pour la structure). Alors il faut faire des paris !

Un exemple personnel : lors de la naissance de mon premier enfant, j'avais pris 2 semaines débutant autour du terme prévu. Après 3 allers-retours à la maternité, un passage en salle de naissance de 24 h puis une césarienne, nous sommes revenus à la maison et j'ai repris le travail le lendemain.

Pour la naissance de mon deuxième enfant, j'ai mieux anticipé en allégeant le programme opératoire et les interventions carcinologiques lourdes avant et en augmentant, à la place, le nombre de consultations permettant de remplir le programme opératoire pour les semaines à venir.

Au final tout ceci reste une simple question de choix.

Où placer le curseur pro/perso ? Quel investissement dans ma vie de couple/familiale ? Combien de jours ? Quand ?

Pour paraphraser un dicton familial : « dans libéral, il y a libre » et c'est donc une simple question de décision. En tant que libéral on ne peut pas, selon moi, reprocher aux autres (au système, à la CPAM, aux charges, aux impôts, etc.) ce que l'on n'est pas en mesure de s'appliquer à soi-même.

Un équilibre vie professionnelle/vie personnelle me paraît être un garant d'une activité épanouie et prolongée afin de ne pas se cramer trop tôt. Attendons la crise de la cinquantaine pour cela !

Mais, et j'en finirai là, cette organisation n'est possible que dans une activité libérale en équipe. Sans collègues conciliants et portés vers un but commun de progression et d'interaction d'équipe, les choses deviennent plus compliquées. La mutualisation des dépenses via une société de moyen (SCM) est un minimum ; la mutualisation des revenus via une société d'exercice libéral (SELARL) pluri-praticiens avec clés de répartition et congés parentaux payés un maximum.

On revient toujours à notre question de choix et de curseur.

Julien DEFONTAINES

JAMS

JOURNÉES D'ANDROLOGIE & MÉDECINE SEXUELLE

2-3 SEPTEMBRE 2022
MAISON DE L'UROLOGIE

Retenez les dates !

Programme et bulletin d'inscription disponibles sur Urofrance





Jérôme
GAS



Denis
PRUNET

Des officiers de santé aux opérateurs de santé privés, revue de l'urologie libérale en France en 2022

Les campagnes électorales de 2022 viennent de s'achever et, malgré une épidémie qui a bloqué le pays pendant 2 ans, les problématiques de santé n'étaient pas vraiment la priorité de nos candidats... Pourtant les enjeux sont multiples et les menaces permanentes sur notre système de santé, public comme privé.

La médecine libérale a dû affronter de multiples défis depuis la Révolution Française et l'apparition de la médecine privée au nom de « la liberté ». Le secteur privé a toujours eu une place prépondérante dans l'hexagone si bien que la France est le pays qui compte la plus grande proportion de lit d'hospitalisation privée au monde (174 840 vs 313 544 pour le secteur public en 2008).

La médecine libérale n'a cessé d'évoluer au cours du temps. Tout commence sous le consulat avec la loi du 19 ventose de l'an XI (10 mars 1803) obligeant les docteurs et officiers de santé à enregistrer leur titre et instituant la notion d'exercice illégal de la médecine. La loi Chevandier de 1892 rassemblera les docteurs et les officiers de santé sous un même diplôme, mettant ainsi fin à un siècle de lutte entre les deux corps de médecine. « *Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est pas muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par un gouvernement français à la suite d'examens subis dans un établissement supérieur d'état* » Loi Chevandier, 1892.

Elle a également dû défendre son caractère libéral à plusieurs reprises comme lors de l'instauration des médecins cantonaux, rejetée par les états généraux de 1845, craignant la mise en place d'une médecine d'état.

Lors de la création des assurances sociales dans les années 1920, les libéraux ont dû à nouveau se défendre pour ne

pas être assujettis aux tutelles. Le docteur Paul Cibrié (1881-1965) prendra la tête du combat et définira en 1927 la charte de la médecine libérale :

- Liberté de choix du médecin par le malade ;
- Liberté de prescription ;
- Respect du secret professionnel ;
- Contrôle des patients par les caisses ;
- Contrôle des médecins par leur syndicat (futur ordre des médecins) ;
- Liberté des tarifs en paiement direct et par entente directe entre le patient et le médecin.

L'ordonnance de 1945 supprimera la liberté de fixer les honoraires, mais suite à d'importantes réticences, il faudra une quinzaine d'années avant que cela ne soit réellement le cas. Devant l'échec des négociations, le ministre du travail de l'époque Bacon mettra en place, en 1960, le système des conventions que nous connaissons aujourd'hui ; il faudra encore attendre 1974 pour que 94 % des

praticiens adhèrent à la convention, le prix de la consultation à l'époque est fixé à 13 francs.

La loi Touraine de 2012 continuera de restreindre l'espace de liberté des médecins avec la mise en place des réseaux de soins par les mutuelles, proposant ainsi des prises en charge différentes si le médecin fait partie ou non du réseau de soins en contradiction totale avec la charte de la médecine libérale.

Les groupes de santé privés constituent désormais (en plus de l'Etat) un partenaire (voire un adversaire) avec lesquelles les médecins libéraux doivent composer. Depuis plusieurs années, les médecins propriétaires et gestionnaires de leurs établissements ont progressivement laissé place à ces groupes de santé dont les deux principaux : Ramsay et Elsan, possèdent 244 établissements de santé en France, soit 37 % des parts du marché privé, et regroupent plus de 12 000 médecins libéraux.

Ces groupes doivent répondre à des objectifs de rentabilité, influençant considérablement l'outil de travail des médecins, qu'il soit matériel ou humain.

Nous avons, avec le soutien du Conseil national professionnel d'urologie (CNPU), mené une enquête en janvier 2022 pour évaluer les conditions et le mode de travail des urologues au sein des différentes structures.

Parmi les membres de l'AFU, 193 ont répondu aux questionnaires, 76 % en exercice libéral et 24 % en exercice hospitalier avec un secteur libéral.

L'exercice en secteur 2 avec OPTAMCO est majoritaire (48 %) vs secteur 2 simple (44 %) et secteur 1 (8 %), la plupart des urologues sont installés en groupe (79 %) avec un nombre moyen de $4,4 \pm 1,8$ urologues par équipe et un âge moyen entre 40 et 50 ans.

Quelques chiffres

- Redevance moyenne incluant les aides opératoires : $10,2 \pm 4,4$ %.
- Redevance moyenne sans les aides opératoires : $5,9 \pm 2,8$ %.
- 59 % des établissements où exercent les urologues appartiennent à des groupes de santé privés.
- Coût moyen d'une procédure robot-assistée : 414 ± 129 euros.
- 94 % des urologues assurent une permanence de soins.
- 62 % des urologues libéraux se sentent prêt à accueillir des internes.
- 7,6/10 de satisfaction globale de la vie en libérale.

D'un point de vue juridique, la majorité des urologues sont liés entre eux par un contrat : en société civile de moyen (SCM) (29 %), en société de fait (SDF) (22 %), en société d'exercice libéral de groupe (SEL) (22 %) et en société civile professionnelle (SCP) (3 %). La plupart ne partage pas leurs honoraires (54 %) avec un temps de travail supérieur à 45 heures par semaine pour 74 % des participants et plus de 50 heures par semaine pour 46 %.

Sans surprise, 94 % des urologues assurent une permanence de soins le week-end et la nuit et 55 % assurent également la permanence de soins des établissements de santé (PDSSES). Cette PDSSES est rémunérée pour seulement 54 % des urologues.

En majorité, les équipes sont installées dans des établissements de santé appartenant à des opérateurs privés : Elsan 25 %, Ramsay 23 %, Vivalto 11 % et 24 % à un autre groupe de santé, seuls 8 % des établissements sont détenus par des médecins.

Les urologues sont liés à leur établissement soit par un contrat d'exercice individuel (80 %), soit un contrat d'exercice avec la société d'exercice libéral (10 %), 10 % n'ont pas de contrat avec leur établissement.

La redevance moyenne était de $7,2 \pm 4 \%$ avec, dans certains établissements, une redevance variant en fonction du séjour du patient en hospitalisation traditionnelle ou en ambulatoire.

La redevance varie en fonction des établissements et en fonction de ce qui est compris dedans, comme les aides-opérateurs : 41% des urologues emploient leur propre aide-opérateur alors que pour 35 % des urologues, l'aide opératoire est comprise dans la redevance. Cela a un impact sur la redevance avec une moyenne de $10,2 \pm 4,4 \%$ avec l'aide opératoire incluse *versus* $5,9 \pm 2,8 \%$ lorsqu'elle est employée par les urologues (différence non significative).

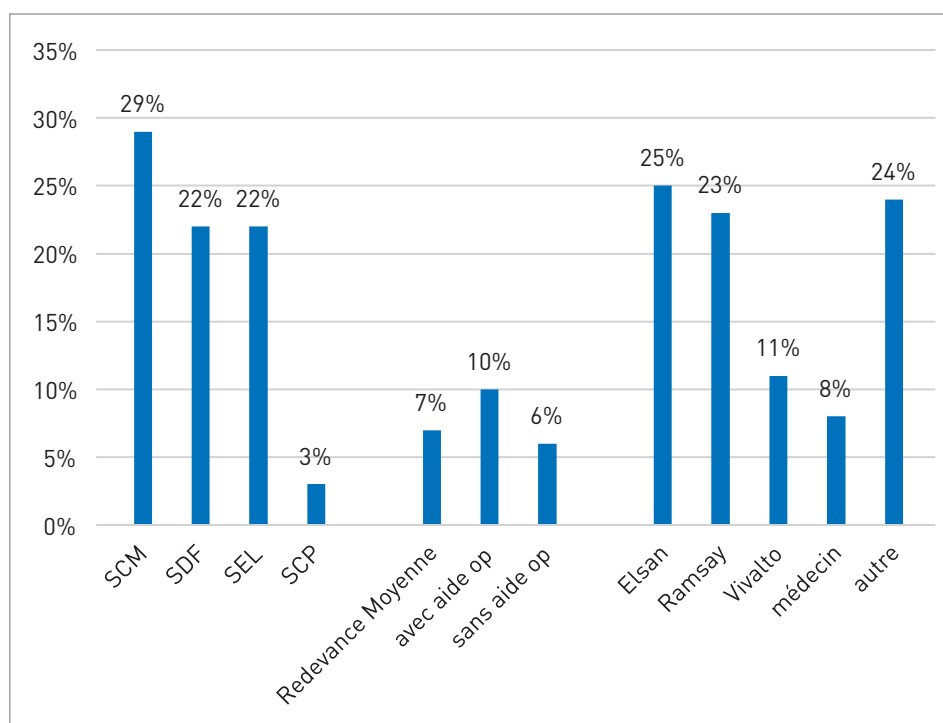
L'assistance robotique peut également jouer sur le niveau de redevance : 48 % des établissements mettent à disposition un robot chirurgical avec dans 20 % des cas une augmentation de la redevance

associée, ou sinon un coût fixe par procédure (56 %) s'élevant en moyenne à 414 ± 129 euros. Pour 25 % des participants, l'assistance robotique ne représentait ni surcoût, ni redevance supplémentaire.

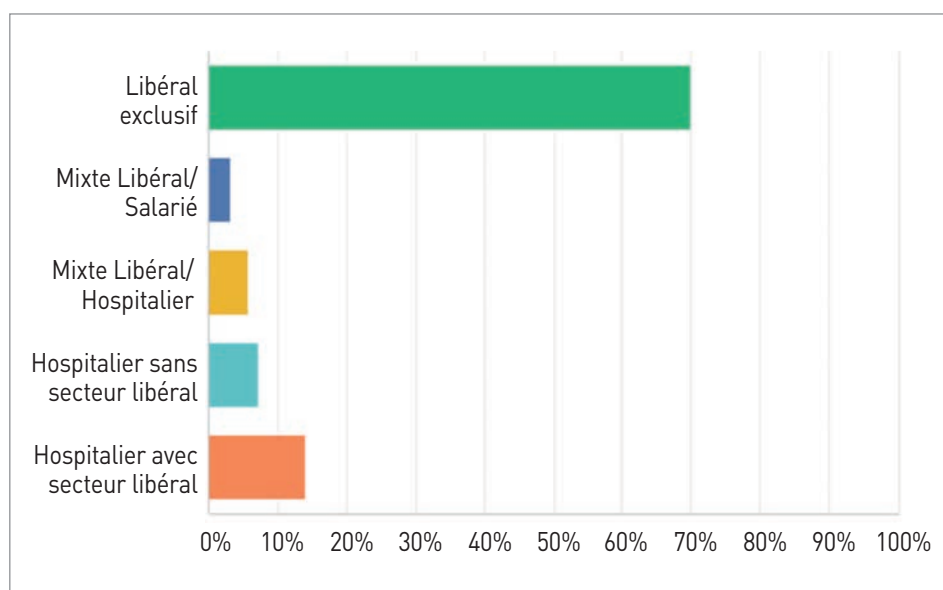
Concernant les compléments d'honoraires, 55 % des urologues les encaissent

eux-mêmes, pour 33 % la clinique encaisse les compléments d'honoraires en prélevant la même redevance que sur les actes, et 12 % en prélevant une redevance différente (entre 1 et 4 %).

Seulement 29 % des urologues possèdent leurs locaux de consultation et 91 % emploient leurs secrétaires, 72 % n'ont



L'urologie libérale en France en 2022



Question 3 : Quel est votre mode d'exercice ?
(Réponses obtenues : 193 ; Question ignorée : 0)

pas recours à des remplaçants (hors projets d'installation). La plupart des urologues libéraux souhaiterait pouvoir accueillir des internes dans leurs établissements (62%) mais seulement 7 % sont aujourd'hui terrain de stage.

Depuis quelques années, la HAS propose l'accréditation en équipe et ainsi de prendre en charge une partie de la Responsabilité Civile et Professionnelle, 32 % des urologues sont déjà accrédités en équipe.

Parmi les participants à cette étude, 24 % (n=46) exercent en milieu hospitalier avec une part d'activité libérale, 76 % de praticiens hospitaliers et 24% de professeurs des universités. Parmi eux, 61 % exercent en centre hospitalier et 39 % en centre hospitalier universitaire. L'activité privée concernent le bloc comme la consultation dans 90 % des cas, en secteur 2 avec OPTAMCO (42 %) ou sans OPTAMCO (42 %) ou en secteur 1 (16 %). Leur motivation principale pour exercer une activité libérale étant : l'amélioration des revenus, l'amélioration de la retraite et pouvoir sélectionner leur patientèle.

La majorité perçoit directement les honoraires (85 %), 66 % pratiquent le tiers-payant pour la consultation et 75 % le font également pour les interventions.

Contrairement aux établissements privés, la redevance due à l'établissement pour l'activité libérale est fixée par la loi et s'élève à 15 % sur la consultation en CHU et 16 % en CH. Lorsqu'il y a un codage avec un ou deux actes CCAM, il est appliqué un taux variable défini pour chacun d'eux : 62 % des participants jugent cette redevance trop élevée.

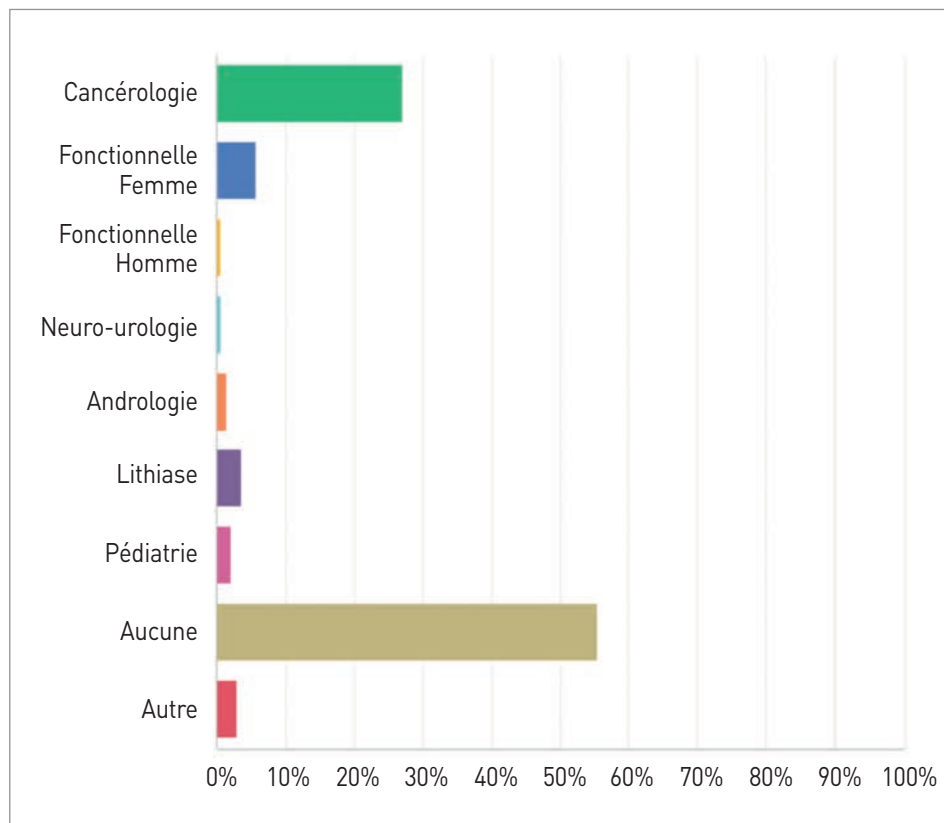
Bonne nouvelle à noter dans cette enquête : la majorité des urologues sont heureux de leur installation en libéral avec une moyenne de satisfaction de $7,6 \pm 1,4$ sur 10.

Il est difficile d'établir un tableau exhaustif des différentes installations en libéral tant les conditions de travail ainsi que les règles établies entre les urologues et les différents groupes varient d'un établissement à l'autre. Il n'existe pas de mode d'installation meilleur que d'autre,

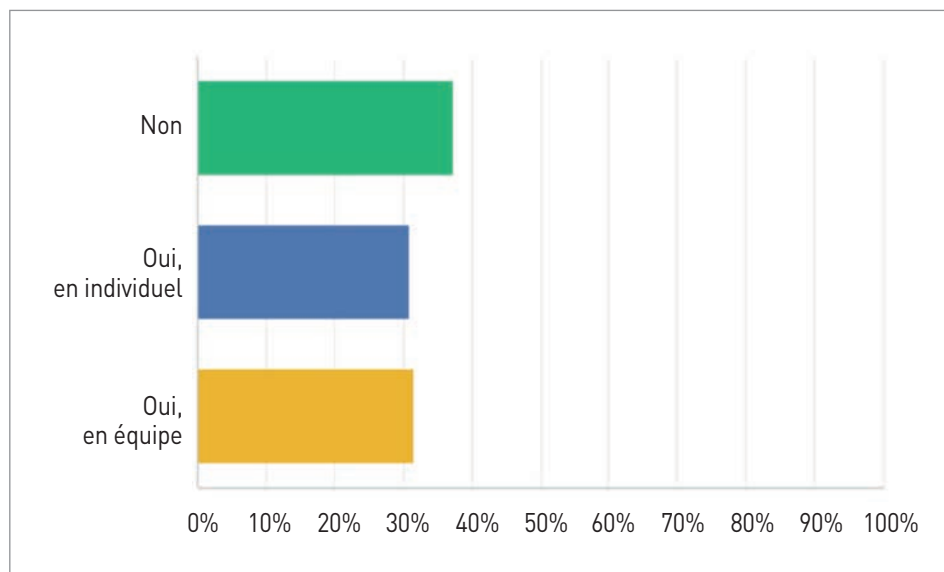
L'important est de pouvoir échanger entre nous afin d'optimiser voire harmoniser nos conditions de travail et pouvoir faire bloc pour continuer à défendre la

médecine libérale et particulièrement notre spécialité dans l'hexagone.

Jérôme GAS, Denis PRUNET



Question 29 : Avez-vous une sur-spécialisation ?
(Réponses obtenues : 137 ; Question ignorée : 56)



Question 33 : Êtes-vous engagé(e) dans l'accréditation ?
(Réponses obtenues : 139 ; Question ignorée : 54)



Syndicat National
des Chirurgiens
Urologues Français

Dix bonnes raisons de faire partie du conseil d'administration du SNCUF

Le rôle du syndicat est primordial dans la vie de notre famille urologique. **En novembre prochain, se tiendra l'élection du CA du SNCUF en même temps que celui de l'AFU.** Il est fondamental de renouveler notre CA actuel car certains, après plus de 10 ans de présence, ne se représenteront pas.

Nous recherchons donc des volontaires pour s'investir au service de la communauté urologique.

Le conseil d'administration est composé de :

- 3 PU-PH ;
- 3 PH ;
- 6 libéraux.

Nous vous remercions du renouvellement de votre cotisation qui donne une légitimité au syndicat et nous vous invitons à venir nombreux vous présenter aux élections pour renouveler le conseil d'administration.

Nous restons à votre écoute.

Le Conseil d'Administration

Didier LEGEAIS

Président, membre du CNPU, élu CA AFU

Paul MÉRIA

Secrétaire Général

Pierre MONGIAT-ARTUS

*Secrétaire Général Adjoint,
membre CA AFU, membre du CNPU*

Frédéric VAVDIN

*Vice-Président,
membre CNPU et CA Urorisq*

Stéphane BART

Trésorier, CA Urorisq

Cyrille BASTIDE, *membre du CNPU*

Nathalie BERROGAIN, *membre du CNPU*

Aurélien DESCAZEAUD

Marc GÉRAUD, *membre du CNPU*

Pascal MÉTOIS

Gilles PASTICIER

Sébastien VINCEDEAU

- 1** Être au syndicat, c'est assurer la continuité des actions entamées il y a plus de 100 ans par nos illustres prédécesseurs, participer à son évolution, en assurer la promotion et en favoriser l'efficacité.
- 2** L'AFU c'est l'urologie, le SNCUF c'est l'urologue, l'un ne va pas sans l'autre et le développement de l'un va avec celui de l'autre. Le syndicat comme l'AFU veille à la bonne entente entre les différents secteurs d'activités et à notre bonne entente avec les autres spécialités.
- 3** S'occuper des autres, c'est également s'occuper de soi ! Rien n'est plus valorisant qu'une victoire remportée pour la communauté, si petite soit-elle.
- 4** Savoir œuvrer avec patience grâce à un lobbying constant et attentif pour obtenir de petites avancées ou des réductions de peines ! Cela favorise la ténacité, la réactivité et l'humilité.
- 5** HAS, CNAM, CNPU, URPS, HAD, HDJ, VAE, CNOM, PLFSS, etc., etc. Comprendre les acronymes et traduire le HASien pour représenter les urologues dans toutes les instances privées et publiques. Cela permet de comprendre comment fonctionne notre système de soin et ce n'est qu'avec cette connaissance que l'on peut avoir une influence dans les (souvent laborieuses) prises de décision de nos tutelles.
- 6** Participer au CNPU, c'est influencer la formation des urologues, participer au système de contrôle de leur formation continue (UroDPC, accréditation), n'oublions pas que 60 % de la chirurgie est faite dans le privé et que même installé dans les coins reculés vous avez votre mot à dire.
- 7** Les réunions sont de plus en plus réalisées en distanciel, être proche de Paris n'est donc pas obligatoire. L'éloignement n'est plus rédhibitoire !
- 8** Connaître les problèmes de tous les secteurs d'activités (public, privé, PUPH, PU, CHU, CHG, ESPIC, privé groupe, privé patrimonial).
- 9** Connaître d'autres urologues : ceux du CA et ceux qui demanderont conseil voire assistance. Se faire connaître par le SNCUF est une voie pour être élu à l'AFU.
- 10** Enfin, notre réunion annuelle au restaurant « Chez Georges » pour découvrir les œufs meurette et passer un moment inoubliable avec l'inoxydable François Richard !



Dossier préparé par
Gaëlle FIARD

Le robot : un critère d'installation ?

Quand j'ai pris la décision de rejoindre la Clinique de l'Anjou, le fait que la clinique soit équipée du robot chirurgical n'a pas été un critère discriminant.

En effet, j'étais auparavant praticien hospitalier au CHU d'Angers, non encore équipé du robot chirurgical. Ayant fini mon internat en 2011, j'y ai poursuivi mon cursus jusqu'en octobre dernier où j'ai décidé de quitter le service public pour la clinique de l'Anjou, qui elle était équipée depuis de nombreuses années du robot Da Vinci.

L'espoir que cette technique puisse être un plus pour certaines interventions, notamment pour la neuro-urologie que je souhaitais développer au sein de la clinique, aurait pu peut-être faire pencher la balance, mais concernant la chirurgie fonctionnelle qui est le cœur de mon activité, je maîtrisais bien la coelioscopie après plus de 10 ans de pratique à l'hôpital.

De plus, je savais qu'il fallait que je prenne le temps de me former ce qui n'est pas forcément évident en début d'installation, mais également que je

puisse compter sur l'aide de mes collègues associés, eux rodés pour certains depuis une dizaine d'années.

Avec le recul de six mois d'installation, ayant déjà une solide expérience de la coelioscopie, la présence du robot n'est pas pour moi un critère discriminant car le temps de formation est non négligeable ; mais pour un chirurgien formé au robot, se remettre à la coelioscopie serait probablement un exercice encore plus difficile, et cela dépend également du type d'activité et d'hyperspécialisation.

L'équipe Da Vinci est très présente pour nous aider dans la formation mais la frustration vient de se mettre à une technique après 10 ans de pratique et accepter de revenir en arrière... mon expérience personnelle dont je pourrai vous donner l'évolution !

Elena BRASSART
Clinique de l'Anjou, Angers



Elena BRASSART

à une chirurgie robot-assistée est devenue un standard dans une majorité de centres hospitaliers universitaires, à tel point que de nombreux internes, docteurs juniors et assistants n'ont parfois jamais eu l'occasion de voir, aider ou, a fortiori, apprendre à réaliser certaines interventions (prostatectomie totale, néphrectomie partielle, pyéloplastie, cystectomie, etc.) par voie coelioscopique classique ou ouverte.

Cette formation chirurgicale, laissant une place prépondérante à la voie d'abord robotique, n'est pas sans conséquence au moment du choix d'une installation à l'issue du post-internat. Ils sont jeunes urologues, installés très récemment ou depuis plus longtemps, et ont accepté de répondre à cette question, en préambule d'une enquête à venir qui sera menée auprès des membres de l'AFUF et des membres AFU, notamment ceux qui se sont installés au cours des 10 dernières années.

Alors, le robot, critère de choix ou non ?

Si non, quelles difficultés ? Quels regrets éventuels ? Comment gérer l'arrivée d'un robot et se former secondairement à la chirurgie robotique ?

Gaëlle FIARD

Une installation en libérale est une grande décision. Des choix s'imposent : le premier est un choix « humain » avec l'intégration d'une équipe d'associés, le second est le choix de « l'environnement » avec son plateau technique et ses équipements.

Installée depuis 6 mois dans une clinique Grenobloise, la présence du robot a été un argument décisif à mon arrivée. En effet, la clinique des Cèdres s'est dotée du robot Da Vinci X une année avant mon arrivée ce qui m'a clairement

confortée dans le choix de mon installation.

En tant que jeune chirurgien, le robot était important pour moi pour plusieurs raisons. D'abord offrir au patient une qualité de soin et un plateau technique comparable aux autres établissements de la région, que cela soit le CHU ou les cliniques environnantes. Ensuite, je souhaitais conserver mes acquis et réflexes de chirurgie robotique, les développer et les améliorer. Enfin, l'acquisition d'un robot par une clinique, conforte aussi l'idée que la direction

écoute ses praticiens et leurs besoins et soutient l'acquisition de nouveau matériel. Cela peut laisser présager que la clinique pourrait favoriser l'acquisition de matériel futur « coûteux » selon les évolutions techniques et recommandations.

Delphine PONCET
Clinique des Cèdres, Echirrolles



Delphine PONCET



**Stanislas
GRISARD**

Oui, pour moi le robot était un critère essentiel d'installation. Ayant débuté mon internat en 2014 dans un CHU équipé du robot chirurgical Da Vinci, la formation que j'ai reçue en chirurgie onco-urologique a été immédiatement imprégnée en grande partie par les techniques robot-assistées. Une très large majorité des interventions de prostatectomie totale, tumorectomie rénale et cystectomie au cours desquelles j'ai été formé a été réalisée à l'aide du robot et c'est donc naturellement que cette technique est devenue celle avec laquelle je suis le plus familiarisé. Je dois reconnaître que j'ai eu la chance d'être interne dans un CHU particulièrement attaché et investi à la formation pratique de la chirurgie robotisée.

C'est ensuite, au cours de mon assistantat dans un CH régional, que j'ai pu poursuivre ma formation en chirurgie robotisée. L'utilisation du robot étant très bien organisée, j'ai pu approfondir l'acquisition des techniques chirurgicales auprès de chirurgiens expérimentés grâce à la double console sur de nombreuses interventions, y compris en chirurgie fonctionnelle et anatomique.

Étant donc formé essentiellement aux techniques robotisées, et étant convaincu de l'atout que le robot représente pour les patients comme pour le chirurgien, il était donc pour moi presque indispensable de poursuivre ma pratique dans un centre équipé d'un robot chirurgical. J'ai également choisi un centre au sein duquel la pratique de ces interventions robot-assistées se réalise à deux urologues. Cela me permet de poursuivre mon acquisition d'expérience auprès de mes associés et de débiter un exercice libéral avec un stress amoindri sans prise de risque pour mes patients.

Stanislas GRISARD

Centre d'urologie Nord Isère, Bourgoin-Jallieu



**Emilie
LECORNET**

Je me suis installée il y a 8 ans et demi dans une clinique ESPIC sans robot, à une époque où très peu d'établissements avaient le robot dans la région, sur des secteurs peu ou pas concurrentiels.

Pas formée à la robotique à mon grand regret en fin de clinicat, et ma motivation principale tenant à la qualité de l'équipe rejointe, on peut dire que le robot n'a donc pas été un critère dans le choix de mon installation. Ceci étant, si j'avais eu une opportunité équivalente en termes financiers et de qualité relationnelle avec l'équipe, j'aurais clairement choisi l'installation avec robotique, pour des raisons de qualité chirurgicale et de recrutement de patientèle, ainsi que d'orientation en chirurgie cancérologique.

L'adaptation a été assez facile car j'ai pu avoir une bonne base de cœlioscopie, et donc être peu gênée pour la plupart des interventions, mais il restait une frustration, grandissante au fil des ans, lors de néphrectomies partielles ou prostatectomies voie ouverte chez des patients au morphotype hostile...

Nous nous sommes équipés en robotique en mai 2019 (soit 6 ans après mon installation), et aujourd'hui je ne reviendrais pour rien au monde en arrière et en cas de nouvelle installation la présence d'un robot serait un critère essentiel, à la fois pour les patients et pour moi-même.

Lorsque l'on pose la question aux internes et chefs de clinique, la réponse est unanime : oui !

Aujourd'hui, recruter un jeune urologue sans robotique relève du challenge. En effet, nos urologues en formation le sont dans des centres équipés de robotique, et sont peu voire pas formés à la cœlioscopie classique. Depuis quelques années, nos internes ne savent plus ce qu'est une prostatectomie par voie ouverte, et ne sont pas à l'aise avec la voie de lombotomie qu'ils voient 1 fois par an.... Le choix d'un centre sans robotique semble incompatible avec une activité de chirurgie cancérologique. Quant à la chirurgie fonctionnelle, des situations particulières relèvent d'une cœlioscopie difficile pouvant justifier de la robotique également.

Emilie LECORNET

Polyclinique de Hénin-Beaumont



Charles
MAZEAUD

Le codage des interventions robot, enfin une bonne nouvelle ?

Focus sur la place de la robotique en France dans les interventions urologiques majeures. Une évaluation enfin possible grâce à un codage spécifique.

Les chirurgiens urologues ont toujours été à l'avant-garde des nouvelles technologies. En 2001, la première prostatectomie cœlio-robot-assistée fut réalisée en France. Aujourd'hui, plus de 35 000 interventions sont réalisées au robot chaque année dont 60 % en urologie. En 2018, on comptabilisait plus de 9,5 millions de procédures réalisées à travers le monde dont plus de 1,2 million pour cette seule année.

Dès le début, l'AFU et son comité de robotique ont très tôt posé la question d'une reconnaissance institutionnelle de cet outil pour rendre possible son évaluation et son développement. Le robot est cher à acquérir, nécessite une transformation des infrastructures, des procédures et une formation du personnel. Tout cela est supporté par les hôpitaux qui en font l'acquisition avec un surcoût manifeste. L'absence de registre (en dehors des données constructeur) rendait impossible jusqu'ici une évaluation.

En 2019, la CNAM s'intéresse enfin à cette problématique et cherche à répondre à la question de la place du robot dans l'organisation des soins chirurgicaux. L'objectif est de produire des études médico-économiques, étape indispensable avant une éventuelle prise en compte du surcoût.

Ainsi, depuis juillet 2019, une extension de code spécifique CCAM existe pour identifier les actes laparoscopiques réalisés avec assistance robotique « XXX-40 » ou sans « XXX-30 » 18 actes concernent la chirurgie urologique. Les codes « pères », c'est-à-dire sans extension, ne peuvent plus être renseignés seuls depuis le 1^{er} mars 2020.

En interrogeant le PMSI national sur l'ensemble des hôpitaux publics et privés de 2016 à 2020, on remarque que le nombre d'actes réalisés en « laparoscopie » n'a cessé d'augmenter chaque année, avec par exemple plus de 15 000 prostatectomies radicales (PR) en 2019.

Pour l'année 2020, grâce à cette nouvelle extension de code, nous pouvons pour la première fois connaître la part de la chirurgie robotique dans les actes déclarés en cœlioscopie : Elle s'élève à 67,5 % pour la PR, à 67,6 % pour la néphrectomie partielle, 54,1% pour les curages pelviens/iliaques et à 27% à 21% pour les cystectomies partielles, urétéro-néphrectomies et néphrectomies totales.

Sous réserve des limites liées à la pandémie de COVID, qui a freiné l'activité chirurgicale, cette proportion est considérable : en France, la prostatectomie et la néphrectomie partielle sont des chirurgies réalisées avec assistance robotique dans 2 cas sur 3.

Les faits sont là, le robot est incontournable en chirurgie urologique aujourd'hui, malgré l'absence de remboursement spécifique par les pouvoirs publics. Pourquoi ? Le rapport coût/efficacité continue à faire débat, même si les chirurgiens sont convaincus de la nette supériorité du robot par rapport à la cœlioscopie standard en termes de qualité de vision, de dextérité technique, d'ergonomie.

En effet, si les avantages comparés à la chirurgie ouverte sont indéniables et bien documentés, les différences médico-économiques par rapport à la laparoscopie standard sont moins marquées et le débat n'est pas clos. L'assurance

maladie reste encore réticente à formuler des recommandations de prise en charge devant l'apport considéré comme parfois modeste de cette technologie au vu des coûts engendrés, mais évalués uniquement lors de l'hospitalisation initiale.

Le SNDS (système national des données de santé) constitue une des plus grosses bases de données au monde, système unique qui concerne 67 millions de français, et d'accès gratuit. Il contient pour chaque sujet toutes les données concernant les remboursements des soins de ville ainsi que les données d'hospitalisation du PMSI.

Son interrogation va permettre de faire le point sur les interventions « XXX-40 » et « XXX-30 », non seulement lors de l'hospitalisation initiale, mais également pendant l'année qui suit, en termes de réhospitalisations, de soins de ville, de frais de transport, d'arrêts de travail, etc.

Cela a-t-il freiné le développement et l'accès à cet outil ? Au contraire, nous avons vu naître ces dernières années de nouvelles indications chirurgicales rendues possible grâce à l'assistance robotique, comme la pose de sphincters urinaires artificiels homme/femme ou la cysto-prostatectomie avec néovessie intracorporelle. L'essor de ces techniques se faisait de manière limitée et sans identification statistique, car les codes spécifiques n'existaient pas. Cependant, l'Etat ne s'opposait pas non plus à son utilisation, l'installation des robots n'étant pas limitée par la carte sanitaire.

En 2000, une seule firme commercialisait le robot chirurgical avec 6 200 machines installées en 2018. En 2020, plus de 55 compagnies étaient lancées dans

la course avec 25 modèles différents et plus de 25 autres en cours de développement (rapports *BCC research*), concurrence qui va aider à une certaine démocratisation.

D'aucuns pourraient craindre cette mise en lumière d'une statistique précise des actes robotiques, Si le bénéfice est faible et les coûts exorbitants, un taux de complications élevé pourrait-il mettre un coup d'arrêt à cette technologie ? Personne n'y croit et l'intégration de la chirurgie robotique au-delà de nos frontières ne va définitivement pas dans ce sens.

En Europe, de nombreux pays comme l'Angleterre, la Belgique, la Suisse, la Norvège, le Danemark ou la Suède ont des codes robot avec des processus de remboursement spécifiques, qui existaient déjà en 2017. Cependant, les conditions sont parfois très restrictives, limitant son utilisation.

En Angleterre, seule quelques indications carcinologiques, comme la prostatectomie, sont remboursées dans les centres réalisant plus de 150 procédures par an, avec un forfait variant en fonction de la région.

En Suisse, la liste des hôpitaux disposant d'un robot est limitative et la laparoscopie standard est imposée pour les gestes ou l'apport de la robotique est jugé insuffisant.

Le Japon fait figure d'exception en étant le seul pays à offrir un remboursement de la chirurgie robot-assistée pour cancer. Il est également à noter qu'en 2019, ce pays comptait plus de 200 robots sur son territoire alors que la France n'en avait que 147 et les Etats Unis en dénombreraient plus de 3 000.

Les Etats Unis et la Corée du sud ont des codes dédiés à la laparoscopie dans la CPT (*Current Procedural Terminology*)

avec des extensions spécifiques à la robotique, mais laissent intégralement la charge du remboursement aux assureurs privés. Les assurances dites « premium » couvrent bien les frais, mais tout le monde ne peut pas se les offrir.

Dans chaque pays, l'attitude face à la reconnaissance et au financement de l'assistance robotique est différente, liée au modèle de financement du système de soin. En France, l'intérêt tardif des pouvoirs publics a permis de ne pas limiter les acquisitions ou les indications, mais laisse encore aujourd'hui la charge aux hôpitaux de payer le surcoût.

Le rôle des urologues sera déterminant pour évaluer l'intérêt médico-économique de cette technologie et développer son utilisation future, dans un cadre mieux défini.

Charles MAZEAUD

Comité de rédaction d'UROjonction

Rédactrice en chef :

Caroline PETTENATI
pettenati.c@gmail.com

Secrétaires de rédaction :

Julien BRANCHEREAU
julienbranchereau@gmail.com

Julien DEFONTAINES
julien.defontaines@gmail.com

Gaëlle FIARD
gaellefi@gmail.com

Priscilla LEON
bertrandpriscilla@yahoo.fr

Arnaud SCHOENIG
arnaud.schoenig@gmail.com

Coordination générale :

Marianne BOUET
mboueti@afu.fr
01 45 48 06 09

Courrier à adresser à :

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

Mise en page :

Accent Aigu
accent-aigu@wanadoo.fr

Retenez les dates !



116^e
CONGRÈS
FRANÇAIS
D'UROLOGIE

16-19 NOVEMBRE 2022
PARIS, FRANCE
PALAIS DES CONGRÈS

Programme et
inscription
disponibles sur


www.cfu-congres.com


Comment être publié dans l'annuaire ?

Afin que tous les utilisateurs du site UroFrance (professionnels de santé et grand public) puissent trouver vos coordonnées sur UroFrance et ainsi profiter du site de l'AFU pour accroître votre visibilité, vous pouvez choisir de figurer dans l'annuaire des membres.

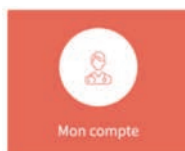
Par défaut, vos coordonnées ne sont pas mises en ligne afin de respecter la réglementation sur la protection des données (RGPD, pour plus d'informations : <https://www.cnil.fr/fr/rgpd-de-quoi-parle-t-on>).

Pour être publié(e) dans l'annuaire, il vous faut :

- Sur la page d'accueil <https://www.urofrance.org/>, cliquer sur  dans la barre de menu tout en haut de l'écran.

- Une fois connecté(e), cliquer sur  toujours dans la barre de menu tout en haut de l'écran.

- Cliquer ensuite sur la case :



- Puis, dans la page « Mes informations » qui vient de s'ouvrir, cliquer sur « OUI » dans le menu

Souhaitez-vous apparaître dans l'annuaire ? *

Oui Non

Vous pouvez ensuite vérifier que vous apparaissez bien dans l'annuaire en cliquant sur [Annuaire des membres](#)


- ➔ L'occasion de se faire connaître, d'augmenter sa visibilité ou de créer un réseau.

Trucs et astuces UroFrance

Où trouver les replays ? Quels replays ?

UroFrance donne accès à une vaste ressource documentaire avec des contenus exclusifs, réservés aux membres de l'AFU. Parmi ceux-là, **les replays des émissions diffusées en direct par l'AFU** via Fréquence Médicale, comme par exemple CanalAFU ou les Post'ASCO, ASCO-GU et ESMO de l'AFU sont accessibles à tout moment et aussi bien sur votre ordinateur que sur votre smartphone.

Pour y accéder, il vous faut :

- Sur la page d'accueil <https://www.urofrance.org/>, cliquer sur  dans la barre de menu tout en haut de l'écran.
- Une fois connecté(e), cliquer sur **L'AFU ACADEMIE** dans la barre de menu principale de l'écran.
- En faisant défiler l'écran vers le bas, vous trouverez tous les contenus disponibles.
- Avant cela, vous trouverez au début de la page d'accueil de l'AFU Académie un moteur de recherche :

FILTRES

Rechercher

Type Année Organe

Pathologie Durée

OK

- En cliquant sur le menu déroulant vous pouvez affiner rapidement votre recherche en fonction du type de replay que vous recherchez.

Type

- Biblio AFU
- Canal AFU
- CCAFU Online
- ECU Online
- Highlights des congrès
- La grande question
- Les Podcasts de l'AFU
- Replay des cours de l'ECU
- Webinaires de l'AFU avec le CFEU

- ➔ De quoi se former en continu sur toutes les actualités. Plusieurs sujets, plusieurs formats, plusieurs durées de vidéo, l'idéal en toute situation (transports, temps calmes, etc.).

Annonces « Pros » : pensez-y...

U Pour consulter et diffuser à l'ensemble des membres de l'AFU les propositions d'association, de remplacement, etc. vous pouvez utiliser les annonces « Pros » d'UroFrance.

Pour simplement consulter les annonces, il vous faut :

- Sur la page d'accueil <https://www.urofrance.org/>, cliquer sur **Annonces pro** dans la barre de menu tout en haut de l'écran. Les annonces sont accessibles à tous les utilisateurs d'UroFrance, membres de l'AFU et de l'AFUF ou non.

Pour publier une annonce professionnelle, il vous faut :

- Cliquer sur **Se connecter** dans la barre de menu tout en haut de l'écran.

- Une fois connecté(e), cliquer sur **Annonces pro** toujours dans la barre de menu tout en haut de l'écran.
- Sur la page des annonces, cliquer sur **Déposer une annonce >** au début de la page.
- Une fois le formulaire rempli, n'oubliez pas de cocher les cases avant de cliquer sur « PUBLIER » :

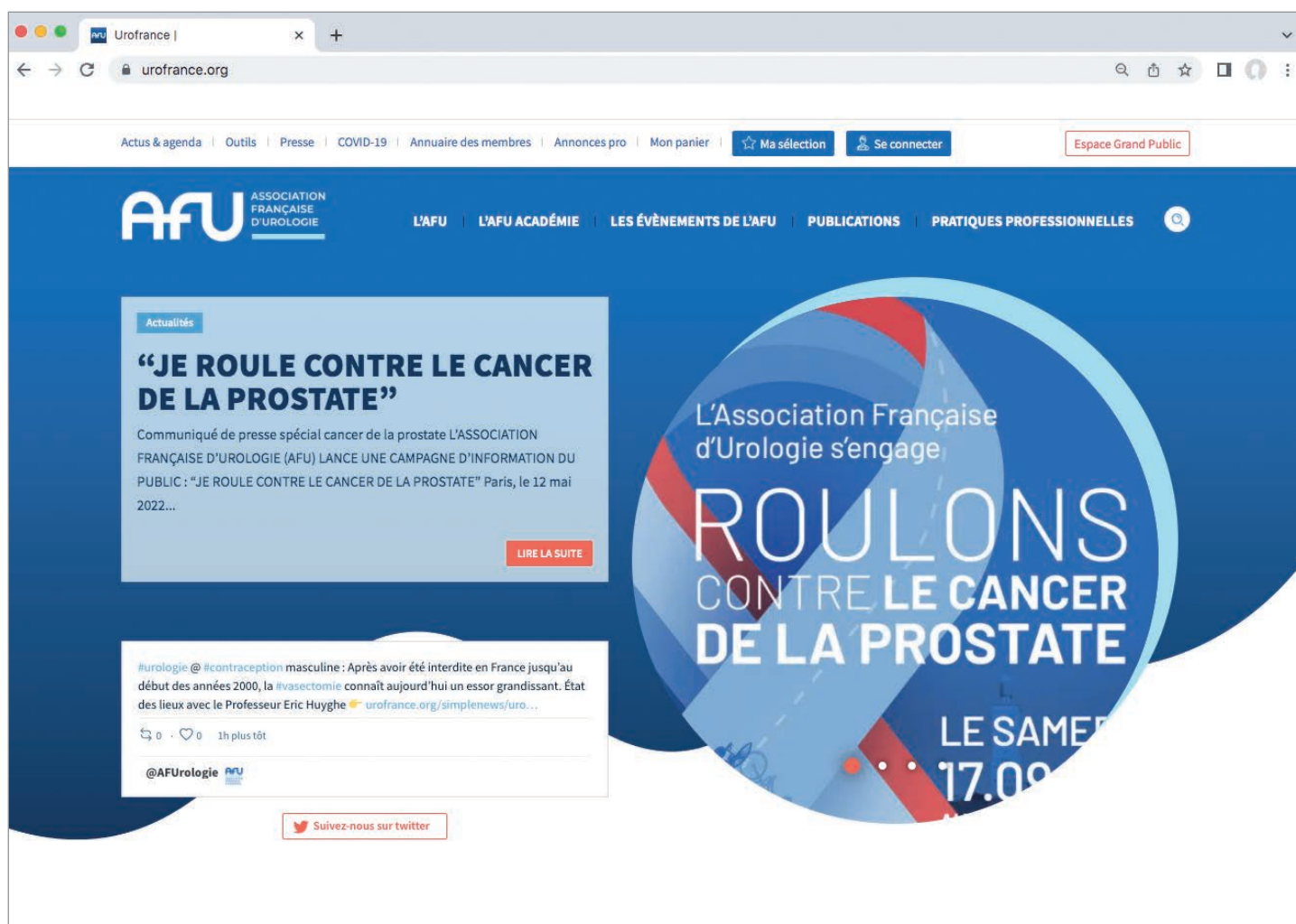
En complétant ce formulaire, vous reconnaissez avoir pris connaissance de notre politique de confidentialité (traitement et utilisation des données) disponible [ici](#)

Je ne suis pas un robot  reCAPTCHA
Confidentialité - Conditions

PUBLIER

- Une solution pratique pour assurer la diffusion de vos annonces : se faire remplacer, monter une équipe, assurer sa succession, etc.

L'équipe UroFrance.org



The screenshot shows the UroFrance website interface. At the top, there is a navigation bar with links for 'Actus & agenda', 'Outils', 'Presse', 'COVID-19', 'Annuaire des membres', 'Annonces pro', 'Mon panier', 'Ma sélection', 'Se connecter', and 'Espace Grand Public'. Below this is the AFU logo and the text 'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE'. The main content area features a news article titled '“JE ROULE CONTRE LE CANCER DE LA PROSTATE”' with a sub-headline 'L'Association Française d'Urologie s'engage'. The article text mentions a press communiqué from May 12, 2022. To the right of the article is a large circular graphic with the text 'ROULONS CONTRE LE CANCER DE LA PROSTATE' and 'LE SAMEDI 17.09'. Below the article is a social media post from @AFUrologie with the text '#urologie @contraception masculine : Après avoir été interdite en France jusqu'au début des années 2000, la #vasectomie connaît aujourd'hui un essor grandissant. État des lieux avec le Professeur Eric Huyghe urofrance.org/simplenews/uro...'. At the bottom of the page, there is a button that says 'Suivez-nous sur twitter'.



Emilien
SEIZILLES de
MAZANCOURT

Éditorial

Les rencontres de l'AFUF 2022 à Dijon du 16 au 18 septembre

La crise sanitaire aura au moins permis à l'AFUF d'évoluer en proposant des formations en ligne qui permettent au plus grand nombre de participer et qui peuvent être visionnées en différé par tous.

Dans ce sens, le site internet de l'AFUF a été restructuré et la médiathèque devrait faire son apparition prochainement. Pour autant, les formations en présentiel ne sont pas devenues désuètes et ont pu reprendre, que ce soit par exemple pour Form'AFUF ou les séances de pratique sur modèle porcine (Epicur et Ecurie).

Nous sommes également en train de préparer les prochaines rencontres de l'AFUF qui auront lieu en septembre 2022 à Dijon (16-18 septembre 2022, inscriptions à venir).

L'AFUF garde ainsi sa volonté de formation des jeunes urologues et surtout de rencontres et partage entre eux. C'est une des raisons pour lesquelles l'AFUF a fait le choix d'accueillir, au sein de son association, les urologues belges dont c'était le souhait qui pourront ainsi bénéficier des offres de formation et des « rencontres » avec les urologues français.

Enfin, nous sommes déjà en train de réfléchir au renouvellement du bureau qui aura lieu en novembre 2022, lors de la journée de l'AFUF au Congrès Français d'Urologie.

Emilien SEIZILLES de MAZANCOURT
Secrétaire Général de l'AFUF



Kevin
KAULANJAN

Renouvellement du conseil d'administration de l'AFUF

Après 2 ans de mandat, le conseil d'administration de l'AFUF se renouvelle cette année. Le mandat 2020-2022 a connu plusieurs challenges majeurs : la loi anti-hospitalité, la crise Covid-19, etc.

Toutefois, l'AFUF a su s'adapter avec de nouveaux formats de formation et des nouveaux partenaires hors laboratoires. C'est ainsi que nous avons pu continuer à proposer du contenu de formation et de recherche :

- L'AFUF c'est de la formation : Podc'AFUF, UroOne, Start'AFUF, Form'AFUF, Epicur, etc. ;
- L'AFUF c'est de la recherche : Tors'AFUF, Transplant'AFUF.

Tout cela n'est possible que par l'engagement bénévole et altruiste de jeunes urologues en formation : **L'AFUF c'est Nous**. Ainsi, pour continuer à écrire notre histoire, nous avons besoin de forces vives :

- 9 représentants de région ;
- 2 représentants au Collège d'Urologie ;
- 2 représentants Europe et monde ;
- 1 Webmaster et Community Manager.

Rejoignez-nous lors de l'assemblée générale de l'AFUF le 16 novembre 2022 au Congrès Français d'Urologie pour construire ensemble notre avenir.

En attendant, si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter : afufuro@gmail.com

L'AFUF, c'est l'urologie de demain.

Kevin KAULANJAN, Trésorier de l'AFUF

AFUF

SAVE THE DATE

16-18 septembre 2022

Les Rencontres de l'AFUF

Dijon

AFUF

SAVE THE DATE

Mercredi 16 novembre 2022

Élection du CA de l'AFUF 2022-2024

CFU 2022, Palais des Congrès de Paris



Anna
GOUJON



Gautier
MARCQ

Le retour de la Team AFUF

Le congrès de l'EAU en présentiel est de retour à Amsterdam et avec lui la Team AFUF

Malgré des lois anti-internes, le bureau de l'AFUF est fier d'annoncer la création cette année d'une nouvelle Team AFUF composée de 12 membres de l'AFUF ayant au moins un abstract sélectionné pour le congrès européen.

Le logement et l'inscription au congrès sont pris en charge afin de favoriser l'accès au congrès aux jeunes urologues.

Les heureux élus sont : Mathilde Chapuis (Antilles), Claire Deleuze (Antilles), Astrid de Hautecloque (Paris), Mehdi El Akri (Rennes), Anis Gasmi (Rennes), Camille Haudebert (Rennes), Abderrahmane Khaddad (Bordeaux), Louis Lenfant (Paris), Arnoult Morrone (Nice), Claire Richard (Rennes), Maxime Vallée (Poitiers).

Leurs présentations seront annoncées sur twitter pour ceux qui souhaiteraient venir les soutenir.

Anna GOUJON, Gautier MARCQ, Représentants Europe de l'AFUF



Cette année, l'AFUF a organisé la 1^{re} session de Form'AFUF : « Comment publier son article scientifique ? ».

Il s'agit évidemment d'une formation essentielle pour tout urologue en formation, puisque publier un article est une étape obligatoire pour valider son DESC ou DES d'urologie. Et pour cela, cette année, l'AFUF a rassemblé d'excellents orateurs et pédagogues, avec une grande expérience et surtout une grande volonté de transmettre. En une journée, de nombreux conseils précieux ont été partagés sur la rédaction d'un article scientifique, la relecture et l'analyse statistique de base. De plus, un atelier pratique a eu lieu l'après-midi pour une mise en application immédiate.

Le format était également innovant avec un format mixte à la fois en présentiel à la maison de l'urologie mais aussi en distanciel, ce qui permettait à chacun (orateurs et participants) d'optimiser son emploi du temps.

Au final, c'était une formation essentielle adressée aux urologues en formation sur la rédaction d'un article scientifique avec de nombreux conseils afin de maximiser les chances de pouvoir publier. Merci à l'AFUF pour cette formation !

Truong An NGUYEN,
Représentant Ouest pour l'AFUF



Truong An
NGUYEN

Retour sur la première session de Form'AFUF

Le 14 avril 2022 dernier, direction la maison de l'urologie à Paris pour une formation en présentiel (ou en distanciel) ouverte à tous, interne comme assistant ou urologue senior, intitulée « Comment publier son article scientifique ? ». Animée par le Dr Benjamin Pradère et le Dr Zine-Eddine Khene, urologues, auteurs de nombreux articles scientifiques mais également aussi reviewers.

Pour rappel, il est nécessaire de publier un article dans une revue spécialisée en urologie pour valider le DESC (ou le DES) d'urologie.

Quels étaient les objectifs de ce rendez-vous ?

Premièrement, étudier les méthodes de relecture des comités dédiés des revues scientifiques (notamment Progrès en Urologie) pour s'adapter et comprendre au mieux leurs attentes.

Deuxièmement, un topo sur les statistiques de base, c'est-à-dire accessibles à tout interne en urologie, avec des logiciels simples d'utilisation,



Emilie
GREMBER



Maxime
ODIN

permettant *in fine* une plus grande autonomie.

Troisièmement, un exercice pratique, dans lequel les Drs Pradère et Khene proposaient de corriger en *live* des articles en cours de rédaction par des participants.

En soit, une véritable cartographie pour se repérer dans le monde obscur que représente l'écriture d'article scientifique, pilier de l'*Evidence Based Medicine*, un horizon désormais bien dégagé.

Un grand merci à l'AFUF et au CFEU pour la formation des plus jeunes !

Emilie GREMBER, 4^e semestre, Dijon
Maxime ODIN, 2^e semestre, Dijon