

UROjonction

n° 131
Mars
2024

Le journal de l'Association Française d'Urologie pour faire la jonction entre urologues

www.urofrance.org

AFU ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE

SOMMAIRE

Éditorial

- *The 2024 EAU congress in Paris: Join us!* 2
Arnulf STENZL

AUDE

- *Journée AUDE, 2^e épisode...* 3
Charlotte METHORST
- *Médiation en équipe* 4
Marie DUMOLARD, Blandine TAMARELLE

En direct du CA

- *Réunion du CA du 12 janvier à la MUR* 5
Gaëlle FIARD

À la recherche de la nouvelle star

- *Bourse du CFU 2023* 6
Samy MEBROUKINE

Éthique et déontologie

- *Proctoring et « Flying surgery »* 7
Didier LEGEAIS
- *Consentement aux soins et à l'examen clinique* 8
Didier LEGEAIS
- *Utilisation d'images et droits d'auteur : que doit-on savoir ?* ... 9
Gaëlle FIARD

Gestion des risques

- *Le bilan 2023 de l'accréditation des urologues* 11
Vanessa AVRILLON, Stéphane BART, Bertrand POGU
- *Nouveau référentiel risque des Organismes Agréés en 2024...* 15
Laetitia MAY-MICHELANGELI
- *SPICMI : surveillance et prévention du risque infectieux*..... 16
Franck BRUYÈRE, Priscilla LEON

Dans les coulisses... des comités de l'AFU

- *Renouvellement au Comité d'infectiologie de l'AFU* 20
Maxime VALLÉE

Séminaires d'urologie continue

- *Retour sur les SUC 2024* 21
Priscilla LEON
- *Témoignages : Nadia ABID, Isabelle SOUILLAC*..... 21
Alain RUFFION, Emir BAYDAROGLU ... 22

Exercice professionnel

- *Préparation psychologique à la retraite* 23
Marc-Olivier BITKER
- *Remplacement : ce qu'il faut savoir* 25
Blandine TAMARELLE
- *Questions-réponses sur le remplacement* 28
Didier LEGEAIS, Blandine TAMARELLE
- *Exercice de la médecine pour un praticien étranger en France* . 30
Julien DEFONTAINES
- *Les procédures ministérielles d'accréditation pour l'exercice en urologie des médecins étrangers* 32
Arnaud MANEL

Rencontres

- *Rencontre avec Diana Kassab, méthodologiste à l'AFU* 35
Diana KASSAB

Histoire de l'Urologie

- *Naissance de Progrès en Urologie* 36
Pierre TEILLAC
- *Ady Steg, un parcours juif, une histoire française* 36
Priscilla LEON
- *Histoire de l'urologie à Clermont-Ferrand* 37
François RICHARD

Fax AFUF

- *Bienvenue à Vid'AFUF / Rencontres de l'AFUF 2024 à Lille* 39
Fayek TAHA, Denis SÉGUIER

EAU 2024

- *Le congrès de l'EAU à Paris : un temps fort pour l'AFU* 40
Benjamin PRADÈRE

Retrouvez-nous... sur Facebook  Urofrance et sur  @AFUrologie

Collège Français des Enseignants d'Urologie

CIFIEU



Syndicat National
des Chirurgiens
Urologues Français

AFUF

URO DIFFUSION

AFIIU ASSOCIATION
FRANÇAISE
DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS
EN UROLOGIE



Arnulf STENZL
Secrétaire Général
de l'EAU

The 2024 EAU congress in Paris: Join us!

For several years now, the European Association of Urology has seen an increasing number of participants joining their annual meeting - the largest urological Congress in Europe. This top urological event worldwide returns to Paris this year, and knowing the popularity of the city, combined with ideal conditions for such an event, it will draw many urologists, scientists and media representatives worldwide to this meeting.

Eight plenary, more than 20 thematic and guideline sessions as well as the traditional Urology beyond Europe international sessions will cover the latest developments relating to Urology combined through discussions provided by top experts from all over the world.

A full day is reserved for life surgery presenting new surgical techniques as well as technology in HD and in some cases 3-D, whereby delegates in the auditorium can ask questions discuss the presented techniques and technologies with the surgeons.

Half of the meeting covers topics related to urologic oncology such as controversies in genitourinary cancer staging, risk adapted screening and consequences as well as personalized approaches in prostate cancer. But there are also plenary sessions dealing with the latest innovative techniques in urinary stone management, carbon footprint and artificial intelligence and new aspects in male LUTS.

There was a record submission of free contributions leading to a well selected 1400 abstract which will be discussed in poster sessions, as well as in expert guided poster tours.

The best free contributions will be discussed by experts in separate sessions.

New formats, such as rapid-fire sessions, complications in surgery and how to deal with it, "outside the box" contributions, semi life discussions, and other formats will make it an event which should offer worthwhile Information for everyone.

Experience from past years has shown that physical presence has its advantages and is preferred by the vast majority of urologists.



Physical attendance at such a meeting allows delegates to experience to attend life late breaker and game changer presentations and discuss it on site with colleagues and presenters. Also, many networks of urologists and scientists from all over the world have been formed in the past, and this will be the case in Paris as well.

And having this event in a city like Paris, will make it an unforgettable event, both from the scientific aspect, as well by experiencing one of the greatest cities in the world.

On behalf of the European Association of Urology, the Scientific Committee compiling the program and the organizing staff I welcome you all for a unique event in Paris in April this year.

Arnulf STENZL, MD, Prof. of Urology
Secretary General EAU



Distribution de fleurs par notre Président ce jour à la MUR après le CA pour la 8^e journée des droits de la femme.

Charlotte
METHORST

Maison de l'Urologie, 2 février 2024, Journée AUDE, 2^e épisode...

Vendredi 8 heures, les participantes et participants arrivent au fur et à mesure. Un premier constat : nous sommes heureuses et heureux de nous retrouver !

Un peu en retrait, je me dis que la journée aurait pu se passer de programme et être consacrée à l'échange spontané, la création de liens, de réseaux...

Mais l'idée de cette association reste la même, permettre de se rencontrer, diversifier les sujets, écouter les demandes et offrir une visibilité féminine à la MUR. Et oui, un bon cocktail nécessite plein d'ingrédients et c'est ce que nous avons voulu faire cette année encore. Alors qu'avons-nous glissé dans ce savant mélange ?

Déjà un contenant : Alexandre de la Taille ouvre la journée en nous rappelant que ce lieu est le nôtre, la maison des urologues de tous poils et de toute obédience.

Ensuite de la science !!!! Celle que l'on voit moins lors des congrès mais qui fait partie de notre quotidien ou qui rebat les cartes de quelques idées reçues :

- Nicolas Morel Journal, toujours aussi sympathique et didactique, vient nous parler d'un sujet méconnu : la **sténose de l'urètre féminin** : mythe ? réalité ? diagnostic et prise en charge. Des tips chirurgicaux, de l'anatomie détaillée, le message passe, cette réalité existe et les traitements sont aujourd'hui de mieux en mieux référencés.
- La **vasectomie**, une affaire d'urologues... Cette contraception a le vent en poupe. L'étude EPI-PHARE, publiée début 2024, montre que le chiffre de vasectomie va croissant en France, avec un taux annuel multiplié par 15 en 12 ans (de 1 940 en 2010 à 30 288 vasectomies en 2022). Et les taux de complication en France sont extrêmement faibles. Surement parce que l'acte est réservé à notre belle spécialité. Acte simple pour un(e) chirurgien(ne) mais émaillé de trucs et astuces pour des suites simples et un geste assuré. Antoine Faix nous a fait le plaisir d'un workshop sur la technique de vasectomie mais aussi sur les chirurgies de perméabilisation.
- L'infertilité grande cause nationale 2024, réarmons la France... quoi que l'on puisse

penser de ce discours pro-nataliste, l'infertilité masculine est effectivement exponentielle de par le monde. Des traitements médicaux peuvent être proposés, lesquels, chez qui, comment, quid de ces gonadotrophines et autres stimulateurs de la spermatogénèse ? A mon tour de vous donner un état des lieux de ces molécules et les modalités reconnues de prescription. Chez AUDE comme à LAFU, on ne lâche rien et la santé reproductrice des hommes doit rester l'apanage de l'urologue.

- Il est d'autres sujets qui sont souvent partagés et méconnus : c'est quoi ce bouton ? De la macule à la pustule, du lichen au morpion, une vue d'ensemble de la pathologie génitale. Oui, notre parcours de chirurgien(ne) ne nous a pas toujours préparé à ces consultations de médecine dite de ville, ces patients(es) qui viennent avec des **lésions dermatologiques**. Un topo riche en iconographies !!!

Mais être un(e) chirurgien(ne) en 2024, c'est aussi savoir que l'on a un corps dont il faut prendre soin. Combien d'entre nous sont sorti(e)s d'une journée de bloc avec les épaules en dedans, le dos en compote, et la nuque raide. Allez, c'est parti, on s'allonge sur le sol et nous voilà partis pour 45 minutes de res-

tauration corporelle. Après la séance, on se sent diablement mieux : la tête haute, le dos bien droit, la posture corrigée.

Prêt(e) pour la prise de parole en public, et oui le charisme ce n'est pas inné ou du moins très peu. C'est de l'acquis, la posture en fait partie mais aussi votre façon d'animer une présentation. **Comment devenir un orateur ou une oratrice hors pair**, Christophe Giovanni vient nous animer un atelier didactique pour que plus jamais le public en face de vous s'endorme, se perde dans des diapositives trop denses ou trop vides.

Promis, on refera cet atelier au CFU.

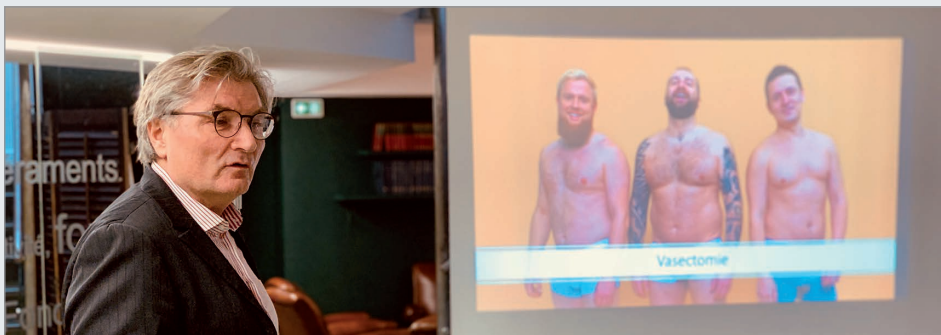
Enfin, une journée sans grignoter d'excellents mets ne serait pas une journée AUDE. Encore une fois notre traiteur nous a régalié de petits plats alliant cuisines traditionnelles et modernes.

Cette journée existe aussi grâce à nos partenaires de l'industrie pharmaceutique.

Merci encore à eux de soutenir cette cause de diversité et de bienveillance.

Merci à tous les participantes et participants pour cette belle journée, hâte de l'épisode 3 !!!

Charlotte METHORST





Blandine
TAMARELLE

Médiation en équipe

Entretien avec Marie Dumolard

De même qu'il existe parfois des situations de tension au sein d'une équipe ou entre personnes dans les entreprises ou dans certaines familles, le monde de la santé ne fait pas exception. Est-ce lié au cadre ou à la charge de travail ? Ou s'agit-il finalement d'une rupture de la discussion qui pourrait avoir une solution ?

J'ai souhaité demander à Marie Dumolard, médiatrice en entreprise, son avis pour connaître les mécanismes qui peuvent parfois altérer les relations humaines et ainsi la qualité de vie au travail et savoir qu'elles peuvent en être les solutions. Je la remercie d'avoir accepté d'apporter son point de vue et son expertise sur le sujet.

BT - Afin d'être plus alerte sur des situations pouvant amener à un conflit, y a-t-il des prémices qui conduisent parfois à un environnement de tension au sein d'une équipe ?

MD - Effectivement le conflit naît le plus souvent bien en amont de la crise. Les symptômes sont peu visibles au départ mais le conflit naît dès lors qu'il existe un désaccord problématique non résolu ou non abordé par au moins une des parties. C'est parfois un « grain de sable ». Peu à peu les tensions s'insinuent sur d'autres sujets puis peuvent s'étendre et s'installer de manière chronique. Les symptômes et signaux deviennent alors de plus en plus perceptibles.

En situation de conflit nous fonctionnons avec nos automatismes, nos mécanismes de défense, pouvant créer des pensées qui tournent en boucle.

A quel moment est-il opportun de recourir à une aide extérieure ?

Le conflit non abordé ou traité peut-être délétère alors que s'il est régulé il peut être source de transformations relationnelles et organisationnelles. Au début du conflit, les parties prenantes sont encore à même de prendre en charge ce processus de transformation, en revanche, passé un certain stade, l'intervention d'un tiers neutre et impartial s'avère très soutenante. C'est le rôle de la médiatrice professionnelle.

En cas de conflit, bien souvent nous n'avons pas d'espace d'écoute approprié, nos proches se sentent souvent démunis pour nous soutenir et il est souvent difficile pour les collaborateurs de ne pas avoir un avis sur la situation et donc d'être neutres.

En quoi la médiation peut aider à sortir d'un conflit ou d'une situation problématique ?

En tant que médiatrice je suis convaincue que chacun doit pouvoir aller travailler sereinement et aussi que chacun a en soi les capacités et ressources pour sortir de la situation. La médiatrice a pour rôle d'éclairer et de soutenir l'émergence de ces ressources et capacités. Afin que de nouvelles réponses puissent être trouvées et que la situation évolue, la médiatrice aide à faire émerger des fonctionnements plus efficaces que ceux à l'origine du conflit.

A titre de d'exemple, je suis intervenue dans une situation de conflit entre deux chefs d'unité. Il existait des tensions relationnelles entre eux qui entraînaient des problématiques organisationnelles et de fonctionnement du service. Cette médiation a conduit après deux séances à une meilleure compréhension de leurs fonctionnements et besoins respectifs et à une modification de l'organisation : planning, matériel, domaine de responsabilité de chacun.

La situation peut tout aussi bien concerner des chefs de services différents, des confrères au sein d'un même cabinet ou de spécialités différentes dont le conflit peut impacter l'organisation de ces services ou ces cabinets. Le processus de médiation proposé est similaire.

Comment est menée une médiation ?

Une médiation se déroule classiquement de la manière suivante : je reçois chacune des parties dans un entretien individuel afin de leur offrir un espace d'écoute. Je reçois ensuite les différents acteurs du conflit en séances plénières qui sont généralement au nombre de deux.



Marie DUMOLARD

Médiatrice en entreprise

Après un passé d'ingénieure et cheffe de projet, j'ai choisi d'orienter mon parcours professionnel au service de l'humain au travail. Convaincue que chacun a le droit à des relations apaisées, j'ai choisi de développer mes capacités à fluidifier leurs relations, c'est pour cela que je me suis formée à la communication non violente et à la médiation de conflit par la communication non violente. Aujourd'hui j'exerce en tant que médiatrice et je forme également des équipes à la communication et à la gestion des conflits.

J'ai l'impression qu'au final toute situation de tension pourrait trouver une résolution. Qu'est-ce qui peut amener à ce qu'aucune solution n'aboutisse par exemple ?

M : Dans mon expérience, il y a nécessairement un avant et après médiation. Il se peut qu'en fin de médiation aucune solution concrète n'ait été trouvée, mais l'expression de chacun soutenue par la reformulation de la médiatrice aura permis de modifier la relation et ainsi la communication entre les parties. Ce nouveau mode d'interagir, même s'il est inconscient, permettra des transformations quelles qu'elles soient. Pour moi, l'impasse arrive lorsqu'on ne se donne pas l'opportunité d'aborder et de mettre au travail le conflit.

Marie DUMOLARD

Propos recueillis par Blandine TAMARELLE





Gaëlle FIARD

Réunion du CA du 12 janvier à la Maison de l'Urologie

Le dernier conseil d'administration de l'AFU s'est tenu le 12 janvier dernier à la MUR. Retour sur quelques points discutés au cours de cette journée riche en échanges.

Retour sur le CFU 2023 : un bon cru, et du nouveau pour 2024

Le CA a débuté par une présentation de Yann Neuzillet, responsable du comité d'organisation du CFU, des résultats du CFU 2023 qui restera dans les annales comme un excellent cru, avec notamment des niveaux de fréquentation rejoignant ceux connus lors de l'avant-COVID, et une convivialité qui n'a pas fait défaut. Pour l'année 2024, la discussion a surtout porté sur le samedi matin et, notamment, l'importance de mettre en valeur le rapport du congrès, fruit de 2 ans de travail des rapporteurs. Plusieurs pistes sont à l'étude pour augmenter la fréquentation du samedi et garantir l'auditoire du rapport 2024 (qui portera sur la prise en charge des sténoses de l'urètre), et le CA a d'ores et déjà validé le financement d'un nouveau cocktail le samedi midi afin que les urologues présents puissent se restaurer sans quitter le palais des congrès et ainsi rester sur place pour assister au rapport. Enfin, une réflexion est en cours autour de l'organisation des cours qui ont été plébiscités cette année notamment grâce à un démarrage moins matinal, afin d'en adapter le contenu aux attentes des participants. La journée patients, qui a également été un succès pour sa première édition, sera renouvelée en 2024.

Désaffection du séminaire Graines et Sol

Grosse déception cette année pour le séminaire Graines et Sol qui, malgré les adaptations proposées afin de répondre aux attentes des étudiants et d'optimiser le temps passé sur place pour le travail en atelier, a finalement évolué en version 100 % virtuelle devant le (très) faible nombre de participants, obligeant à annuler la partie présentielle du séminaire. Cette situation est préoccupante si elle est effectivement le signe d'une désaffection des jeunes urologues pour la recherche, et il nous faudra attendre la date limite de dépôt des demandes de bourses de l'AFU pour voir si ce désaveu est confirmé. Une enquête va être menée à l'initiative de l'AFUF pour comprendre les raisons de la désaffection et une réflexion est



en cours pour faire évoluer ou compléter le séminaire par un système de mentorat individualisé. Enfin, un travail va être mené pour rappeler que la recherche, accessible à tout urologue quel que soit son mode d'exercice, n'est pas cantonnée à la pratique hospitalo-universitaire.

L'AFU à l'EAU

L'AFU sera représentée lors du congrès de l'EAU qui se tiendra à Paris du 5 au 8 avril prochain. Vous retrouverez notamment sur l'exposition le stand AFU, sur lequel on vous attend nombreux, stand qui mettra en valeur l'urologie française et les événements AFU dont l'ascension du Mont Ventoux sous un format original, ne manquez pas d'y faire un tour ! Le sport sera à l'honneur en cette année olympique, n'oubliez pas vos baskets au moment de boucler vos valises.

L'équipe des coordinateurs des JOUM au complet

Alors que les Journées d'Onco-Urologie Médicale 2024 qui se tiendront à Biarritz les 13 et 14 juin prochains approchent à grand pas, il était temps de voter pour compléter l'équipe des coordinateurs des JOUM déjà composée de Marc-Olivier Timsit, Romain Mathieu et Morgan Rouprêt. Bienvenue à Carole Héllissey, oncologue médicale et cheffe de service de l'unité de recherche clinique de l'hôpital Bégin à Saint Mandé, qui sera donc la 4^e coordinatrice, élue par le CA juste à temps pour la constitution du Comité Scientifique et la construction du programme de ces JOUM qui s'annoncent riches en nouvea-

tés, échanges et convivialité. Rendez-vous à Biarritz en juin !

Un point sur l'accréditation

Stéphane Bart a présenté lors du CA le bilan de l'Organisme d'Accréditation de l'AFU dont il est responsable. Bilan positif avec actuellement 436 accrédités. L'urologie se place en 2^e position après l'anesthésie-réanimation pour ce qui est du nombre d'équipes accréditées. La base de données regroupant les événements indésirables associés aux soins (EIAS) déclarés par les équipes dans le cadre de l'accréditation est par ailleurs une source de données précieuses. Les évolutions pressenties vont notamment dans le sens de la création d'équipes pluridisciplinaires et pluri-professionnelles... A suivre !

Une application pour les recommandations

La journée s'est achevée par une discussion autour des recommandations et d'une éventuelle application permettant d'y accéder facilement hors connexion. Cette option avait été mise de côté initialement pour privilégier la fréquentation sur le site Urofrance via la Progressive Web App (PWA) – voir Urojonction n°126 : l'AFU dans votre poche : installez l'application Urofrance. A l'usage toutefois, l'utilisation apparaît limitée notamment par les difficultés d'accès au contenu hors connexion. La création d'une application dédiée aux recommandations de l'AFU a donc été validée par le CA, application qui permettra à terme d'intégrer toutes les recos AFU sous un format requêttable.

Gaëlle FIARD



Priscilla
LEON

Bourse du CFU 2023

Nous continuons notre tour d'horizon des bourses attribuées lors du dernier Congrès Français d'Urologie avec le témoignage de Samy Mebroukine, lauréat pour son projet sur « l'influence des cellules myéloïdes immunosuppressives sur les cellules souches cancéreuses du carcinome urothélial ».



Samy
MEBROUKINE

J'ai fait mon externat à Tours, où je suis passé à plusieurs reprises dans le service du Pr Bruyère et où ma vocation a vu le jour.

Plus tard, j'ai choisi de rejoindre l'équipe du Pr Robert, au CHU de Bordeaux, pour commen-

cer ma formation d'interne de spécialité. C'est là que s'est confirmé mon choix pour l'Onco-urologie, avec dernièrement la réalisation d'une FST de cancérologie dont les différents stages cliniques ont su me faire apprécier le caractère multi-disciplinaire de cette sur-spécialité. J'ai plus récemment eu la chance de compléter ma formation dans l'équipe du Pr Cathelineau à l'Institut Mutualiste Montsouris.

Je dois dire que j'ai pu obtenir cette bourse de l'AFU, en grande partie, grâce au séminaire Graines et Sol qui m'a permis une meilleure sensibilisation à mon propre projet. C'est avec l'aide des membres de l'AFU présents à ce séminaire, tous excellents coaches, et aux enseignants-chercheurs du laboratoire ImmunoConcEpT, que j'ai pu monter ce type de recherche.

Il s'agit d'une thématique onco-urologique à propos de l'influence des cellules myéloïdes

immunosuppressives sur les cellules souches cancéreuses de carcinome urothélial de vessie. Ce projet est réalisé sous la direction du Pr Robert, du Dr Domblides (oncologue) et du Pr Larmonier (immunologue), tous trois rattachés à l'Université de Bordeaux. Il se déroule au sein du laboratoire ImmunoConcEpT, labellisé CNRS, et s'inscrit dans la suite d'expérimentations initiées par le Dr Klein (bourse AFU 2021).

Par ailleurs, j'ai eu la chance de réaliser mon Master 1 dans ce même laboratoire et le fait de poursuivre cette année de Master 2 dans celui-ci facilite la mise en route des protocoles, en partie déjà maîtrisés.

L'aspect translationnel de ce projet à partir de tissu tumoral « frais » provenant directement du bloc opératoire, combiné à un travail in vitro est particulièrement stimulant.

Le fait que les tuteurs de ce projet soient à la fois médecins et biologistes apporte une vision clinique mais également une variété de compétences autour de cette thématique.

Les cellules myéloïdes immunosuppressives (MDSC) font déjà l'objet de recherches importantes sur d'autres organes comme le poumon, l'estomac et le sein.

Ces MDSC ont déjà été identifiées comme un marqueur défavorable chez les patients atteints de tumeur de la vessie. L'objectif de ce projet est de caractériser les interactions

des MDSC avec les cellules de carcinome urothélial afin de comprendre les mécanismes d'immunosubversion, mais aussi d'induction du caractère souche des cellules tumorales à l'origine de quiescence, de mise en place de niches pré-métastatiques, de chimiorésistance et donc de récurrence et de progression.

L'objectif, à terme, serait d'identifier des cibles thérapeutiques appartenant au microenvironnement tumoral immunosuppresseur, dont les MDSC font partie, afin d'augmenter le taux de répondants aux immunothérapies dans le cadre de traitements combinés.

À titre personnel, je vois cette année comme une réelle opportunité d'appréhender le monde de la recherche fondamentale, afin de pouvoir y envisager un double cursus avec une thèse de science.

Ce qui me séduit le plus dans ce projet, c'est son aspect translationnel, en passant du tissu tumoral « frais » aux analyses de cytométrie en flux et à la transcriptomique, on a l'impression de cerner l'ensemble de la problématique !

Samy MEBROUKINE

13-14 JUIN 2024
BIARRITZ, FRANCE

SAVE THE
DATE!

JOUUM

JOURNÉES D'ONCO-UROLOGIE MÉDICALE

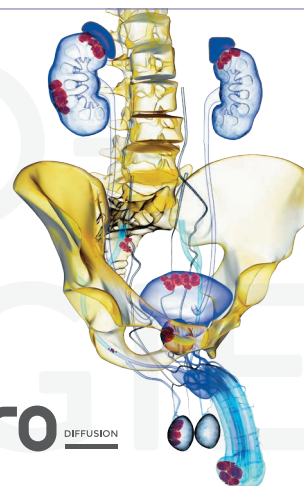
AFU ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE
www.urofrance.org

Connectez-vous !



@AFUurologie
#JOUUM2024

URO DIFFUSION





Didier LEGAIS
Président du SNCUF

Proctoring et « Flying surgery »

Que devons-nous savoir lors des actions d'enseignements sous forme de proctoring qui deviennent de plus en plus nombreuses.

Cette activité de proctoring peut s'organiser de 2 façons :

- soit les confrères viennent sur votre site habituel pour vous observer ;
- soit vous allez sur le site d'un confrère pour les accompagner, les conseiller et parfois les aider techniquement (anesthésiste ou chirurgien).

Nous vous rappelons ici nos règles professionnelles déontologiques en la matière.

1 - Sans exercice médical

Pour le médecin qui vous rend visite ou pour le médecin que vous visitez dans la mesure où il n'y aurait que des échanges universitaires d'enseignement, il n'existe aucune restriction légale pour les déplacements.

2 - En cas d'exercice de la médecine, c'est-à-dire poser une indication, informer un patient, recueillir un consentement et réaliser le geste technique

A - Il existe tout d'abord des obligations réglementaires en lien avec vos sites d'exercices déclarés

Les médecins ne peuvent exercer que sur un seul site sauf après accord des Conseils Départementaux des différents sites d'exercice au risque d'être en « exercice illégal » :

ARTICLE 85 (Article R.4127-85 du CSP)

Le lieu habituel d'exercice d'un médecin est celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle il est inscrit sur le tableau du conseil départemental, conformément à l'article L. 4112-1.

Dans l'intérêt de la population, un médecin peut exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle :

- lorsqu'il existe dans le secteur géographique considéré une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou à la permanence des soins ;
- ou lorsque les investigations et les soins qu'il entreprend nécessitent un environ-

nement adapté, l'utilisation d'équipements particuliers, la mise en œuvre de techniques spécifiques ou la coordination de différents intervenants.

Le médecin doit prendre toutes dispositions et en justifier pour que soient assurées sur tous ces sites d'exercice la réponse aux urgences, la qualité, la sécurité et la continuité des soins.

La demande d'ouverture d'un lieu d'exercice distinct est adressée au conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée.

Elle doit être accompagnée de toutes informations utiles sur les conditions d'exercice. Si celles-ci sont insuffisantes, le conseil départemental doit demander des précisions complémentaires.

Le conseil départemental au tableau duquel le médecin est inscrit est informé de la demande lorsque celle-ci concerne un site situé dans un autre département.

Le silence gardé par le conseil départemental sollicité vaut autorisation implicite à l'expiration d'un délai de trois mois à compter de la date de réception de la demande ou de la réponse au supplément d'information demandé.

L'autorisation est personnelle et incessible. Il peut y être mis fin si les conditions fixées aux alinéas précédents ne sont plus réunies. Les recours contentieux contre les décisions de refus, de retrait ou d'abrogation d'autorisation ainsi que ceux dirigés contre les décisions explicites ou implicites d'autorisation ne sont recevables qu'à la condition d'avoir été précédés d'un recours administratif devant le Conseil national.

B - Votre responsabilité reste personnelle

► La responsabilité médicale reste personnelle et sera engagée quel que soit le mode d'organisation y compris le proctoring :

ARTICLE 32 (Article 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 (Article 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 34 (Article R.4127-34 du CSP)

Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution.

ARTICLE 35 (Article 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 47 (Article R.4127-47 du CSP)

Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.

ARTICLE 69 (Article R.4127-69 du CSP)

L'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes.

► Un contrat doit être signé entre le praticien et la Direction de l'établissement accueillant :

ARTICLE 84 (Article R.4127-84 du CSP)

L'exercice habituel de la médecine, sous quelque forme que ce soit, au sein d'une administration de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public doit faire l'objet d'un contrat écrit, hormis les cas où le médecin a la qualité d'agent titulaire de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public ainsi que les cas où il est régi par des dispositions législatives ou réglementaires qui ne prévoient pas la conclusion d'un contrat.

C - Prudence avec la communication et le proctoring

Nous vous invitons à NE JAMAIS COMMUNIQUER en direct vos actions sur les réseaux sociaux. Quel que soit le mode d'utilisation des éventuelles images, il est obligatoire d'obtenir une autorisation écrite du patient.

D - Les limites de votre assurance RCP

Nous vous rappelons la législation en matière d'Assurances Responsabilité Civile ; tous les contrats d'assurances prévoient la garantie de : « toutes les conséquences

pécuniaires de la responsabilité civile encourue par l'Assuré à l'égard des tiers, dans le cadre de l'exercice légal de sa profession et pour les activités déclarées».

3 - Procédure à suivre pour être en règle

1. Le médecin doit informer à l'avance le Conseil Départemental des Médecins où il va ou le Conseil National de l'ordre du pays où il se rend (risque d'exercice illégal à l'étranger).
2. Le médecin doit informer la Direction de l'établissement où il va qui doit VALIDER par écrit son autorisation d'exercice dans l'établissement. Un contrat d'exercice temporaire doit être établi.
3. Le médecin doit informer son Assureur en Responsabilité Civile Professionnelle et avoir son accord (pas de couverture possible USA et Canada). L'idéal étant de s'assurer d'une couverture assurantielle souscrite dans le pays d'accueil.
4. Le médecin doit valider l'indication du geste.
5. Le médecin doit s'assurer que le patient a bien été informé à distance des bénéfices et des risques du geste et du fait que c'est lui qui réalise le geste.
6. Le médecin doit recueillir un consentement éclairé de la part du patient.
7. Le médecin doit co-signer le compte-rendu d'anesthésie ou opératoire en fonction de son niveau d'intervention.
8. Le médecin doit s'assurer que la continuité des soins soit parfaitement organisée après son retour sur son site habituel.

Conclusion

Nous pensons que la pratique du proctoring est dangereuse, en particulier à l'étranger.

D'un point de vue assurantiel, toutes vos missions d'enseignement en France (et à l'étranger) peuvent être assurées. Pour ce qui est de la pratique de la médecine et d'actes techniques, vous ne pouvez être assurés que sur ce qui correspond à une activité médicale officielle, reconnue par nos ordres professionnels, et aux garanties précisées par votre contrat.

Pour plus de sécurité, nous vous proposons de toujours contacter votre assurance avant une mission de proctoring.

Pour finir, nous estimons qu'il est plus prudent de faire venir les collègues et dans un second temps, d'aller les accompagner SANS intervenir, en ne donnant alors que des conseils d'enseignement.

Didier LEGAIS

Consentement aux soins et à l'examen clinique



La société a changé et, en tant que soignant, nous sommes parfois dérouterés 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 (Article 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 (Article 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 (Article 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.

ARTICLE 32 (Article 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 (Article 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 (Article 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 (Article R.4127-35 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 proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

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 consente-

ment, 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.

Ce texte doit bien évidemment être adapté à vos spécialités (orthopédiste, dentaire, ORL, kinésithérapeute, etc).

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 (Article 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 avvertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

En espérant que ces informations vous seront utiles.

Didier LEGEAIS



Gaëlle FIARD

Utilisation d'images et droits d'auteur : que doivent savoir les urologues ?

La fermeture de quelques semaines du site Urofrance autour des fêtes de fin d'année pour les non-abonnés ne vous aura sans doute pas échappée. La raison de cette fermeture ? Non pas l'occasion pour le site de se refaire une beauté, mais simplement la remise en conformité du site pour se prémunir des attaques d'une société spécialisée dans la recherche d'images originales utilisées sans autorisation.

Des images, pourtant, qui n'en a jamais utilisé dans ses présentations ? A l'heure où nos présentations deviennent de plus en plus visuelles, comment s'assurer que cette image que l'on a choisie et qui vaut mille mots ne vaille pas mille maux ?

Droit d'auteur, utilisation d'images, de quoi parle-t-on et quels sont les risques ?

Le droit d'auteur est encadré par les articles L111-1 et suivants du Code de la propriété intellectuelle (CPI), qui stipule notamment que « l'auteur d'une œuvre de l'esprit jouit sur cette œuvre, du seul fait de sa création, d'un droit de propriété incorporelle exclusif et opposable à tous ». Les dessins, images et photos constituent ainsi des œuvres et sont protégeables par le droit d'auteur.

L'auteur, en tant que propriétaire, détermine les conditions selon lesquelles un tiers peut exploiter son œuvre. Il peut ainsi choisir de

limiter l'utilisation de la photo à un usage non-commercial, ou encore prévoir une contrepartie financière.

L'utilisation d'une œuvre protégeable est soumise à l'autorisation préalable de l'auteur. Sans son accord, l'utilisateur de l'œuvre se rend coupable de contrefaçon au sens de l'article L335-3 du CPI, et risque jusqu'à 3 ans d'emprisonnement et 300 000 € d'amende.

En pratique, le risque est faible et concerne, pour le site Urofrance et autres sites Congrès, uniquement le contenu accessible sans connexion, qui est exposé à l'examen minutieux d'automates chargés de détecter les utilisations d'images originales, protégées par droits d'auteurs, sans respect de

cette autorisation préalable. C'est le cas notamment des images de certaines grandes agences de presse (AFP, AP, Reuters, etc.) qui font appel à des sociétés chargées de détecter de manière automatique ces utilisations non autorisées, et de réclamer des compensations financières.

Idee reçue numéro 1 : si c'est sur internet, je peux l'utiliser

Le fait qu'une image soit accessible à tous via un moteur de recherche ne signifie absolument pas que ces images puissent être utilisées sans autorisation de l'auteur. Utiliser une image trouvée sur internet pour illustrer son propos est donc...une pratique interdite, même s'il est facile de passer entre les mailles du filet, notamment si le contenu n'est pas voué à être archivé et accessible à tous.

Idee reçue numéro 2 : si c'est libre de droits, je peux l'utiliser

Là encore, ce n'est pas si simple. La mention « libre de droits » traduite de l'anglais « royalty-free » (sans redevance), ne signifie absolument pas que l'image peut être utilisée sans conditions.

Le plus souvent, les auteurs déposent leurs images en abandonnant leurs droits sur celles-ci, moyennant une contrepartie financière lorsque les images sont achetées par des clients.



Dans certains cas, ces images libres de droits sont également gratuites, attention, encore une fois, cela ne signifie pas que l'on peut en faire une utilisation libre.

Comme nous le rappelle Didier Legeais, il existe différentes licences *Creative Commons* gratuites qui permettent différents usages et notamment :

- CC0 (Creative Commons Zero) : les images gratuites peuvent être utilisées sans restriction aucune ;
- CC BY : les photos libres de droit doivent mentionner l'identité de leur auteur ;
- CC BY NC (non commercial) : tout usage commercial nécessite l'accord de l'auteur ;
- CC BY ND (no derivated work) : au moment de son exploitation publique, l'utilisateur ne peut ni retoucher, ni transformer, ni utiliser l'image libre de droit dans le cadre d'un montage.

Pour ces raisons, utiliser des images issues d'un moteur de recherche, même en ayant limité sa recherche aux images libres de droit, présente un risque. Dans tous les cas, il est conseillé avant utilisation d'une image dont on n'est pas à l'origine, d'obtenir l'autorisation de l'auteur (ce qui n'est pas toujours simple, ni possible), et dans tous les cas de mentionner l'auteur et l'origine de l'image (crédit photographique).

Où et comment trouver et utiliser des images libres de droits gratuites (ou non) ?

Il existe plusieurs banques d'images permettant de trouver des photos libres de droits gratuites comme Adobe Stock, Pixabay, Unsplash, Pexels, Google images ou encore Freepik, vous aurez compris maintenant qu'il vous faudra également consulter le type de licence *Creative Commons* attachée au moment d'utiliser l'image que vous aurez téléchargée.

D'autres banques d'images permettent, via un abonnement ou un paiement à l'image téléchargée, d'obtenir des images dont l'utilisation est libre, comme Getty images, iStock, ou JumpStory. L'achat de licence permet alors à l'utilisateur d'obtenir le droit légal d'utiliser l'image, dans le cadre du contrat de licence de contenu.

La solution 2024 : l'IA à la rescousse !

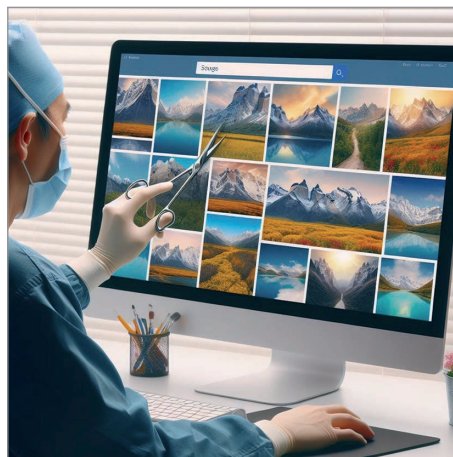
Devant ce casse-tête et cette complexité, va-t-on devoir abandonner nos présentations colorées pour revenir au diaporama trop chargé de texte jaune Comic sans MS sur fond bleu foncé ? Que nenni ! Une fois de plus, c'est sans doute du côté de l'intelligence artificielle que se trouve la solution. En effet, les États-Unis ont tranché en février 2023 :

les images générées par l'intelligence artificielle ne sont pas éligibles à la protection par droit d'auteur.

Plusieurs générateurs d'images IA comme Bing, DALL-E ou Midjourney sont ainsi disponibles et facilement accessibles pour illustrer vos présentations de manière visuelle, originale et personnelle, puisque vous seul(e) êtes à l'origine de la commande unique ayant permis de générer les images obtenues. Mais prudence, la législation évolue, dans le doute il est recommandé de vérifier les conditions d'utilisation des images générées. Concernant les publications, des recommandations émergent, et notamment la recommandation d'indiquer la requête indiquée et le logiciel d'IA générative utilisé pour la génération des images.

Ainsi, les images illustrant cet article ont été générées par l'outil DALL-E 3 disponible gratuitement via Microsoft Bing. À vous de jouer !

Gaëlle FIARD

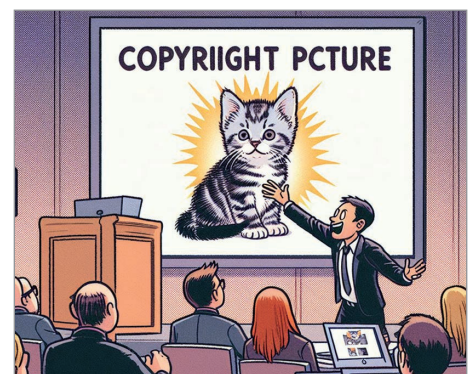


Check-list présentateur/ utilisation des images

Vous venez d'achever la préparation de votre diaporama de congrès/webinaire ? Celui-ci est susceptible d'être archivé et se doit de respecter les règles d'utilisation des images.

Avez-vous validé la check-list images avant de le présenter ?

- 1) Ma présentation contient des images, j'ai vérifié qu'elles étaient libres de droit, que je les utilise conformément au type de licence et que la source est mentionnée.
- 2) Ma présentation contient des images originales, j'ai obtenu l'autorisation de l'auteur(e) pour les présenter, et l'auteur(e) est crédité(e).
- 3) Ma présentation contient des images dont je ne connais pas toujours la nature originale/libre de droits, j'ai prévu une version sans images pour l'archiver.
- 4) Ma présentation ne contient pas d'images, ou uniquement des images que j'ai générées, je ne suis pas concerné(e).





Vanessa
AVRILLON



Stéphane
BART



Bertrand
POGU

L'équipe de l'OA-AFU

Le bilan 2023 de l'accréditation des urologues

À la fin de l'année 2023 est l'occasion pour notre équipe de réaliser un bilan, de présenter les évolutions et perspectives de notre organisme d'accréditation (OA-AFU).

Celui-ci a été présenté en Conseil d'administration de l'Association Française d'Urologie en janvier 2024.

L'OA-AFU regroupe 630 urologues dont 436 déjà accrédités au 31 décembre 2023 ; 194 urologues sont en phase d'engagement. Une majorité appartient aux 94 équipes

créées (cf Liste des équipes déjà accréditées). Parmi elles, 28 équipes universitaires et hospitalières.

Ces chiffres n'avaient jamais été atteints depuis la création du dispositif en 2007 et correspondent aux objectifs ciblés en 2020 lors de la précédente mandature, présidée par Georges Fournier, et au cours de laquelle Vanessa Avrillon a été recrutée pour nous aider à relever le défi, comme chargée de projet. L'OA-AFU regroupait 192 accrédités majoritairement en individuel en 2019 avec une baisse constante depuis 2016, et une

difficulté à motiver la création des équipes, pourtant au cœur de notre travail.

Tendance nouvelle avec un rajeunissement des urologues dont 1/3 a moins de 45 ans (216) du fait des inclusions en équipe et une représentation féminine qui augmente légèrement (45).

Le Conseil d'administration de l'AFU est bien représenté au sein de l'accréditation avec 15 membres sur 24 inscrits dans la démarche (11 accrédité(e)s dont 6 référent(e)s d'équipe, 4 engagé(e)s, un expert).

Urgent : nous recherchons de nouveaux experts !

L'Organisme d'Accréditation de l'AFU compte de plus en plus d'adeptes engagés dans la gestion des risques. Conséquence de ce succès grandissant, l'OA est à la recherche de nouveaux experts pour accompagner ses engagés. Si vous êtes membre de l'AFU ou du SNCUF, cet appel à candidature pourrait vous intéresser.

L'OA-AFU bénéficie actuellement de la collaboration d'une vingtaine d'experts. Mais les engagements dans la démarche d'accréditation croissant de façon exponentielle, le recrutement de nouveaux experts est une nécessité. Le nombre de médecins engagés dans l'accréditation est passé à près de 630 aujourd'hui. L'accréditation en équipe représente 94 équipes. Parmi les 15 spécialités médico-chirurgicales engagées dans la gestion des risques, l'urologie est la plus représentative du succès de cette démarche collective.

Appel à candidature

Les experts sont essentiels au bon fonctionnement de l'OA. D'où cet appel à candidature auprès des urologues engagés dans la démarche. Une fois sélectionné sur des critères de professionnalisme, d'aptitude à communiquer et de connaissances de la gestion des risques, l'expert accompagne un groupe d'urologues engagés en indivi-

duel ou en équipe dans leur processus d'accréditation. Il peut également participer aux différents travaux de l'OA (Journée Urorisq, enquête de pratiques, publications, formations, etc.)

Le profil de l'expert

L'expert doit posséder une expérience professionnelle en urologie, être en activité depuis au moins 5 ans ou avoir cessé son activité depuis moins de 3 ans. Il n'est pas retenu de seuil d'activité chirurgicale ou clinique pour pouvoir postuler à une désignation comme expert OA-AFU. Il est nécessaire de disposer d'une bonne connaissance des établissements de santé ainsi que de compétences analytiques et d'une expérience en gestion des risques. Tous les modes d'exercice ainsi que tous les types d'établissements sont représentés au sein du groupe d'experts de l'AFU.

Les missions de l'expert

L'expert, obligatoirement issu de la même spécialité que les médecins qu'il expertise et exerçant si possible selon le même mode, les soutient dans leur démarche d'accréditation. Il est lui-même accrédité ou inscrit dans la démarche, mais ne peut intervenir ni sur son propre dossier d'accréditation, ni sur celui des médecins exerçant dans son éta-

blissement ou sa région. Son rôle consiste à aider les engagés dans le recueil et l'analyse des causes des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Il contribue à l'identification des risques et propose des enseignements et des recommandations destinés à les réduire. Enfin, l'expert accompagne les médecins dans la mise en œuvre des recommandations.

Une formation adaptée

Chaque année, la Haute Autorité de Santé organise plusieurs journées de formation à destination des nouveaux experts de l'ensemble des organismes d'accréditation. Les sessions, qui se déroulent sur deux journées dans les locaux de la HAS, permettent aux experts de se familiariser avec le dispositif d'accréditation des médecins et les méthodes de gestion des risques. Chaque candidat à l'expertise s'engage à communiquer sa déclaration de conflit d'intérêt, à respecter la confidentialité des données traitées, à collaborer à l'évaluation de l'OA-AFU et à contribuer à l'actualisation du référentiel risques en urologie. La participation à la Commission Risques en Urologie ou à la Commission Risques Inter-spécialités de la HAS est également possible.

Une compensation financière est proposée aux urologues qui assurent le rôle d'expert de l'OA-AFU.

Si l'expertise au sein de l'OA-AFU vous intéresse, contactez-nous à l'adresse : secretariat@urorisq.org

Il convient de remercier Denis Prunet qui quitte sa fonction d'Expert de l'OA après nous avoir aidés pendant plus de 15 ans en plus de ses nombreuses activités associatives.

Il convient également d'accueillir les nouveaux experts : Ségolène Sylvestre, Emmanuel Rolland, Patrick Janin, Guillaume Muller, Samuel Chelly et Alain Donnaint.

Nous sommes à la recherche de nouveaux expert(e)s afin d'assurer la prise en charge de nos nouveaux engagés.

Au total, l'accréditation, en fin d'année 2023, regroupe 15 spécialités (sur 18 potentielles), 9 609 médecins et chirurgiens sont engagés dans cette procédure (3 235 en équipe), répartis dans les 15 OA actifs. Près de 421 équipes se sont créées.

Dans notre discipline, la dynamique de groupe enclenchée dès 2020 se poursuit avec la valorisation du travail en équipe. Les plus jeunes sont de plus en plus représentés dès leur cursus initial et créent par la suite des équipes quel que soit leur mode d'exercice.

La base de déclaration des événements indésirables associés aux soins de la HAS est la plus fournie avec 155 017 EIAS déclarés depuis sa création, dont 8 483 en urologie (31 décembre 2023). Des événements indésirables graves (EIG) sont également accessibles : 118 EIG avec un niveau de gravité « grave à critique » en urologie, et 4 609 toutes spécialités confondues, 78 EIG « catastrophiques » et 2 524 toutes spécialités confondues.

Cela représente beaucoup plus d'EIG déclarés par nos spécialités que ceux déclarés toutes disciplines confondues dans le cadre du dispositif national via les ARS.

Une approche de veille sanitaire avec des situations à risque ciblées existe avec présentation régulière des données et publication des chiffres. Lors de la journée Urorisq, un point a été réalisé sur les EIAS liés à la pratique de l'ambulatoire en 2022 et sur les EIAS liés aux problèmes administratifs et de programmation. Une enquête de pratiques concernant la téléconsultation a également été présentée, pour évaluer cette pratique dans les suites du boom lié à la période Covid.

L'intérêt principal est de colliger les expériences de notre communauté et de dépister d'éventuels risques émergents. Ce travail peut participer à l'élaboration de solutions sécurité patient.

Des travaux sont actuellement en cours sur les problématiques de reprogrammation gérés par Orthorisq, sur l'utilisation du laser par l'AFU. Un travail multidisciplinaire a été publié

Premières situations à risque ciblées	Nombre d'EIAS
Gestion inadaptée de la prostatite après biopsies de la prostate	298
Défaut de la traçabilité de dispositifs médicaux implantables	141
Gestion inadaptée des effets secondaires des instillations intravésicales de BCG	214
Défaillance de la prise en charge antibioprofylaxie	235
Incidents liés aux soins dans le cas de la chirurgie ambulatoire	223
Défaillance de la communication entre les intervenants médicaux en situation péri-opératoire	712
Défaillance de la prise en charge d'un patient sous anti-coagulant ou sous antiagrégant plaquettaire	569

Tableau 1 - Premières situations à risque ciblées et nombre d'EIAS

Dernières situations à risque ciblées	Nombre d'EIAS
Incidents liés à des situations tunnelisantes	56
Incidents liés à l'utilisation des énergies laser	80
Incidents liés à l'utilisation d'électro-chirurgie	43
Incidents liés au COVID	55
Incidents liés à l'informatisation des données médicales	24
Incidents liés à l'utilisation des systèmes robotisés au bloc opératoire	13

Tableau 2 - Dernières situations à risque ciblées et nombre d'EIAS

en 2023 concernant les situations tunnelisantes et dont l'AFU est l'un des promoteurs.

De nouvelles situations à risques vont être validées lors de la version 2024-2026 du référentiel risque urologie : incidents liés à l'installation du patient au bloc opératoire, défaillance de communication avec le patient, défaillance dans la prise en charge d'une urgence chirurgicale.

Des enquêtes de pratiques sont proposées chaque année. Dans ce contexte, un travail d'évaluation et d'adaptation de la Check list-Bloc opératoire est en cours en collaboration avec la HAS, sous forme d'une SSP 2 qui devrait être finalisée pour le premier trimestre 2025. La dernière enquête de pratique a été réalisée sur la formation des urologues à l'utilisation des lasers.

L'objectif fondamental de ce dispositif reste au bénéfice du patient par la réduction de la fréquence et de la sévérité des EIAS. Dans ce contexte, L'accréditation entretient un lien fort avec la certification des établissements de santé au travers des déclarations des EIAS et leur analyse par les revues de morbi-mortalité.

L'année 2024 est l'occasion de remercier chaleureusement Vanessa Avrillon pour ces 4 années de travail au sein de l'OA-AFU, avec un projet ambitieux dont les principaux objectifs ont été largement remplis. Vanessa nous quitte en avril prochain et poursuit ses aventures professionnelles en intégrant la HAS et QualiScope (*Haute Autorité de Santé - Qualité des hôpitaux et des cliniques* (has-sante.fr)).

Nous lui souhaitons bonne chance dans cette nouvelle expérience professionnelle.

Une place se libère et nous recherchons activement un(e) chargé(e) de projet pour poursuivre notre projet avec une nouvelle phase.

Perspectives 2024-2026

Le référentiel 2022-2024 est élaborée par l'ensemble des OAs afin de se caler sur le cahier des charges de la recertification des professionnels de santé.

Votre retour d'expérience permet de mettre en lumière certains risques et d'informer l'ensemble de la communauté urologique au travers de publications régulières dans différentes revues telles qu'UROjonction, Progrès FMC, et les revues à comités de lecture.

Vous pouvez retrouver l'ensemble des dernières publications au sein du rapport d'activité HAS OAs 2020-2022 ([rapport_dactivite_20202022_des_organismes_agrees_pour_laccreditation_de_la](#)

[qualite_de_la_pratique_professionnelle_des_medec.pdf](#) (has-sante.fr).

Des publications sont en cours concernant la responsabilité pénale du chirurgien, l'assistance en situation d'urgence chirurgicale, la téléconsultation, la chirurgie ambulatoire.

Des formations, issues de l'expérience de terrain sont en cours d'élaboration et seront disponibles dès cette année :

- Un webinaire mensuel vous sera proposé avec les premières sur les thèmes du management médical et de la tunnelisation.
- Une journée de formation Urorisq sous forme d'atelier vous sera proposé au 2^e semestre 2024.
- Un nouvel atelier lors du CFU est également en cours d'élaboration.

Le travail associé à la HAS sous forme de solution sécurité patient se prépare sur les thèmes suivants : Check-list personnalisée en urologie, environnement chirurgical robotique ([Haute Autorité de Santé - Comprendre la sécurité du patient](#) (has-sante.fr)).

Des fiches flash sécurité patient vont être également proposées telle que la rétention urinaire du patient après la pose d'un sphincter urinaire artificiel ([Haute Autorité de Santé - Flash Sécurité Patient](#) (has-sante.fr)).

1.	Jean-Charles ALIMI, Libéral Toulon
2.	Michel AUGUSTI, Libéral Dieppe
3.	Stéphane BART, Hospitalier Pontoise
4.	Emir BAYDAROGLU, Hospitalier Châlons-en-Champagne
5.	Christian BOYER, Libéral Gap
6.	Christophe CASSE, Libéral Cholet
7.	Samuel CHELLY, Libéral, Trélazé
8.	Catalin CIUTA, Hospitalier Châlons-en-Champagne
9.	Alain DONNAINT, Hospitalier Niort
10.	Patrick DUFEUIL, Libéral Montauban
11.	Patrick JANIN, Libéral, Chambray-les-Tours
12.	Julien LAROCHE, Hospitalier militaire Toulon
13.	Luu LEE VAN, Libéral Beauvais
14.	Stéphane MALLICK, Libéral Toulon
15.	Guillaume MULLER, Libéral Cholet
16.	Bertrand POGU, Hospitalier Châlons-en-Champagne
17.	Emmanuel ROLLAND, Libéral Albi
18.	François SAPORTA, Libéral Paris
19.	Ségolène SYLVESTRE, Libérale Albi
20.	Frédéric VAVDIN, Libéral Carcassonne
21.	Olivier WETZEL, Libéral Nantes

Tableau 3 - Liste des experts actifs de l'OA-AFU. Un grand merci à ceux qui ont longtemps travaillé comme experts pour l'accréditation et bienvenue aux nouveaux (en rouge dans le tableau). Il reste quelques places pour devenir expert de l'OA, n'hésitez pas à candidater !

Equipe	Référent	Nb	Nom de l'établissement
AFU-01	VAVDIN	4	POLYCLINIQUE MONTREAL CARCASSONNE
AFU-02	BART	7	CENTRE HOSPITALIER NOVO
AFU-03	GAS	4	CL PONT DE CHAUME MONTAUBAN
AFU-04	MICHEL	5	CLINIQUE DES CEDRES
AFU-05	TOLLON	7	CLINIQUE SAINT JEAN LANGUEDOC
AFU-06	MANDOSSE	4	CLINIQUE LES LAURIERS ; CLINIQUE NOTRE DAME DE LA MERCI
AFU-07	ROLLIN	10	CHIVA SITE ST JEAN DE VERGES ; CLINIQUE D'OCCITANIE ; CLI SAINT-EXUPERY - UAD SAINT-GAUDENS ; CL DES CEDRES CORNEBARRIEU
AFU-08	POGU	4	CENTRE HOSPITALIER DE CHALONS EN CHAMPAGNE
AFU-09	CELHAY	6	CLINIQUE TIVOLI-DUCOS ; CLINIQUE SAINTE-ANNE ; NOUVELLE CLINIQUE BORDEAUX TONDU
AFU-10	BERGER	3	CLINIQUE EMAILLEURS-COLOMBIER LIMOGES
AFU-11	MALLICK	3	CLINIQUE SAINT MICHEL
AFU-12	MÜLLER	5	HÔPITAL PRIVÉ DU CONFLUENT S.A.S.
AFU-13	PRUNET	5	ETAB. DE SOINS PASTEUR - ROYAN
AFU-14	JACOB	4	CLINIQUE MEDICO CHIRURGICALE ST FARON
AFU-15	EVARD	5	HOPITAL PRIVE DES PEUPLIERS
AFU-16	BOYER	2	POLYCLINIQUE DES ALPES DU SUD GAP
AFU-17	GIOVANSILI	4	CLINIQUE SAINT JEAN DE DIEU
AFU-18	DALMAS	4	INSTITUT ARNAULT TZANCK
AFU-19	DEFFAR	3	S.A. POLYCLINIQUE SAINTE MARGUERITE
AFU-20	LE GUILCHET	6	CHIC SITE DE CONCARNEAU ; CENTRE HOSPITALIER DOUARNENEZ ; CENTRE HOSPITALIER DE CORNOUAILLE
AFU-21	DEFONTAINES	4	HOPITAL PRIVE CLAUDE GALIEN
AFU-22	PETTENATI	14	HOPITAL FOCH
AFU-23	GABRIEL	6	HOPITAL EUROPEEN
AFU-24	ROLLAND	6	CL TOULOUSE LAUTREC ALBI
AFU-25	LAROCHE	3	CHITS CH SAINTE MUSSE ; HIA SAINTE ANNE
AFU-26	TANNEAU	5	POLYCL L'ORMEAU SITE PYRENEES TARBES
AFU-27	ERB	3	CHU/HOPITAL BEL AIR DE THIONVILLE - CHR
AFU-28	DUSAUD	5	HIA BEGIN
AFU-29	GOUJON	11	CHU/HU SAINT LOUIS SITE SAINT LOUIS APHP
AFU-31	TARIEL	6	CHP SAINT GREGOIRE ; SA POLYCLINIQUE DE LA BAIE
AFU-32	CULTY	14	CH DE MARTIGUES HOPITAL DES RAYETTES

Tableau 4a - Liste des équipes accréditées (équipes AFU-01 à AFU-32).

Equipe	Référent	Nb	Nom de l'établissement
AFU-33	BRICHART	3	CHU/CHR ORLÉANS - HÔPITAL DE LA SOURCE
AFU-34	JANIN	6	PÔLE SANTÉ LÉONARD DE VINCI
AFU-35	THOMAS	5	CLINIQUE CONTI; CLINIQUE CLAUDE BERNARD
AFU-36	MALLET	5	POLYCLINIQUE FRANCHEVILLE
AFU-37	CHARBIT	5	HOPITAL PRIVE PAUL D EGINE; HOPITAL PRIVE ARMAND BRILLARD
AFU-38	VERGNOLLES	6	SAS CAPIO BAYONNE
AFU-39	LOPATER	3	CLINIQUE MARCEL SEMBAT CCBB
AFU-40	GAUTIER	3	HOPITAL LOUIS PASTEUR
AFU-41	ANDRE	2	CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA LOIRE - SITE BAGNEUX
AFU-42	TAHAN	3	POLYCLINIQUE DU PARC - CAEN
AFU-43	MULLER	5	POLYCLINIQUE DU PARC
AFU-44	SIMON	7	CLINIQUE MUTUALISTE PORTE DE L'ORIENT
AFU-45	FELBER	14	CHU/HU PITIE SALPETRIERE APHP
AFU-46	BERTRAND	2	HOPITAL PRIVE DU GRAND NARBONNE
AFU-48	PEDRON	3	HOPITAL PRIVE DU VERT GALANT
AFU-49	DONNAINT	3	CENTRE HOSPITALIER DE NIORT
AFU-50	COMBES	5	HOP PRIVE TOULON HYERES STE MARGUERITE; POLY-CLINIQUE LES FLEURS; HOPITAL PRIVE TOULON HYERES SAINT JEAN
AFU-52	VALLEE	5	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE POITIERS
AFU-55	LEVEAU	5	CLINIQUE CHIRURGICALE PORTE OCEANE; CLINIQUE SAINT CHARLES
AFU-56	TAMARELLE	3	CLINIQUE MATHILDE
AFU-57	HUGUES	5	CH DE SAINTONGE - SAINTES
AFU-58	BRIERRE	13	HOPITAL DE RANGUEIL CHU TOULOUSE
AFU-59	BALLEREAU	8	HOPITAL PRIVE LA LOUVIERE
AFU-60	FRAISSE	4	SAS CLINIQUE ESQUIROL/SAINT HILAIRE
AFU-61	STOICA	2	CHICAM - SITE ALENCON
AFU-63	BRUYERE	2	CHRU BRETONNEAU - TOURS
AFU-64	ABID	9	HOPITAL EDOUARD HERRIOT - HCL
AFU-65	GAUCHER	4	POLYCLINIQUE DE GENTILLY
AFU-66	LAGRANGE	3	SAS CLINIQUE SAINT-JEAN - L'ERMITAGE; CLINIQUE DE L'ERMITAGE
AFU-67	LE GOUX	4	CLINIQUE SAINT LOUIS
AFU-68	DARCQ	10	CAPIO CLINIQUE SAINT VINCENT BESANCON; POLYCLINIQUE DE FRANCHE COMTE; CLINIQUE ST MARTIN
AFU-70	BERTHELOT	4	HOPITAL PRIVÉ DES COTES D'ARMOR
AFU-71	DUPITOUT	7	NOUVELLE CLINIQUE BEL AIR
AFU-72	FIARD	9	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE GRENOBLE
AFU-73	CHELLY	2	CLINIQUE SAINT JOSEPH
AFU-74	LE CLERC	3	SANTE ATLANTIQUE
AFU-75	MANDRON	4	CLINIQUE DU PRE
AFU-78	HUREL	7	CHU/HU PARIS OUEST SITE G POMPIDOU APHP
AFU-80	ROUSSEAU	5	CLINIQUE UROLOGIQUE NANTES ATLANTIS

Tableau 4b - Liste des équipes accréditées (équipes AFU-33 à AFU-80).

Vos propositions sont les bienvenues. N'hésitez pas à nous contacter directement et nous faire parvenir vos idées. Nous pouvons vous aider à développer vos idées de gestion des risques.

L'avenir souhaité de l'accréditation, après la validation du DPC, tend vers la recertification des urologues. Dans ce contexte, l'accréditation permettra de manière vertueuse la validation de nos obligations professionnelles en une seule étape (au lieu de 3 séparées). Le recrutement de nouveaux Experts afin de nous aider à gérer cette communauté urologique reste primordiale.

Vanessa AVRILLON, Stéphane BART, Bertrand POGU

**Nous recherchons
de nouveaux experts !**

Contactez-nous :
secretariat@urorisq.org

Comité de rédaction d'UROjonction

Rédactrice en chef :

Priscilla LEON
bertrandpriscilla@yahoo.fr

Secrétaires de rédaction :

Olivier ALENDA
olivier.alenda@hotmail.fr

Stéphane BART
stephane.bart@ght-novo.fr

Julien DEFONTAINES
julien.defontaines@gmail.com

Gaëlle FIARD
gaellef@gmail.com

Blandine TAMARELLE
Blandine.tamarelle@gmail.com

Coordination générale :

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

Courrier à adresser à :

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

Mise en page et impression :

Accent Aigu
accent-aigu@wanadoo.fr

Nouveau référentiel risque des Organismes Agréés (OAs) en 2024 et orientation vers l'harmonisation vers le référentiel qui valide la certification périodique des professionnels de santé !

Depuis maintenant plusieurs mois, la HAS est très attentive à ce qui se passe du côté de la certification périodique des professionnels de santé (CPPS). Comme d'ailleurs à l'époque, elle l'était sur le développement professionnel continu (DPC). Nous avons donc anticipé l'articulation avec la CPPS. Dès la sortie du rapport du Pr Serge Uzan qui vantait les mérites de l'accréditation des médecins ([rapport_recertification_05112018.pdf](https://sante.gouv.fr/rapport_recertification_05112018.pdf) (sante.gouv.fr), [2020-028r.pdf](https://igas.gouv.fr/2020-028r.pdf) (igas.gouv.fr)), nous nous sommes dit qu'il fallait la faire évoluer pour que cette dernière réponde aux exigences de la CPPS. D'autant que le rapport du Pr Serge Uzan comme celui de l'IGAS, insistaient sur la prise en compte de ce que faisait déjà les professionnels.

Cela est chose faite avec l'évolution du cahier des charges des OA.

Le nouveau programme répond en tous points aux exigences de la CPPS avec les deux nouveaux piliers (relation patient et santé du médecin).

Le décret n'est pas encore paru (en cours d'analyse au conseil d'Etat) mais nous avons espoir que l'articulation soit pleinement faite.

Valoriser l'accréditation d'équipe... Accréditation des médecins et certification des établissements, convergences...

L'équipe, c'est la solution à la gestion des risques ! Bien travailler en équipe cela sécurise les prises en charges et améliore les conditions de travail.

Donc, il faut le dire et l'afficher. C'est pourquoi en plus du certificat individuel qui permet à chaque médecin de faire valoir ses droits, mon service délivre une « jolie » attestation de réalisation d'accréditation en équipe.

Cette attestation peut être affichée dans la salle d'attente ou de consultation : une manière de valoriser chaque membre de l'équipe et de rassurer les patients.

Et nous sommes en train de réfléchir pour que cela puisse être facilement affiché sur notre nouveau site Qualiscope, qui permet de comparer les établissements de santé entre eux (*Haute Autorité de Santé - QualiScope - Qualité des hôpitaux et des cliniques* (has-sante.fr)).

Une autre façon de valoriser aussi l'accréditation est d'en parler en interne dans son établissement et lors du passage des experts visiteurs de la certification, car l'accréditation cela permet de répondre à des exigences de la certification des établissements. Le référentiel de la certification des établissements de santé s'intéresse à l'accréditation des médecins et équipes médicales au travers de 3 critères :

- critère impératif, 2.4-04 : les équipes améliorent leur pratique en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés ;
- critère avancé, 3.4-02 : La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe ;
- critère avancé, 3.7-06 : l'accréditation des médecins des équipes médicales est promue dans l'établissement.

has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-09/manuel_2024.pdf

Accréditation d'équipe multidisciplinaire, Accréditation d'équipe multiprofessionnelle...

L'accréditation en équipe de plusieurs disciplines est possible voire recommandée car cela correspond en fait à la vraie vie d'une équipe. C'est en fait assez simple, chaque équipe monodisciplinaire rapporte à son OA ce qu'elles ont fait en commun en multidisciplinaire. Le Système d'Information de l'Accréditation des Médecins (SIAM) est maintenant opérationnel pour le dire facilement. Et l'attestation remise le valorise aussi. Et c'est la même chose pour le multiprofessionnel : le SIAM permet d'indiquer qui a participé à



Dr Laetitia MAY-MICHELANGELI

*Chef de service
Evaluation et Outils pour la qualité
et la sécurité des soins
Haute Autorité de Santé*

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

l'accréditation de l'équipe médicale. Les personnes identifiées seront alors citées aussi sur l'attestation. Attention cependant : ces personnes n'étant pas médecins ou issus d'une autre spécialité que celles listées dans l'accréditation, les personnes n'auront pas de certificat individuel pour faire valoir leur droit. Cela doit s'organiser autrement : avec l'établissement ou le conseil national professionnel (CNP)

Autres nouveautés (évolution du site de l'accréditation)...

Le SIAM évolue au regard de l'ambition que l'on a de doubler le nombre d'équipes engagées en 2 ans : le système est plus fluide, la gestion des équipes est facilitée, la prise en compte du nouveau programme intégrée, et j'espère même que l'ergonomie, un peu vieillotte aujourd'hui, puisse bénéficier d'un coup de jeune d'ici fin 2024 ! Et nous allons lancer un plan de communication avec les OA pour engager encore plus de médecins, d'autant que l'enquête de perception menée auprès des médecins nous apprend que 77 % des médecins accrédités considèrent que cela permet d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et des pratiques.

Nous restons en permanence à l'écoute des médecins accrédités et des OA afin de faciliter les démarches.

Laetitia MAY-MICHELANGELI
Propos recueillis par Stéphane BART



Franck
BRUYÈRE



Priscilla
LEON

Afin de remercier les urologues déjà impliqués, voici la restitution des données de la mission SPICMI.

Depuis 1999, la surveillance des infections du site opératoire (ISO) était organisée dans le cadre du réseau RAISIN-ISO. Il n'a pas été possible de proposer une surveillance nationale en 2019, le programme ayant été interrompu fin 2018 sans possibilité de phase transitoire avec le nouveau système. Dès 2020, le programme de surveillance et prévention du risque infectieux en chirurgie et médecine interventionnelle (SPICMI) a proposé de nouvelles modalités pour la surveillance nationale en promouvant l'extraction automatique progressive des données de surveillance à partir des données informatisées hospitalières locales (SIH) à travers une semi-automatisation du recueil et de la détection des ISO.

Les établissements de santé (ES) souhaitant participer à la surveillance doivent s'inscrire préalablement au programme. Une inscription n'engage pas les ES à participer aux deux volets du programme (surveillance et prévention). Cependant, une participation conjointe est souhaitable. La participation est volontaire. Chacun des ES participants doit désigner un référent unique (surveillance et/ou prévention).

Ce protocole propose 2 niveaux de surveillance :

- Une surveillance sans recueil de facteurs de risque (« *unit-based* ») : seules les informations individuelles des patients ayant eu une ISO sont demandées, sans recueil de facteurs de risque ni comorbidités. Afin d'estimer un taux d'ISO brut, le nombre total d'interventions réalisées doit également être renseigné.
- Une surveillance avec recueil des facteurs de risque (« *patient-based* ») : recueil des informations individuelles pour l'ensemble des patients avec un recueil des facteurs de risque et des comorbidités (volet optionnel). Le niveau de surveillance reste à définir pour chacune des spécialités choisies avant toute extraction des données du système d'information hospitalier (SIH).

SPICMI : surveillance et prévention du risque infectieux en chirurgie et médecine interventionnelle

La mission a pour but la modernisation du programme national de surveillance des ISO :

- d'une méthodologie manuelle vers une méthodologie semi-automatique ;
- le programme promeut l'extraction automatique des données de surveillance à partir des données hospitalières informatisées (SIH) ce qui évite le travail fastidieux de recueil le plus souvent réalisé par l'équipe d'hygiène hospitalière ou du CLIN.

Des objectifs similaires au programme RAISIN-ISO :

- construire et valider des indicateurs permettant de rendre compte du risque d'ISO brut et si possible ajusté sur des facteurs de risque ;
- permettre aux services/unités de chirurgie de :
 - connaître leur taux d'ISO brut (ou ajusté) ;
 - se positionner par rapport à un ensemble de services/unités et de patients comparables ;
- produire des données de référence à l'échelle nationale et internationale.

L'implication des chirurgiens est primordiale, il s'agit d'une participation volontaire, et la participation au programme de prévention en parallèle est souhaitable. Elle est encore plus souhaitable en urologie car décider qu'il s'agit d'une infection post-opératoire reste le domaine du clinicien, le seul rendu bactériologique ne suffit pas à démontrer l'infection. De plus, de nombreux symptômes pouvant faire évoquer une infection sont fréquents en post-opératoire tels que les urgenturies après résection de la prostate.

Chaque établissement de santé doit choisir au moins une spécialité chirurgicale et une intervention.

Pour l'urologie, 3 interventions sont possibles, pour donner suite à la décision conjointe entre méthodologistes SPICMI et membre AFU du réseau (F. Bruyère, en accord avec le CIAFU) :

- résection trans-urétrale de prostate ;
- prostactectomie ;
- urétéroscopie (diagnostique, pour calcul, pour tumeur).

Une extraction rétrospective des données de surveillance à partir du SIH local :

- population cible : interventions réalisées entre le 1^{er} janvier et le 30 juin (ici 2022) chez des patients âgés de 18 ans et plus
- période de surveillance :
 - période d'inclusion des actes chirurgicaux à surveiller : 6 mois entre le 1^{er} janvier et le 30 juin (ici 2022) ;
 - délai nécessaire à la détection des ISO* : fenêtre de 30 jours suivant l'intervention surveillée.

Détection de cas d'ISO, dans le cadre de la chirurgie urologique

Méthodologie proposée

Critères principaux

- prélèvement microbiologique positif (ECBU) bactériurie ≥ 103 ufc/ml ;
- prescription d'antibiotiques de plus de 48h (hors antibioprofylaxie).

L'association de ces deux critères arguant en faveur d'une infection post-opératoire.

Critères secondaires

Critères dont l'interprétation est nécessaire pour déterminer une infection post-opératoire :

- signes cliniques d'infection ;
- signes cliniques généraux (i.e. : fièvre $\geq 38,5^\circ\text{C}$), ET/OU...
- signes locaux d'infection (i.e. : signes évocateurs d'infection urinaire de type impériosités mictionnelles, pollakiurie, brûlures mictionnelles ou douleurs sub-pelviennes en absence d'autres causes infectieuses), ET/OU...
- signes radiologiques (i.e. : évidence d'un abcès en cavité abdominale).

Etape 2 - Définition des niveaux de suspicion : la combinaison de critères permet de définir les niveaux de suspicion suivants

1 - Aucune suspicion d'ISO : aucun critère principal de suspicion retrouvé.

> Aucun retour au dossier par l'EOH (équipe opérationnelle en hygiène) ni nécessité de confirmation / validation par le chirurgien.

2 : Suspicion d'ISO moyenne : ≥ 1 critère principal de suspicion retrouvé.

> Retour au dossier patient par l'EOH (recherche de critères secondaires).

A. Absence de critère secondaire : aucune suspicion d'ISO.

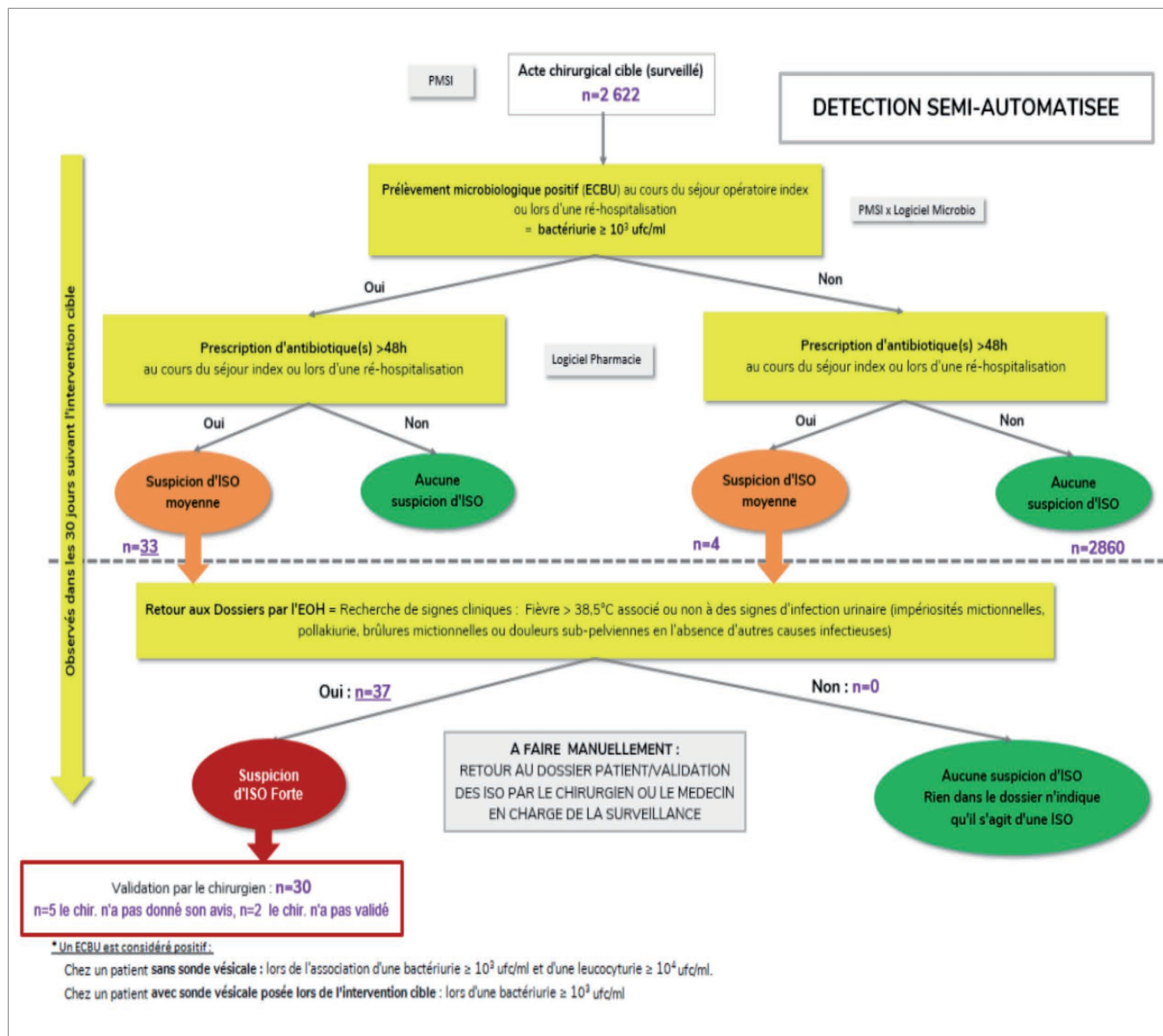
> Aucune nécessité de confirmation / validation par le chirurgien ou médecin en charge de la surveillance.

B. Présence de critère(s) secondaire(s) : suspicion d'ISO forte.

> Une validation de la suspicion d'ISO par le chirurgien ou médecin en charge de la surveillance est requise : c'est toujours votre expertise qui confirme.

La mission SPICMI 2022

- Sur la « unit based » : toutes chirurgies sur 448 services et 91 920 interventions, il y a eu 208 évènements signalés.
- Sur la « patient-based » : toutes chirurgies sur 128 services et 25 396 interventions, il y a eu 50 évènements signalés.



Algorithme de chirurgie urologique sur la base patient.

Taux d'incidence des ISO selon le type de spécialités et d'interventions

Spécialité/ Intervention	UNIT-BASED		PATIENT-BASED	
	Nb interventions	Taux d'ISO	Nb interventions	Taux d'ISO
Chirurgie orthopédique	34 268	1,12	7 981	1,54
Prothèse de hanche (primaire ou de première intention)	18 266	1,29	4 437	1,51
Prothèse de genou (primaire ou de première intention)	13 443	0,69	2 844	0,95
Reprises de prothèse de hanche	1 657	2,66	520	4,23
Reprise de prothèse de genou	902	1,33	180	3,89
Chirurgie digestive	12 839	1,27	3 572	2,35
Chirurgie colorectale	7 935	1,73	2 409	3,11
Appendicectomie	4 904	0,53	1 163	0,77
Chirurgie gynéco-obstétrique	27 601	1,00	8 803	1,66
Césarienne	13 975	0,72	4 237	1,23
Chirurgie mammaire	13 626	1,29	4 566	2,06
Chirurgie urologique	9 925	1,17	2 622	1,41
Urétéroscopie	4 289	0,37	1 104	0,72
Prostatectomie	1 452	2,82	360	3,33
Résection trans-urétrale de la prostate	4 184	1,42	1 158	1,47
Neurochirurgie	5 065	0,73	1 276	1,65
Chirurgie de hernie discale à l'étage lombaire	2 363	0,30	548	1,46
Laminectomie et intervention sur le rachis	2 702	1,11	728	1,79
Chirurgie cardiaque	2 222	3,69	1 142	3,50
Pontage aorto-coronarien avec greffon local	1 101	5,63	446	6,28
Pontage aorto-coronarien avec greffon sur un autre site	88	0,00	13	7,69
Chirurgie de remplacement des valves cardiaques	1 033	1,94	683	1,61
Total	91 920	1,15	25 396	1,78

Pour la « Unit-Based », on retrouve sur 4 289 urétéroscopies un taux ISO de 0,37, sur 1 452 prostatectomies un taux ISO de 2,82 et sur 4 184 RTUP un taux ISO de 1,42. Pour la « Patient-Based », on retrouve sur 1 104 urétéroscopies un taux ISO de 0,72, sur 362 prostatectomies un taux ISO de 3,33 et sur 1 158 RTUP un taux ISO de 1,47.

UNIT-BASED : 60 établissements, 9 925 interventions et 116 ISO

PATIENT-BASED : 17 établissements, 2 622 interventions et 37 ISO

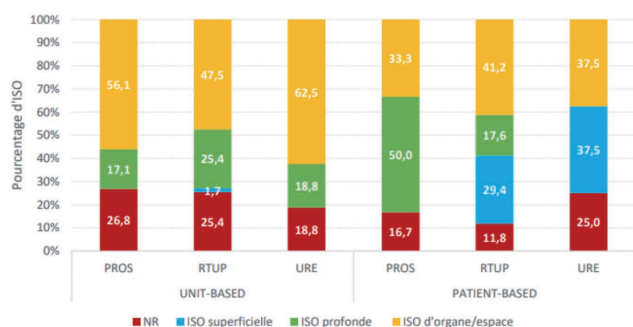
Nombres d'interventions et ISO

	Unit-Based		Patient-Based	
	Nb interv	Nb ISO	Nb interv	Nb ISO
Urétéroscopie (URE)	4 289	16	1 104	8
Prostatectomie (PROS)	1 452	41	360	12
Résection trans-urétrale de la prostate (RTUP)	4 184	59	1 158	17

La délai de survenue des ISO depuis l'intervention (en jours)

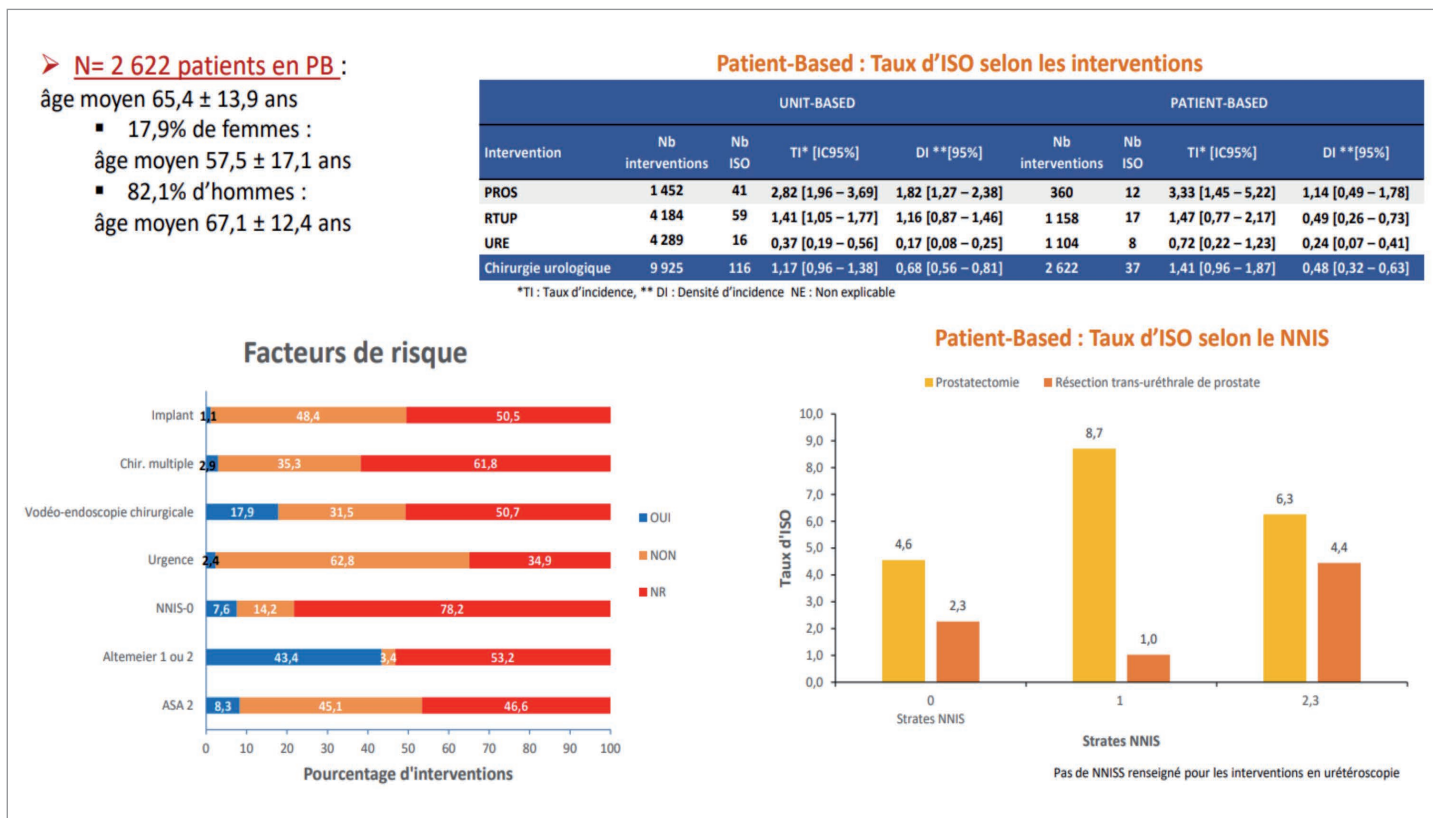
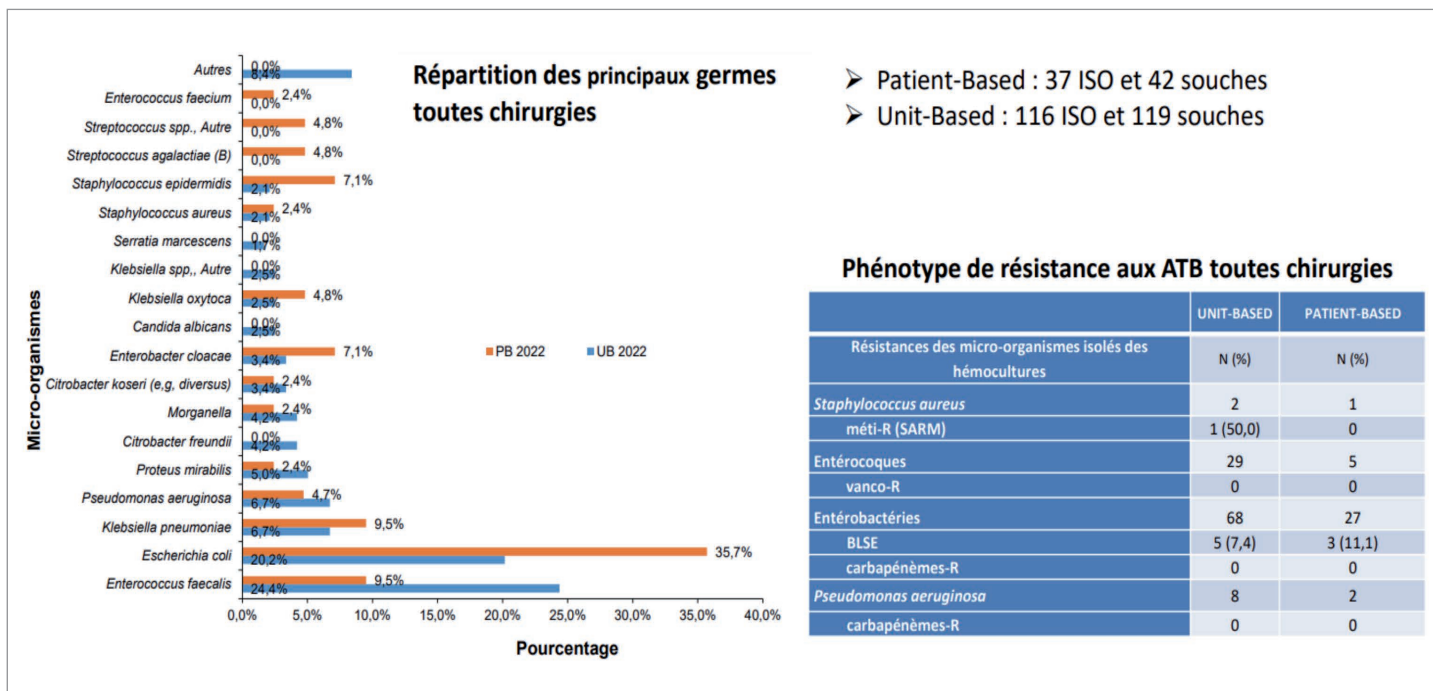
	Moyenne ± ET	Médiane [Q1-Q3]
Unit-Based	8,4 ± 6,9	6,0 [3,0 – 10,5]
Patient-Based	8,6 ± 8,2	6,0 [2,0 – 11,0]

Répartition des ISO selon le degré de profondeur et le type d'intervention



Répartition des ISO selon le critère diagnostique

	UNIT-BASED	PATIENT-BASED
Critère diagnostic des ISO	N (%)	N (%)
Reprise chirurgicale avec prélèvement microbiologique positif	9 (7,8)	5 (13,5)
Reprise chirurgicale avec signes cliniques d'infection	3 (2,6)	-
Prélèvement microbiologique positif avec signes cliniques d'infection	89 (76,7)	28 (75,7)
Prescription d'ATB > 48h et signes cliniques d'infection	15 (12,9)	4 (10,8)
Total	116 (100 %)	37 (100%)



Pour plus d'information, n'hésitez pas à aller sur le site : <https://spicmi.fr/>

Actuellement, sur tout février 2024 à lieu de recueillir pour l'année 2023.

Pour ceux qui le souhaite, via cette plateforme il est possible de rentrer les données, de les importer, d'éditer des rapports et de suivre l'évolution grâce à des indicateurs. Evidemment il existe des biais liés à l'interprétation des signes post-opératoires mais

la méthodologie semi-automatique réduit ces biais, plus vos établissements participeront plus les données seront fiables. Merci à tous.

Franck BRUYÈRE, Priscilla LEON



Maxime VALLÉE
Responsable du
CIAFU

Renouvellement au Comité d'infectiologie de l'AFU

Me voilà engagé au sein du CIAFU depuis maintenant 2015. Le conseil d'administration de l'AFU m'a accordé sa confiance pour succéder, en tant que responsable du CIAFU, au Professeur Franck Bruyère que je tiens ici à remercier très chaleureusement pour tout le travail qu'il effectue au sein du CIAFU depuis de nombreuses années et pour la dynamique qu'il a su insuffler au sein de ce comité très actif et prolifère.

Nous avons la chance, au sein de ce comité, de travailler avec de nombreux experts de différentes spécialités ce qui est un atout certain pour assurer la transversalité de cette surspécialité tout en assurant notre crédibilité au sein des différentes sociétés savantes qui valident tous les différents travaux émanant du CIAFU, permettant ainsi à l'AFU de rester un des leaders incontournables de cette surspécialité.

C'est dans la continuité des différentes démarches engagées par le Professeur Bruyère que je souhaite m'inscrire. Les différents travaux initiés au travers des recommandations courtes du CIAFU seront poursuivies afin de continuer à fournir des référentiels pratiques permettant de mieux définir le cadre réglementaire, parfois encore flou, qui règne autour de la pratique de l'infectiologie urinaire. À ce titre, nous devrions, pour la fin 2024, sortir deux recommandations sur la place de l'ECBU avant néphrectomie partielle et avant prostatectomie radicale.

Les partenariats avec les sociétés savantes, notamment la SPILF ou la SFAR, sont sources

de nombreux travaux comme le démontrent les dernières recommandations sur l'antibioprophylaxie en chirurgie (sortie en décembre 2023) ou encore la prochaine mise à jour des recommandations sur les infections urinaires masculines qui devrait paraître en fin d'année 2024. Ces relations privilégiées seront bien évidemment maintenues et développées afin d'avancer conjointement sur ces thématiques frontalières mais dans lesquelles l'urologie doit rester leader.

Le CIAFU, via ses différents membres, est également porteurs de nombreux projets rétrospectifs (évaluation de l'intérêt de l'ECBU avant prostatectomie, avant néphrectomie partielle ou totale, gestion de la colonisation urinaire, etc.) mais également d'études de plus grande envergure avec des PHRC nationaux en cours (ABLA-J) ou accepté (PROSTABACT). Une lettre d'intention a été acceptée au premier tour du PHRC national 2024 pour une étude de non-infériorité concernant la réalisation de l'ECBU avant RTUV (RUPTURE).

Parallèlement à cela, le CIAFU poursuivra sa collaboration avec l'EAU et le comité européen d'infectiologie (ESIU) dans les différents projets de recherche internationaux entamés afin de renforcer la place de l'AFU et de la France au sein de ce comité. Nombre d'entre vous ont validé leur participation au projet européen DEEP-uro et je vous en remercie !

Enfin, un projet me tenant particulièrement à cœur, et pour lequel le soutien de l'AFU nous sera indispensable, est l'élaboration d'un registre national sur la colonisation urinaire :

épidémiologie, durée, traitement, complications infectieuses, etc. Force est de constater que cette thématique quotidienne, source de nombreux questionnements sans réponse et impliquant directement la responsabilité des urologues, est à l'heure actuelle très mal définie sur le plan scientifique. La création d'un tel registre au niveau national permettrait enfin d'apporter de *evidence-based medicine* pour définir des recommandations plus précises et limiter le risque infectieux post-opératoire de nos patients.

J'ai bien conscience qu'il s'agit là de projets ambitieux mais je vous garantis que j'y mettrai toute mon énergie et toute ma détermination afin d'œuvrer pour l'évolution de cette surspécialité dans laquelle l'urologie se doit de continuer à être leader. J'ai pour cela la chance d'avoir à mes côtés des experts aussi brillants que sympathiques. Avant toute chose, c'est eux qu'il faut remercier chaleureusement pour tout le dynamisme qu'ils continuent d'insuffler à ce comité. Merci à donc à Pierre Arnaud, Matthieu Boisson, Kévin Bouiller, Franck Bruyère, Vincent Cattoir, Patrick Coloby, Emilien de Mazancourt, Aurélien Dinh, Leslie Guillon, Constance Le Goux, Martine Pestel Caron, Joseph-Alain Ruimy, Fabien Saint, Albert Sotto, Audrey Therby et Jean-Ralph Zahar.

Le comité est ouvert à toute personne motivée par l'infectiologie urinaire et l'envie de « casser des dogmes » !

Alors, rejoignez-nous !

Maxime VALLÉE

13-14 SEPTEMBRE 2024
PARIS, FRANCE
MAISON DE L'UROLOGIE

AFU ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE
www.urofrance.org

URO DIFFUSION

Connectez-vous!

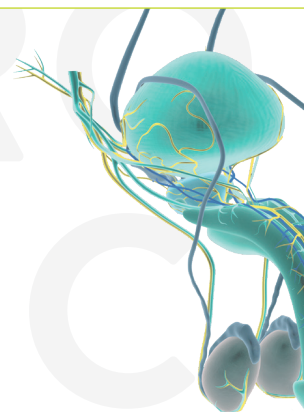


SAVE THE
DATE!

JAMS

JOURNÉES D'ANDROLOGIE & MÉDECINE SEXUELLE

E-JAMS FRANCOPHONES 2024 / FASULF
(LIVE STREAMING POUR LES PAYS FRANCOPHONES)





Priscilla
LEON

Retour sur les séminaires d'urologie continue 2024

Vous ne connaissez pas encore les SUC, certains diront que c'est une continuité de l'ECU. Il s'agit des séminaires d'urologie continue. Les SUC se déroulent sur Paris. Cette année, malgré la neige, 91 participants venus de toute la France ont rejoint les intervenants.

Cette formation est validante pour votre obligation de Développement Professionnel Continu (DPC) et rentre dans les actions prioritaires du Conseil National professionnel d'Urologie (CNPU). À ce titre, vous pouvez être indemnisé à hauteur de 720 € pour les libéraux ou remboursé de vos frais d'inscription et déplacement pour les hospitaliers. Pour valider votre DPC, vous devez sur 3 ans valider au minimum 2 actions différentes parmi formation cognitive/analyse de pratique/simulation, une au moins doit être une action prioritaire de la spécialité. Vous pouvez participer à plusieurs actions de DPC par an tant que vous n'avez pas atteint votre plafond d'indemnisation de 21h/an.

Il y avait cette année 5 modules :

- cancérologie prostate/OGE ;
- urologie fonctionnelle ;
- infectiologie ;
- lithiase ;
- cancérologie vessie/rein.

Et les retours sont unanimes : topos et intervenants très bien notés, avec des qualités pédagogiques soulignées et une disponibilité des enseignants très appréciée. L'ambiance conviviale a permis à chacun de s'exprimer. Le séminaire a été bénéfique pour 100 % des participants et près de 85 % d'entre eux vont changer leurs pratiques suite au module qu'ils ont suivi. Seul le point de rendez-vous et la localisation ont été un peu moins appréciés pour 5 % des participants.

Pour ma part, j'ai participé au SUC d'infectiologie et outre la qualité des intervenants et leur pédagogie, l'ambiance et les échanges avec les participants m'ont permis de me mettre à jour sur les dernières recommandations et les derniers changements d'antibio-prophylaxie. Journées denses, intenses mais de grande qualité.

Alors on vous attend pour la prochaine édition en 2025 !

Priscilla LEON



Isabelle
SOUILLAC

Les jeudi 18, vendredi 19 et samedi 20 janvier derniers, se sont déroulés les SUC à Chantilly.

Inscrite avec 22 autres urologues dans le module Prostate/OGE, nous

avons bénéficié de l'expérience et de l'expertise de Raphaële Renard-Penna, Pierre Mongiat-Artus, François Rozet, Philippe Beuzeboc et Xavier Durand.

Avec des topos clairs et didactiques, en petit comité et dans un cadre très agréable (et également enneigé cette année), nous avons pu remettre à jour nos connaissances, réfléchir et adapter notre pratique quotidienne et échanger sur les pratiques de chacun.

C'est une expérience très enrichissante qui valide également le DPC.

A conseiller sans aucun doute !

Isabelle SOUILLAC



Nadia ABID

J'ai participé en tant qu'enseignante au module lithiase des SUC pour la 2^e année consécutive.

Je trouve ces journées de formation très sympa, riches en échanges avec les collègues participants, mais aussi avec les autres enseignants avec qui j'ai partagé ce module : Olivier Traxer, Paul Meria, Christian Saussine, Vincent Estrade, Jean-Philippe Haymann et Michel Daudon. Il ne s'agit pas simplement d'un enseignement descendant. Les participants peuvent d'ailleurs venir avec leurs cas cliniques complexes, pour discuter ensemble des possibilités thérapeutiques et des trucs et astuces.

Nous avons abordé des sujets variés, de la LEC et l'urétéroscopie au bilan métabolique, en passant par les caractéristiques et réglages des différents lasers, jusqu'aux cas particuliers comme les syndromes de jonction ou les calculs dans les dérivations urinaires. Les principaux points des nouvelles recommandations ont été abordés pour une mise au point actualisée sur le sujet. Notre groupe était constitué d'une vingtaine de personnes, petit groupe favorisant l'interactivité.

Le cadre de ces journées est également très agréable, avec plusieurs salles pouvant donc accueillir les différents modules. C'est un bus qui vient nous chercher à la gare de Lyon pour nous emmener à Chantilly et, cette année, on est arrivé sous la neige : magique !

Tous les participants des différents modules se retrouvent ensuite aux différentes pauses et repas, ce qui favorise encore la convivialité.

Pour ceux qui ne connaissent pas les SUC, c'est l'ECU pour les « vieux » !! et ça valide le DPC (donc indemnisé pour les libéraux ! et pris en charge par les établissements pour les hospitaliers...) : tous les ingrédients sont réunis pour une formation AFU au top !

Nadia ABID (responsable SUC lithiase)



Alain RUFFION

Cela fait déjà quelques années que j'ai la chance d'animer les SUC sur la thématique de l'urologie fonctionnelle aux côtés de Xavier Gamé, Grégoire Robert, Xavier Deffieux (gynécologue) et Alexia Even (MPR). Chacune de ses formations est l'occasion de rencontrer des collègues de tous les horizons de la pratique urologique (libéraux, praticiens hospitaliers en CHR, CHU et/ou PSPH). La représentation de tous les territoires et des différentes générations est également intéressante car elle permet de confronter les difficultés de chacun dans des environnements parfois très diffé-

rents. La chance d'être urologue se mesure particulièrement dans ces sessions et permet de voir avec quelle rapidité les bonnes pratiques peuvent se diffuser, mais aussi la remarquable homogénéité que notre société savante a permis de maintenir malgré les très importantes évolutions de ces dernières années.

Je suis pour ma part assez convaincu que cette qualité de pratique vient en partie des efforts sur la formation initiale comme l'ECU, mais aussi sur toutes les journées thématiques régulièrement proposées, ainsi que les outils de formation en ligne qui ont été proposés sur les différentes sous-spécialités de l'urologie et qui permettent à tout urologue qui en a la volonté de rester informé des évolutions de l'urologie.

Des séminaires présentiels comme les SUCs restent, me semble-t-il, essentiels pour permettre de sanctuariser un temps dédié à la formation. Les échanges en session mais aussi les échanges informels au moment des pauses et des repas sont ainsi l'occasion de réfléchir ensemble sur les évolutions de nos pratiques. Même en tant « qu'enseignant », je n'ai pas encore assisté à une session ou je n'ai pas appris de nombreux points que j'ai pu mettre en œuvre dans ma pratique ou mon enseignement et auxquels je n'aurais pas forcément pensé si je n'avais pas participé aux SUCs.

Alain RUFFION

(responsable SUC Urologie Fonctionnelle)



C'était mes premiers SUC et j'ai adoré !

L'ambiance était excellente et bienveillante. C'est très intéressant

d'échanger avec des confrères de tous âges et tous bords.

Les orateurs étaient facilement accessibles. Je ne m'attendais pas à ce que le rythme soit aussi dense et soutenu. Les sujets abordés étaient variés et l'hôtel était très agréable.

Je ne manquerai pas de m'inscrire aux prochaines sessions.

Emir BAYDAROGLU

(participant SUC Urologie Fonctionnelle)

Robot Dexter

La société Distalmotion basée à Lausanne a développé le système robotique Dexter, qui a obtenu le marquage CE en 2020 et a réalisé les premiers cas cliniques en Suisse en 2021.

Distalmotion est une société commerciale qui dispose de plusieurs installations en France, en Allemagne et en Suisse.

Dexter est composé d'une console ouverte stérile pour le chirurgien, de deux bras robotisés modulaires pour les instruments et d'un bras porte caméra adaptable aux différentes colonnes de coelioscopie.

Dexter dispose d'une famille de cinq instruments entièrement articulés à usage unique, offrant à l'utilisateur de la dextérité et de la précision dans ses mouvements, avec des exigences de stérilisation réduites et des performances d'instrumentation garanties.

Dexter est conçu pour offrir les avantages de la robotique à un plus grand nombre d'hôpi-

Droit de réponse suite à l'article sur la robotique paru dans l'UROjonction n°129 (Club de robotique, pages 24-25).

taux en étant simple et facile d'utilisation et plus accessible en tant que système modulaire, léger et ouvert.

En tant que système ouvert, Dexter est conçu pour s'adapter naturellement aux systèmes d'imagerie 3D, instruments actifs, agrafeuses et d'autres dispositifs laparoscopiques.

Droit de réponse

Les chirurgiens opèrent dans un champ stérile et peuvent choisir de passer facilement de la chirurgie laparoscopique à la chirurgie robotique en utilisant le même placement de trocarts en fonction de l'étape de la procédure.

À ce jour, quatre publications ont été évaluées dans les domaines de l'urologie, de la gynécologie et de la chirurgie générale, et plus de 230 opérations ont été réalisées en urologie (800 en incluant la chirurgie digestive et gynécologique).





Marc-Olivier
BITKER

Préparation psychologique à la retraite ou comment continuer à « être » après « avoir été »

Certains psychologues décrivent trois adolescences au cours d'une vie. La première est la période qui nous fait passer de l'enfance à l'âge adulte, la seconde celle souvent étiquetée « crise de la quarantaine » du moins chez l'homme et la troisième celle de la retraite parfois attendue mais aussi redoutée notamment par ceux ou celles qui ont vécu avec passion une vie professionnelle très active.

A) Aspect analytique de la construction identitaire par le travail

Se préparer à la retraite c'est, à l'évidence, revisiter la valeur travail, très malmenée ces dernières années, entre peur du chômage, conséquences de la pandémie du Covid-19 et plus récemment débats autour de la loi sur la réforme des retraites.

Ces différents facteurs ont modifié de façon importante la relation que chacun pouvait avoir avec son travail.

Se préparer à la retraite, c'est aussi prendre toute la mesure de notre ambivalence face à cette valeur travail, à la fois jugée comme constitutive de notre identité – le travail faisant de nous ce que nous sommes dans la société –, mais aussi parfois rejetée ou simplement mise de côté chaque fois que cela semble possible.

Il semble alors indispensable d'avoir une vision analytique de ce qu'est l'identité au travail. De nombreux auteurs ont exploré cette thématique, dont Marie Potiron en créant la psychodynamique du travail, discipline qui prend pour objet, dans la lignée des travaux de Christophe Dejourné, l'ensemble des problématiques afférentes au travail.

Cette discipline inclut donc non seulement les pathologies et les souffrances liées aux conditions de travail, mais aussi le plaisir et la construction identitaire que cette activité procure.

Ces auteurs mettent en avant la dynamique de reconnaissance dans la construction de l'identité professionnelle.

Il faut toutefois se garder de confondre reconnaissance et gratitude. En effet, si la gratitude est la contrepartie (généralement sous forme de rémunération) d'un service qui vous est rendu par un tiers, la véritable

reconnaissance, quant à elle, émane de vos pairs sur la base de vos qualités personnelles et professionnelles. C'est autour de cette reconnaissance que se construit notre identité professionnelle, mais également une part essentielle de notre identité personnelle. La psychodynamique du travail considère que cette double identité est l'armature de la santé mentale et qu'elle est donc personnelle, jamais conquise ni stabilisée, et résulte d'un compromis entre la biologie, le psychosocial et le social.

L'identité se construit ainsi dans le champ du travail, par le biais de l'affect. Il est de ce fait valorisant pour chacun d'être reconnu comme un bon professionnel par sa hiérarchie ou par ses pairs. Si cette dynamique est enrayée, par exemple par un échec ou par la retraite, l'identité est atteinte et toute l'économie psychique et relationnelle de l'individu en est affectée.

Claude Halmos, essayiste et psychanalyste, dit que, dans l'esprit de certains retraités, la perte bien réelle de l'activité professionnelle – « *Je n'ai plus...* » – peut alors se transformer en perte imaginaire au niveau de son être – « *Je ne suis plus...* ». La plupart des maladies qui nous emportent résultant pour partie de notre vécu, ce lien intime entre identité et travail est probablement la raison pour laquelle un certain nombre de gens qui prennent leur retraite tombent malades et meurent dans les mois qui la suivent.

B) Sources de l'anxiété à la perspective de la retraite

Les sources de l'anxiété ressentie à l'approche de la retraite sont au moins de cinq natures différentes.

- La source d'anxiété la plus évidente est de penser que la retraite est la dernière étape de la vie et qu'il ne reste plus à la personne, dès lors qu'elle cesse de travailler, qu'à attendre sa fin.
- Ensuite, pour nombre de personnes, la diminution des revenus est un autre facteur d'anxiété. Y faire face suppose d'avoir pris des dispositions pour bénéficier de ressources complémentaires afin de mieux vivre sa retraite.
- Vient ensuite la rupture du lien social tissé tout au long de la vie professionnelle, fac-

teur d'autant plus important si l'on exerçait une profession à responsabilité au sein ou à la tête d'une équipe.

- L'absence de perspectives est probablement l'un des vrais drames. Il est cependant difficile de préconiser des solutions générales pour s'en prémunir, certains aimant la peinture, d'autres la musique, les voyages ou le bricolage...
- Enfin, c'est surtout l'impression de n'être plus utile à rien qui domine chez nombre de retraités. Ce sentiment de dépréciation affecte profondément l'estime que chacun a de soi, le regard des actifs, parfois inconsciemment cruels, et les stéréotypes sociaux le renforçant.

C) Les représentations linguistiques de la retraite en Europe

En France, sur le plan linguistique, partir en retraite, c'est être mis en retrait, être rayé des effectifs, voire être « mis au rencart », comme on l'entend parfois. C'est donc subir une fatalité dévalorisante.

Si, au Royaume-Uni, « *to retire* » peut avoir une connotation proche de la nôtre, il n'en va pas de même en Espagne où le terme retraite est traduit par « *jubilación* », *jubilarse*, voulant dire se réjouir. Les Italiens préférèrent dire « *andare in pensione* », soit toucher une pension, en mettant l'accent sur la dimension financière qui accompagne leur cessation d'activité. Les Allemands, quant à eux, diront « *sich zu ruhe setzen* » ou « *in ruhestand gehen* », soit s'installer dans le repos, dans le calme.

En ne parlant que des pays qui nous sont proches, on constate que les représentations de la retraite sont donc très différentes.

D) Préparation à la retraite proprement dite

« *La retraite, c'est d'abord la perspective que l'on en a...* », écrit Claude Halmos. Le problème se posera donc très différemment pour celui dont des années de manipulation de lourdes charges auront brisé le dos et pour le col blanc... La perception qu'en aura le chirurgien et singulièrement l'urologue est aussi particulière notamment du fait de l'aura qui entoure ce métier.

Quelques propositions (non exhaustives) pour préparer au mieux sa retraite.

1- La retraite est une nouvelle phase de la vie pas la dernière. À la retraite, on peut vivre enfin, pour la première fois depuis la petite enfance, à son propre rythme. Cette liberté et cet égoïsme autorisés retrouvés sont des points extrêmement positifs sous réserve de ne pas se couper du monde.

2- La retraite permet également de vivre dans le présent et d'avoir du temps pour soi. Ce qui, auparavant, devait être réalisé dans la précipitation durant le week-end peut désormais être accompli en toute tranquillité. Il est également fondamental d'avoir une activité physique régulière. Quelle que soit l'activité professionnelle que l'on a exercée, on y bougeait généralement beaucoup et ceci sans même s'en rendre compte. Il faut donc marcher au moins 5 kilomètres par jour pour maintenir un état de santé optimal.

3- Enfin, il faut prendre soin de soi. Tous les spécialistes s'accordent à dire que la retraite est ce moment merveilleux où l'on peut se recentrer sur ce que l'on est profondément, ce qui n'a que rarement été possible au cours d'une vie professionnelle active.

4- Avoir su anticiper son départ est aussi important. Anticipation et acceptation sont en effet intimement liées. Il est donc indispensable d'anticiper son départ en retraite afin de ne pas subir trop durement la décision administrative quand elle survient. Décider soi-même du moment où l'on partira permet d'atténuer le traumatisme d'un départ contraint par des règles impersonnelles. Il serait souhaitable que nos tutelles, quelles qu'elles soient, comprennent que la progressivité du départ en retraite est une option qui, dans la mesure du possible, doit être encouragée. Ainsi, le cumul emploi-retraite, sujet de nombreux débats, n'est malheureusement pas assez pratiqué. Il permet pourtant des fins de vie professionnelle progressives, ce qui facilite en outre la transmission des compétences aux plus jeunes et limite ainsi les pertes brutales de savoir-faire au sein des organisations.

5- Enfin, il faut penser à la logistique. Se voir enlever du jour au lendemain l'accès à sa messagerie professionnelle peut s'avérer extrêmement blessant pour qui ne l'a pas anticipé très en amont. Il est indispensable de se créer un compte personnel distinct et de sauvegarder ses contacts, sans quoi l'on risque de se retrouver complètement coupé de ses réseaux relationnels.

6- Savoir éviter le piège de la retraite imaginée comme de grandes vacances. Ce qui fait le bonheur d'être en vacances est le contraste avec les périodes de travail et le fait qu'elles ne sont que temporaires.

Quitter définitivement sa région d'exercice professionnel pour s'installer dans la région idyllique de ses vacances peut s'avérer horriblement décevant l'hiver venu, dès lors que l'on y est astreint à résidence à la suite de choix irréversibles. De même, il faut être préparé au piège de la « lune de miel » des premiers mois de cette nouvelle vie, toujours inconnus, les contraintes s'étant évanouies et toute urgence ayant disparu.

7- Avoir un projet. Il est indispensable d'avoir des projets ou, encore mieux, un projet pour sa retraite. En effet, lorsqu'il y en a plusieurs, il arrive que l'on se disperse et qu'aucun ne voie le jour. Ce projet est essentiel, même si sa nature variera d'un individu à l'autre, selon l'état de santé, les disponibilités financières, les passions et hobbies, et l'entourage familial. Cela ne s'improvise pas et c'est pour cela que, là aussi, il est nécessaire d'anticiper. Une autre illusion fréquente est celle des voyages. Certains retraités n'arrêtent pas de bouger, mais les voyages ne sont pas un mode de vie et recouvrent bien souvent un besoin de s'étourdir et de fuir une réalité qui angoisse.

8- Enfin ? savoir adapter sa relation avec son conjoint. Quand on se marie jeune, on rêve sans doute de passer tout son temps avec l'élu(e) de son cœur, mais le temps passe et la vie professionnelle fait que l'on ne se voit que très peu, le matin ou le soir. Lorsqu'une fois en retraite, l'un des conjoints se retrouve vingt-quatre heures sur vingt-quatre à la maison, la poursuite d'activité de l'autre devient un puissant facteur de solitude. En revanche, si les deux sont à la retraite, des frictions peuvent naître, voire des conflits qui, parfois, aboutissent à des séparations (30 % des divorces surviennent après

60 ans). En réalité, la retraite demande de tout reconstruire, ce qui n'est pas si simple. Il est donc indispensable de la préparer avec son conjoint en renégociant le pacte conjugal avec tolérance et compréhension, et en réinventant de nouvelles zones de partage.

E) Sur le plan psychologique

Pour Anasthasia Blanché, psychanalyste, la retraite est un tsunami identitaire et psychologique comparable à une troisième adolescence. Trois questions se posent au moment de cette nouvelle adolescence : qui suis-je ? D'où je viens ? Quelles sont mes attentes ? Les réponses à ces questions sont très instructives.

1- Qui suis-je ?

Cette question se pose d'abord sur les plans affectif et relationnel, mais elle prend également en compte la situation matérielle, les revenus et le patrimoine. Plus intimement, elle amène à s'interroger sur ses valeurs, ses croyances, ses activités et ses engagements. Ainsi, le fait d'être d'un naturel plutôt anxieux ou plutôt optimiste influencera une acceptation de la baisse de mes revenus. De même, le fait d'avoir toujours été solitaire ou, à l'inverse, d'avoir eu une vie sociale riche influencera le mode de vie à la retraite. Enfin, un parcours religieux, associatif ou politique sera déterminant et la retraite pourra être une opportunité pour l'approfondir.

2- D'où je viens ?

Ce point est peut-être le plus important. Pourquoi suis-je devenu ce que je suis ? Pour beaucoup d'entre nous, la réponse est simple : mon père était boulanger, je suis boulanger ; mon père était médecin, je suis médecin...



Il y a donc souvent des raisons précises qui ont présidé à ce que l'on est devenu à l'âge adulte.

Quels ont ensuite été les moments clés de ma vie ? Ce peut être le mariage, la disparition des parents, un événement professionnel marquant, etc. Sur qui ou quoi me suis-je alors appuyé ?

Enfin, quels ont été les modèles et antipodèles dans mon ascendance ? Dans la vie active, on reproduit souvent, consciemment ou non, l'un ou l'autre des modèles familiaux, en s'y identifiant ou, parfois, en s'y opposant.

Il en va de même à la retraite, à travers les souvenirs de ce qu'ont vécu en leur temps parents ou grands-parents, que ces souvenirs soient liés à des lieux, des modes de vie ou des hobbies.

3- Quelles sont mes attentes ?

Tous les experts disent qu'il est essentiel, pour le futur retraité, de repérer ce qui lui sera nécessaire pour tisser sa nouvelle identité. Il est donc indispensable de se méfier des injonctions sociales dispensées par certains membres de votre entourage, toujours pleins de bonnes intentions – s'occuper de ses petits-enfants, pratiquer un sport, faire une croisière, s'impliquer dans une action sociale, etc. – mais qui ne prennent jamais en

compte ce que vous voulez vraiment. La retraite idéale est celle où l'on apprend à conjuguer autrement les activités que l'on appréciait dans la vie active et à repérer celles qui n'ont pu être que partiellement réalisées.

F) En pratique

Les spécialistes considèrent qu'il faut de trois à cinq ans pour se préparer à une retraite qui, en France, durera en moyenne vingt années pour les hommes et vingt-cinq années pour les femmes.

La première chose à faire est d'entretenir des relations amicales hors travail, peut-être en renouant avec des amis perdus de vue, en participant à des déjeuners de retraités dans son quartier, etc. Ces relations qui rythment la vie sont enrichissantes, chacun pouvant échanger sur sa vision du monde avec des gens ayant vécu une vie professionnelle autre.

Ce peut aussi être l'occasion de commencer une activité politique – par exemple en devenant conseiller municipal – ou associative. Toutes ces activités bénévoles amènent à rencontrer du monde et alimentent vos réflexions sur les sujets qui vous tiennent à cœur.

Le but est de parvenir à ne plus se définir à travers ses activités professionnelles, tout

en sachant en extraire ses propres qualités et expériences. C'est là la seule façon de garder son estime de soi tout en s'autorisant largement à s'occuper de soi et de ses plaisirs.

Deux citations sont à méditer. La première est de Lord Chesterfield (1694-1773) : « *La connaissance nous assure une retraite confortable et nécessaire lorsque nous prenons de l'âge. Si nous ne la plantons pas quand nous sommes jeunes, son ombre nous fera défaut quand nous serons vieux.* »

La seconde est du Mahatma Gandhi : « *Il faut apprendre à rester serein au milieu de l'activité et à être vibrant de vie au repos.* »

Pour conclure, la retraite est une nouvelle phase de la vie durant laquelle l'important est d'être soi-même.

Elle sera réussie grâce aux mêmes qualités qui ont fait le succès de la vie active et sera d'autant plus heureuse qu'elle laissera un rôle prépondérant à la curiosité et saura préserver, plus encore que par le passé, les aptitudes à la création.

Il faut en effet se souvenir que seuls les artistes ne prennent jamais leur retraite peut être parce que, comme le dit Albert Camus : « *Créer, c'est vivre deux fois.* »

Marc-Olivier BITKER



Blandine TAMARELLE

Remplacement : ce qu'il faut savoir

Remplacer ou se faire remplacer : telle est la question ? Ce dossier a pour but de redonner les grandes lignes à suivre et surtout à ne pas oublier lorsque l'on remplace ou que l'on se fait remplacer.

Quand, comment je fais un contrat ? Qui peut me remplacer ? Aurai-je oublié quelque chose pour être en ordre ? Faire le contrat vite même en urgence ?

Et l'URSSAF, va-t-elle assassiner ce pauvre Docteur Junior en cotisations sociales ?

Heureusement, la fin est plus heureuse que ces questions ne semblent le présager.

Quels sont les principes pour le remplacement libéral ?

Le remplaçant : étudiant ou médecin	Le médecin remplacé
<ul style="list-style-type: none"> Être médecin, docteur Junior ou interne ayant validé un nombre de semestre déterminé dans la spécialité correspondant au DES ou DESC qu'il poursuit (QR code : décret du schéma pour pouvoir remplacer). Notifier son identité avec la mention de remplaçant sur les courriers ou ordonnances établis pendant la période de remplacement. Facturation des actes au nom et selon le secteur d'activité du médecin remplacé (secteur 1, secteur 2, secteur Optam ou Optam-co). Prendre en charge les patients du médecin remplacé, ou assurer la permanence des soins selon le contrat établi dans le respect des règles déontologiques. 	<ul style="list-style-type: none"> Être médecin inscrit à l'ordre de même spécialité. Mise à disposition des locaux, ordonnances, Cerfa pré-remplis et/ou logiciels nécessaires à l'activité de remplacement pour les patients du médecin remplacé. Convenir de la rétrocession des honoraires ou du forfait dédié au remplacement. Informers le ou les établissements où le médecin remplaçant pourrait être amené à intervenir et transmettre les coordonnées auxquelles il sera joignable pour la permanence de soins.



En chirurgie urologique : 4 semestres en service agréé en urologie et 3 semestres libres sont nécessaires pour pouvoir remplacer.

Synthèse des formalités administratives pour le remplacement libéral

Le remplaçant : étudiant ou médecin	Le médecin remplacé
<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir une licence de remplacement selon le niveau de qualification (N.B. : DES non validé). • Remplir le contrat de remplacement. • Être affilié à l'URSSAF, la CPAM et la CARMF. • Souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle PERSONNELLE (attention aux trous de garantie et fond de garantie). 	<ul style="list-style-type: none"> • Demander une autorisation de remplacement à l'ordre des médecins. • Remplir le contrat de remplacement. • Prévenir son assurance Responsabilité Civile Professionnelle du remplacement (transmission du contrat) aussitôt que possible.

Le contrat de remplacement signé des deux parties doit être envoyé sitôt que possible à l'ordre des médecins (Conseil départemental) et conservé en un exemplaire par chaque partie.

INFORMATION ISSU DU SITE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Conditions du remplacement pour l'interne ou le docteur junior

Un interne ou un docteur junior peut être autorisé à exercer la médecine soit à titre de remplaçant d'un médecin, soit comme adjoint d'un médecin (rare en urologie).

En tant qu'étudiant en médecine (interne ou docteur junior inscrit sur le tableau spécial des docteurs juniors), vous pouvez être autorisé à exercer la médecine :

- soit à titre de remplaçant d'un médecin, exerçant à titre libéral ou salarié (au sein d'un établissement de santé ou d'une structure de soins) ;
- soit comme adjoint d'un médecin exerçant à titre libéral, dans des conditions liées à une offre de soins insuffisante ou à un afflux saisonnier ou exceptionnel de population.

Les conditions légales du remplacement

L'article L.4131-2 du code de la santé publique précise quelles sont les conditions légales pour qu'un étudiant en médecine puisse remplacer un médecin :

- avoir suivi et validé la totalité du deuxième cycle des études médicales en France ou titulaire d'un titre sanctionnant une formation médicale de base équivalente, délivré par un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;
- avoir validé au titre du troisième cycle des études médicales en France un nombre de semestres déterminé, en fonction de la spécialité suivie, fixé par décret ([voir le texte](#)).

Attention : un étudiant en médecine (interne ou docteur junior) ne peut être autorisé à

effectuer des remplacements que dans la spécialité correspondant au DES ou au DESC qu'il poursuit, et le cas échéant, à son option.

Pour effectuer un remplacement, l'étudiant en médecine doit d'abord obtenir une licence de remplacement auprès du conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Le médecin remplacé doit demander l'autorisation à son Conseil départemental de se faire remplacer par un étudiant en médecine.

L'étudiant remplaçant exerce en lieu et place du médecin remplacé. Par conséquent, il utilise ses documents (ordonnances, certificats, feuilles d'assurance maladie pré-identifiées, etc.) qu'il biffera en indiquant sa qualité de remplaçant ainsi que son nom et son prénom.

Durant le remplacement ou l'adjuvat dûment autorisé, l'étudiant en médecine relève de la juridiction disciplinaire de l'Ordre des médecins.

Obtenir une licence de remplacement

La licence de remplacement est une attestation, sans valeur juridique, qui constate qu'un étudiant en médecine (interne ou docteur junior) remplit les critères de formation requis dans la spécialité concernée pour effectuer le remplacement d'un médecin. Elle ne constitue pas une autorisation de remplacement.

Tous les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins peuvent délivrer une licence de remplacement à un étudiant en médecine

Pour une question pratique, l'étudiant en médecine qui sollicite une licence de remplacement doit en priorité la demander au Conseil départemental de l'Ordre du lieu de sa faculté de médecine ou éventuellement du lieu du centre hospitalier universitaire où il assure ses fonctions.

Pour l'obtenir, l'étudiant doit remplir un questionnaire remis par le conseil départemental ou à [télécharger ici](#) (QR Code) à renvoyer avec les justificatifs.



Après examen du questionnaire, et au vu des pièces justificatives, le conseil départemental de l'Ordre des médecins s'assure que le candidat remplit bien les conditions de moralité nécessaires et ne présente pas d'infirmité ou d'état pathologique incompatible avec l'exercice de la profession (article D. 4131-3 du CSP) puis il délivre à l'étudiant en médecine une licence de remplacement, valable pendant un an.

Celle-ci pourra être renouvelée chaque année si le candidat apporte la preuve qu'il poursuit effectivement ses études médicales et sous condition de respect du délai maximal réglementaire.

Obtenir une autorisation de remplacement

- Remplacements en libéral

Le médecin qui souhaite se faire remplacer doit avertir, à l'avance, le conseil départemental de l'Ordre dont il relève en lui indiquant, par écrit, les nom, prénom et adresse du remplaçant, la date et la durée du remplacement, ainsi que le contrat de remplacement.

Lorsque le conseil départemental de l'Ordre des médecins reçoit la demande d'autorisation de remplacement du médecin, accompagnée de la licence de remplacement du remplaçant étudiant et si les conditions légales sont remplies, il autorise le remplacement pour une durée maximale de trois mois. Cette autorisation est renouvelable dans les mêmes conditions et pour la même durée.

- Remplacements en établissement public ou privé de santé, ou dans une structure de soins (centre de santé, PMI, etc.)

L'autorisation de remplacement est adressée par le directeur de l'établissement de santé dans lequel s'effectue le remplacement au conseil départemental de l'Ordre des médecins du département au tableau duquel le médecin remplacé est inscrit. À cette demande sont jointes la licence de remplacement de l'étudiant et l'identité du médecin remplacé.

Le remplacement peut commencer sans attendre la notification officielle de l'autorisation ordinale si le remplaçant est un étudiant.

Lorsque le remplacement a un caractère d'urgence, le médecin en informe le conseil départemental par télécopie, courriel ou téléphone, mais doit régulariser sa demande dans les plus brefs délais.

Les contrats type du CNOM

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a conçu des contrats-types pour encadrer et protéger l'activité professionnelle des médecins.

Ils permettent de faciliter le respect de l'obligation qui leur incombe de communiquer leur contrat au Conseil départemental.

La loi oblige les médecins à communiquer les contrats qu'ils ont conclus dans le cadre de leur profession à leur Conseil départemental dans le mois qui suit leur conclusion (article L.4113-9 du code de la santé publique).



Contrat de remplacement par un médecin



Contrat de remplacement par un étudiant

La clause de non-installation

Dans certain cas une clause de non-installation peut être mentionnée dans le contrat de remplacement. Cette clause peut être définie avec certains critères. Le médecin remplacé peut renoncer à cette clause d'interdiction d'installation.

Elle est proposée dans le contrat type du CNOM à l'Article 8 sous ces termes : « Aux termes de l'article R4127-86 du code de la santé publique (code de déontologie médicale), un médecin ou un étudiant qui a remplacé un de ses confrères pendant trois mois, consécutifs ou non, ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où il puisse entrer en concurrence directe avec le médecin remplacé et avec les médecins qui, le cas échéant, exercent en association avec ce dernier, à moins qu'il n'y ait entre les intéressés un accord qui doit être notifié au conseil départemental. A défaut d'accord entre tous les intéressés, l'installation est soumise à l'autorisation du conseil départemental de l'Ordre. »

Démarches URSSAF

Finie l'angoisse de la mauvaise surprise et des déclarations URSSAF incompréhensibles pour les remplaçants. Finies les nuits blanches pour le règlement de cotisations non adaptées au remplacement effectué, reprenez la veille des vacances !

- **BONNE NOUVELLE** : L'URSSAF a mis en place un **dispositif simplifié** pour faciliter les démarches pour les remplacements en libéral dont la rétrocession d'honoraire ne dépasse pas 19 000 € par an.

Régime simplifié, régime PAMC : pourquoi, pour qui, comment ?

	Régime PAMC (Praticien ou auxiliaire médical conventionné)	Dispositif simplifié
Pour qui ?	Médecins généralistes et spécialistes exerçant en libéral, titulaires ou remplaçants	Médecins généralistes et spécialistes exerçant uniquement en tant que remplaçant et n'ayant aucune autre activité libérale : étudiants en médecine, médecins salariés, médecins retraités, médecins régulateurs
Quand ?	Dès le début d'activité ou lors du premier remplacement en cas d'activité de remplaçant	Dès le premier remplacement
Quel plafond ?	→ 77 700 € pour le régime micro-fiscal → pas de plafond pour les autres régimes fiscaux	Dispositif réservé aux honoraires rétrocedés ne dépassant pas 19 000 €
Quel montant de cotisations pour des honoraires de 19 000€ bruts ?	Les taux varient selon le montant des revenus tirés de l'activité conventionnée ou des dépassements d'honoraires et sont d'environ 23 % (hors retraite et invalidité-décès) Une régularisation sera opérée l'année suivante en fonction des revenus définitifs déclarés	13,50% jusqu'à 19 000€ d'honoraires 21,20% au-delà de 19 000€ d'honoraires À noter : vous pouvez rester dans le dispositif simplifié en cas de dépassement du seuil de 19 000€, dans la limite de 38 000€ pendant 2 années consécutives maximum. Vous sortez du dispositif simplifié dès l'année N+1 si vos honoraires rétrocedés sont supérieurs à 38 000€ Les montants de cotisations dues sont calculés de façon définitive
Qui collecte ?	→ L'Urssaf recouvre les cotisations sociales → La Carmf recouvre les cotisations retraites	L'Urssaf collecte l'ensemble des cotisations et se charge de la répartition
Quel montant de cotisations pour le risque Invalidité décès ?	Le montant forfaitaire (631€, 738€ ou 863€) est calculé en fonction de votre revenu	Deux montants forfaitaires possibles, à choisir annuellement lors de la première déclaration : → forfait 25% à 158€ (spécifique au régime simplifié) → forfait 100% à 631€ (identique au régime classique).
Quelles démarches pour s'affilier à l'Urssaf ?	Affiliation automatique une fois toutes les démarches effectuées auprès : → de l'ordre des médecins → de la Cpm → du guichet unique via formalites.entreprises.gouv.fr → de la Carmf	Demande d'adhésion à faire en ligne sur le site dédié : medecins-remplacants.urssaf.fr une fois votre inscription effectuée auprès : → de l'Ordre des médecins → de la Cpm
Comment contacter mon Urssaf ?	→ Depuis votre espace en ligne sur urssaf.fr → Par courrier : Centre dédié PAM – Urssaf TSA 60 026 - 93517 Montreuil Cedex → Par téléphone au 0806 804 209 numéro dédié aux professions de santé (service gratuit + prix d'appel)	→ Depuis votre espace en ligne → Par téléphone au 0806 804 209 – choix 3 (service gratuit + prix d'appel) → Par mail, si vous n'êtes pas encore inscrit à ce service : offre.medecin.remplacant@urssaf.fr
Quand déclarer mes revenus ou mes honoraires rétrocedés ?	Une fois par an, entre avril et juin sur le site urssaf.fr	Chaque mois ou chaque trimestre en fonction de la périodicité choisie et uniquement en cas de remplacement réellement effectué, sur medecins-remplacants.urssaf.fr
Quand payer mes cotisations ?	Mensuellement, le 5 ou le 20 du mois Possibilité de payer trimestriellement	À chaque déclaration de remplacement effectué
Comment payer mes cotisations ?	Pour payer vos cotisations, vous avez le choix entre le prélèvement automatique, le télépaiement ou le paiement par carte bancaire depuis votre compte en ligne sur urssaf.fr	Pour payer vos cotisations, vous avez le choix entre le télépaiement ou le paiement par carte bancaire
Pour m'informer et réaliser toutes mes démarches	www.urssaf.fr	www.medecins-remplacants.urssaf.fr

- L'adhésion s'effectue sur : medecins-replacants.urssaf.fr



- Le dispositif simplifié collecte les cotisations sociales (Urssaf) et de retraite. Il n'est alors pas nécessaire de régler à la CARMF les cotisations retraites qui seront reversées via ce dispositif simplifié.
- Une affiliation CARMF reste nécessaire, à spécifier Page 4 du contrat d'affiliation à la CARMF.

Inscription à la CPAM

- L'inscription à la caisse d'assurance maladie est **obligatoire**.
- Vous devez prendre un RDV avec le conseiller de l'Assurance Maladie du département de résidence (prise de RDV par téléphone – annuaire Améli) afin d'organiser un entretien permettant l'inscription.
- Vous devez signaler chaque remplacement effectué en précisant les coordonnées du cabinet dans lequel vous allez exercer. La caisse d'assurance maladie pourra vous demander une attestation de remplacement.

Affiliation à la CARMF du remplaçant

- « *Tout médecin exerçant une activité médicale libérale, même minime, doit cotiser à la caisse autonome de retraite des médecins de France* »



- Une **demande de dispense TOTALE** d'affiliation doit être adressée à la CARMF lorsque :
 - l'activité médicale libérale se limite à des remplacements, de la régulation, des expertises ;
 - à condition que le montant estimé de vos revenus nets d'activité indépendante ne dépasse pas un plafond fixé à 13 250 € pour 2024.
- ⇒ remplir la déclaration sur l'honneur page 2 du contrat d'affiliation à la CARMF
- Si vous estimez que vos revenus de remplacements sont ou seront inférieurs à 19 000 € bruts (environ 12 500 € nets), vous pouvez également opter pour l'offre simplifiée dédiée aux médecins remplaçants, en vous déclarant sur medecins-replacants.urssaf.fr, téléservice mis en place par l'URSSAF. Il conviendra de le spécifier Page 4 du contrat d'affiliation à la CARMF.

Blandine TAMARELLE



Blandine TAMARELLE



Didier LEGEAIS
Président du SNCUF

Questions-réponses sur le remplacement

Bonjour Didier, lorsqu'on lit toutes les formalités administratives à effectuer pour être remplacé ou remplacer un confrère on a l'impression que cela va prendre des mois. Parfois la demande est « urgente » ou imminente du fait d'un impératif ou d'une impossibilité ou d'un accident qui conduit un médecin à solliciter un remplacement.

Comment faire en urgence ? (minimum légal/vital ? en priorité ? par mail ?) Si l'on a tout envoyé au plus tôt mais que la validation n'est pas fournie à la date du remplacement, que peut-il se passer ?

- Si le médecin est remplacé par un confrère, le Conseil départemental donne un avis.
 - Si le médecin est remplacé par un étudiant, le Conseil départemental autorise le remplacement et informe l'Agence régionale de santé de l'autorisation délivrée.
 - Le remplacement peut commencer sans attendre la notification officielle de l'autorisation ordinaire si le remplaçant est un étudiant.
 - Lorsque le remplacement a un caractère d'urgence, le médecin en informe le conseil départemental par télécopie, courriel ou téléphone, mais doit régulariser sa demande dans les plus brefs délais.
 - Si le remplaçant n'a pas de licence de remplacement, ce dernier ne peut remplacer.
- ⇒ Dès que vous êtes Docteur Junior et en capacité de remplacer, pensez à faire votre licence de remplacement.

Si le remplaçant est originaire d'un autre département, cela change-t-il beaucoup d'éléments de la démarche ?

Non, il faut juste informer les deux départements avec les mêmes documents.

Mon assurance professionnelle couvre-t-elle mon remplaçant ? Le remplaçant doit-il souscrire à une assurance professionnelle spécifique ? Est-ce que j'envoie mon contrat de remplacement à mon assureur ?

- La plupart des contrats d'assurance groupe des internes ou des CCA couvrent les remplacements mais pas toujours. Il est indispensable de vérifier auprès de l'assureur de l'internat si on est couvert et de le déclarer à l'assureur.
- Certains assureurs proposent des contrats pour 15 jours, 30 jours, 45 jours ou 60 jours de remplacement par an. C'est à la carte.
- Selon la loi Kouchner et le code de déontologie le remplaçant doit avoir sa propre assurance, c'est obligatoire.
- Certains assureurs ou courtiers demandant le contrat de remplacement pour vérifier que tout est conforme, c'est une sécurité de plus pour le remplaçant, cela me semble important.

Quels actes puis-je confier (en tant que remplacé) ou me faire confier (en tant que remplaçant) ?

Ne jamais dépasser ses compétences et éviter les grosses chirurgies : Article 70 (article R.4127-70 du code de la santé publique) « *Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose* ».

Mon remplaçant peut-il référer à un autre centre s'il n'a pas la compétence en présence d'une urgence dans le cadre d'une permanence de soins ?

Oui bien sûr c'est de la déontologie élémentaire et une responsabilité pénale :

• Article 32 (article R.4127-32 du code de la santé publique) : « 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 (article R.4127-33 du code de la santé publique) : « 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 ».

Permanence des soins et remplacements week-ends ou jours fériés : cela change-t-il quelque chose à la démarche ?

En permanence des soins ambulatoires (PDSA) et permanence des soins en établissement de santé (PDSSES), non cela ne change rien, si ce n'est que 100 % des honoraires sont dus au médecin remplaçant à moins de s'entendre sur le montant d'un forfait.

J'ai noté sur le décret que pour l'urologie c'est A) 4 semestres en service agréé en urologie et B) 3 semestres libres : ça fait déjà 3 ans et demi d'internat, donc la plupart sont sur le point de devenir docteur Junior à ce stade là. Ont-ils tous besoin d'une licence de remplacement ?

Non, tu as raison, en chirurgie, ils sont Docteurs Junior parfois thésés avec un DES de chirurgie générale en attente du DESC d'urologie, selon leur niveau ils ont besoin ou non d'une licence de remplacement

Souvent, les chefs de clinique en 2, 3 ou 4^e année n'ont plus besoin de licence de remplacement car ils ont validé leurs DESC. Ils ont une simple obligation d'information, pas de demande d'autorisation.

Il ne faut pas oublier qu'ils ont 30 jours puis 45 jours de remplacement autorisés.

Pour les PH, il existe une nouveauté : tout praticien exerçant sur une quotité comprise entre 50 % et 90 % peut avoir une activité privée lucrative à l'extérieur de l'établissement à condition que celle-ci ne mette pas en cause le bon fonctionnement du service ou ne nuise pas à l'accomplissement de ses missions

ASSURANCES

► Le Code de la Santé Publique dans son article L.1142-2, et ce depuis la Loi « Kouchner », précise : « *Les professionnels de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé, [...] et toute autre personne morale, [...] exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins [...] sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne survenant dans le cadre de cette activité de prévention, de diagnostic ou de soins. L'assurance des établissements, services et organismes mentionnés au premier alinéa couvre leurs salariés agissant dans la limite de la mission qui leur a été impartie, même si ceux-ci disposent d'une indépendance dans l'exercice de l'art médical [...]* ».

► Une assurance en Responsabilité Civile Professionnelle doit ainsi :
– être souscrite préalablement à l'accomplissement d'un quelconque acte professionnel ;
– couvrir tous les actes que le médecin a l'intention d'effectuer.

► En cas de manquement à l'obligation d'assurance, la sanction pénale peut être lourde. En effet, l'amende maximale encourue par le praticien en cas de défaut d'assurance est de 45 000 € assortie d'une période d'interdiction d'exercer par le Tribunal ou par l'Instance disciplinaire ordinale (Art. L1142-25 du CSP et Art.L131-27 du Code Pénal).

► D'autre part, le CNOM dans sa proposition de contrat de remplacement précise dans son article 4 : « *Le remplaçant exerce son art en toute indépendance. Elle/Il est seul(e) responsable vis-à-vis des patients et des tiers des conséquences de son exercice professionnel et conserve seul(e) la responsabilité de son activité professionnelle pour laquelle elle/Il s'assure personnellement à ses frais à une compagnie notoirement solvable. Elle/Il doit apporter la preuve de cette assurance avant le début de son activité.* »

NE PAS PRENDRE LA COUVERTURE ASSURANCE DU REMPLACÉ !

► Certains acteurs du marché assurantiel proposent d'étendre les garanties du remplacé au bénéfice du remplaçant durant la période de remplacement.

► En dehors du fait que cela n'est pas conforme à la Loi Kouchner car l'assurance n'est pas souscrite au nom du remplaçant, ni conforme au contrat de remplacement du CDOM, il nous semble dangereux, sauf urgence, pour un remplaçant de ne pas souscrire sa propre assurance car :

– Si le remplaçant remplace successivement plusieurs médecins : quel contrat s'appliquera en cas de mise en cause après le remplacement si le remplaçant n'est toujours pas assuré en nom propre : le contrat du remplacement lors du fait générateur ? Mais comme nous sommes en « base réclamation », n'est-ce pas plutôt le contrat du dernier remplacement ?

– Il n'y a pas de garantie subséquente puisque le contrat n'est pas nominatif : quid des procédures alors que le remplacé n'exerce plus ?

– Si un remplaçant devient Praticien Hospitalier et que survient une mise en cause : il n'a pas d'assurance propre pour une activité libérale, il n'a pas le droit à une garantie subséquente de la part de l'assureur du remplacé. Il se retrouvera seul devant la juridiction.

– Le remplaçant ne cotise pas au Fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins (FADPS) donc en cas de « trou de garantie », le FADPS n'aura pas vocation à intervenir et le médecin sera seul à devoir indemniser le patient.

– La sinistralité du remplaçant sera imputée au contrat du remplacé, il figurera sur son relevé de sinistralité et pourrait en tirer les conséquences (majoration de prime, résiliation, etc.).

► Pour toutes ces raisons, nous pensons qu'il est indispensable que les médecins remplaçants souscrivent une assurance RCP personnelle.

(R 6152-26-3 du CSP) et sous réserve que le PH en informe par écrit le directeur de l'établissement au moins deux mois avant le

début de cette activité. Le PH pourra fournir tous justificatifs attestant du lieu d'exercice de cette activité et du type de mission.

Didier LEGAIS

Propos recueillis par Blandine TAMARELLE

- ▶ Les contrats d'assurances prévoient un plafond de 8 millions d'€ par sinistre et de 15 millions d'€ par année d'assurance.
- ▶ Depuis la Loi About du 31 décembre 2002, les contrats d'assurances sont passés en « base réclamation », c'est-à-dire qu'ils couvrent les mises en cause dont la première réclamation survient pendant « la période de validité du contrat ». Auparavant, la garantie d'assurance couvrait toutes les activités effectuées pendant la durée du contrat, on parlait alors de « base fait générateur ».
- ▶ Cette durée de validité du contrat correspond à la période entre la date de souscription et la date de résiliation.
- ▶ En cas de changement d'activité, une période, dite « subséquente », de 5 ans s'applique. Elle est de 10 ans en cas de cessation d'activité (retraite ou décès). Ainsi, la garantie du dernier contrat souscrit continue à courir si le patient présente sa réclamation pendant cette période « subséquente » qui suit la fin du contrat.

LES TROUS DE GARANTIE

- ▶ Le patient de son côté peut porter réclamation jusqu'à 10 ans après la consolidation de son état de santé (date à laquelle son état n'est plus considéré comme évolutif, c'est-à-dire susceptible d'amélioration ou d'aggravation).
- ▶ Pour un enfant, la consolidation ne peut être acquise avant l'âge de 18 ans. Il peut donc porter réclamation jusqu'à l'âge de 28 ans en cas de reproche en lien avec sa naissance.
- ▶ Devant l'existence de « trous de garantie » :
 - épuisement de la garantie si dépassement du plafond (> 8 millions d'euros) ;
 - expiration de la garantie au delà de 5 ans en cas de changement d'activité (par exemple : passage d'une activité libérale à salariée) ;
 - expiration de la garantie au delà de 10 ans en cas d'arrêt d'activité (décès ou retraite) alors même que le patient peut porter plainte jusqu'à 10 ans après

consolidation, voire 28 ans pour un nouveau-né.

- ▶ Nous avons travaillé avec Gilles Johannet (missionné par le Ministre de la santé) à la mise en place d'un Fonds de Garantie (FADPS) destiné à prendre en charge, sans possibilité d'action récursoire contre les professionnels de santé concernés, l'indemnisation due au titre de la réparation des préjudices subis par des patients (Article 146 de la Loi de Finances pour 2012).
- ▶ Ce fonds est alimenté par une contribution forfaitaire annuelle à la charge des professionnels de santé libéraux. Son montant, fixé par un arrêté du 23 avril 2012, oscille entre 15 et 25 € selon les professions et les spécialités. Il est de 25 € dans des spécialités à risque comme l'anesthésie, la gynécologique-obstétrique ou la radiologie, de 20 € dans d'autres spécialités médicales et de 15 € pour les paramédicaux, pharmaciens ou sages-femmes.



Julien
DEFONTAINES

Exercice de la médecine pour un praticien étranger en France : le parcours du combattant

La pénurie de médecins généralistes et spécialistes, libéraux ou hospitaliers, latente en France, incite les pouvoirs politiques à se prononcer sur le statut des « praticiens à diplôme hors Union Européenne » ou « Padhue ». Le régime dérogatoire s'est terminé le 31 décembre 2023 et entre 2 000 à 3 000 praticiens étaient en attente d'une décision pour leur possibilité d'exercer le métier de médecin en France. Le gouvernement, via la ministre de tutelle Catherine Vautrin, a envoyé un message positif le 22 janvier en s'engageant à sécuriser la situation des « Padhue » en leur permettant de continuer à travailler pour les mois à venir. Continuité du discours du président Emmanuel Macron

qui avait promis le 16 janvier de « régulariser nombre de médecins étrangers qui tiennent à bout de bras les services de soin ». Comme il est rappelé dans l'article de Camille Stromboni paru dans le Monde du 22 janvier dernier les « Padhue » ont une place importante dans le système de santé français. Chez les « Padhue », certains ont validé les épreuves de validations des connaissances (EVC) et ont obtenu un statut défini (2 900 EVC+ sur 6 900 inscrits en 2023). Les autres, environ 2 000 à 3 000, n'ayant pas réussi cet examen (EVC-) n'ont théoriquement plus de statut (bien souvent celui de faisant fonction d'interne ou FFI). Ils sont censés arrêter de travailler comme médecin et ce malgré des années à exercer dans des services.

Les EVC ont été créées en application de l'arrêté du 9 juillet 2021 et ont deux objectifs :

- contrôler la démographie médicale tout en accueillant des praticiens dans le respect de la tradition d'accueil de la France ;
- régulariser le statut des « Padhue » en s'assurant que leur niveau de connaissances et de compréhension de la langue française leur permet de délivrer des soins de qualité.

Essayons d'y voir un peu plus clair dans ces définitions techniques et les possibilités de travail pour les médecins étrangers venant travailler en France.

Pour commencer, il est rappelé sur le site de l'Ordre que pour travailler en France tout médecin, français ou étranger, doit avoir :

- un diplôme reconnu ;
- une autorisation d'accès à la profession réglementée de médecin ;
- une inscription à l'Ordre des médecins.

Le pays dont vient le médecin étranger (intra- ou extra-Union Européenne (UE)) est déterminant pour les procédures de reconnaissance de diplôme et d'autorisation de travailler.

La gestion des procédures est coordonnée par le Centre National de Gestion (CNG) qui assure la gestion statutaire et le développement des ressources humaines en France.

La procédure est rappelée par le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) à l'adresse suivante <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/sinscrire-tableau-lordre> dans la partie relative à l'inscription à l'ordre.

Les différents cas de figure

1. Médecins français

Chaque médecin doit, conformément à l'article R.4112-1 du code de la santé publique, s'inscrire à l'ordre des médecins du département d'exercice. Cette demande nécessite certaines pièces dont la copie des titres et certificats, un extrait de casier judiciaire ou un curriculum vitae. Une fois le dossier validé, il est procédé à l'enregistrement prévu par l'article L.4113-1 du code de la santé publique.

2. Médecins européens ou à diplôme européen (= espace économique européen, EEE)

Il s'agit de la procédure pour les ressortissants d'un état membre de l'Union européenne (UE) ou provenant d'un pays de l'accord sur l'espace économique Suisse ou assimilé.

La directive européenne 2005/36/CE complétée par l'article L.4131-1.2° met en place le régime de la reconnaissance automatique.

Deux cas de figure existent :

- procédure DREESSEN pour les praticiens de nationalité EEE avec un diplôme délivré par un pays de l'EEE ;
- procédure HOCSMAN pour les praticiens de nationalité EEE avec un diplôme non EEE mais reconnu par un pays de l'EEE. Ils doivent justifier de 3 ans d'exercice de la profession dans le pays de reconnaissance.

Les diplômes doivent être traduits par un traducteur assermenté et le dossier déposé à l'ordre départemental (CDOM) pour analyse du dossier. La maîtrise de la langue sera vérifiée a posteriori de la validation du diplôme.

3. Médecin étranger inscrit en 3^e cycle des études médicales

Par dérogation aux conditions d'exercice de la médecine (article L.4131-2) autorise les étudiants français ou étrangers à exercer temporairement à titre de remplaçant ou d'adjoint. Le statut est celui d'un FFI.

4. Médecins à diplôme hors UE : procédure standard d'autorisation d'exercice

Dans le cadre des « Padhue », la procédure de reconnaissance automatique ne s'applique pas. Le CDOM oppose un refus d'inscription à l'ordre des médecins et la procédure est adressée au CNG. Toutes les demandes se font par voie dématérialisée via le site dans le cadre de la commission d'autorisation d'exercice (AE).

Avant tout, sont analysés le pays d'origine du médecin et les équivalences éventuelles avec un pays de l'UE. Puis le diplôme de docteur en médecine et enfin le diplôme de spécialisation.

À savoir qu'en France, l'exercice de la médecine se fait dans une spécialité qui est obtenue après un internat de spécialisation. Actuellement, seuls les médecins ayant un diplôme de spécialité peuvent intégrer la demande d'AE.

La demande d'AE se fait en trois grandes étapes :

• Étape 1 (durée 1 an)

S'inscrire au concours des épreuves d'EVC qui se font pendant le mois de mai (sinon attendre l'année d'après). Le concours se déroule en fin d'année au centre d'examen de Rungis.

• Étape 2

Après la réussite aux EVC, le statut de lauréat est obtenu et le médecin est affecté par le CNG pour accomplir un parcours de consolidation des compétences appelé PCC. Il s'agit de 2 années de fonctions hospitalières rémunérées sur le statut de praticien associé.

• Étape 3

Une fois les étapes précédentes passées, le médecin demande une autorisation d'exercice et passe devant une commission d'autorisation ministérielle. Un dossier de demande d'AE doit être au préalable rempli.

5. Médecin à diplôme hors UE : procédure « Décret du 7 août 2020 »

La demande d'AE se fait alors directement auprès d'une agence régionale de santé (ARS) et est examinée par la commission régionale d'autorisation d'exercice (CRAE) qui transmettra au CNG une proposition d'avis.

La proposition de cette CRAE est transmise au CNG pour que le dossier soit évalué par la commission nationale d'autorisation d'exercice (CNAE). Une audition a lieu puis un avis est rendu par la CRAE et la CNAE.

En cas d'avis favorable, une notification d'AE est envoyée et un arrêté d'autorisation est émis au journal officiel.

En cas d'avis défavorable, il est demandé au praticien de passer par un parcours de consolidation des compétences.

Il s'agit principalement de demandes pour des spécialités en tension dans des déserts géographiques ou pour des praticiens ayant échoué aux EVC.

6. Obtention de l'autorisation individuelle d'exercice

Une fois les démarches « padhue » validées, soit via le CNG/AE soit par la CNAE, le praticien obtient l'autorisation d'exercer.

Celle-ci peut être de « plein exercice » ou temporaire, permettant au praticien d'exercer seulement dans un CHU ou dans un établissement rattaché au CHU.

Enfin, les praticiens doivent valider la procédure d'autorisation d'exercer (PAE) qui vérifie la connaissance de la langue française.

7. Cas particulier de l'inscription des médecins étrangers dans certains départements ou territoires d'Outre-mer (Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, Guyane, la Martinique et Saint-Pierre-et-Miquelon)

Par dérogation un dispositif transitoire est en place quel que soit le pays dans lequel le diplôme a été obtenu mais pour une durée déterminée. Ce dispositif n'ouvre aucun droit d'exercice en métropole ou dans les autres collectivités d'Outre-mer.

8. Arrangement de reconnaissance mutuelle avec le Québec

La France et le Québec ont adopté une procédure commune de reconnaissance des qualifications professionnelles pour 29 spécialités. Les médecins doivent être titulaires de diplômes de docteur en médecine et de médecin spécialiste dans une spécialité visée dans l'annexe I de l'ARM, obtenus dans l'une des quatre universités du Québec. Ils doivent également attester de deux années de fonction.

Les médecins envoient leur dossier par lettre recommandée avec avis de réception au CNOM qui traite directement la demande en la transférant au ministère de la santé.

9. Médecins du Golfe bénéficiant d'accords internationaux

Les accords de coopération conclus avec l'Arabie Saoudite, les Émirats Arabes Unis, le Bahreïn, le Sultanat d'Oman, le Koweït et le Qatar permettent à leurs ressortissants médecins (en cours de spécialisation dans leur pays ou déjà spécialistes) de s'inscrire en France en DES et DESC de la spécialité de leur choix. Ils sont accueillis comme faisant fonction d'interne pour la réalisation de leur DES et DESC.

À titre dérogatoire, les médecins saoudiens et émiriens peuvent déposer un dossier auprès du CNG pour obtenir l'autorisation de réaliser leur dernière année de DESC en France en tant que praticien attaché temps plein. L'avis du Conseil national est sollicité.

Les annonces du gouvernement étaient attendues afin d'éviter de mettre des services en difficulté. Une demande est par ailleurs en cours par le vice-président des CME de centres hospitaliers afin d'obtenir un recensement précis du nombre des médecins EVC+ et EVC-.

La réponse proposée reste insuffisante car elle prolonge un statut précaire avec rémunération plus faible.

Dans une tribune écrite au nom des membres du jury des EVC, le Dr Emmerich rappelle que, pour l'édition 2023, 20 000 candidats étaient

inscrits pour seulement 2 703 postes offerts. Les corrections étaient bien évidemment faites en doublon et de façon impartiale. Il s'inquiète du faible niveau en médecine générale avec un total de 2 662 candidats inscrits (pour 537 postes ouverts) mais seulement 241 médecins avec une moyenne ≥ 12 sur l'ensemble des épreuves. Il pointe le risque d'une médecine à deux vitesses avec des dérogations d'exercice dans des zones sous-dotées permettant à des praticiens d'exercer de pleines responsabilités mais sous un statut d'interne. Avec de plus des contrats précaires et sous-payés par rapports aux missions confiées.

À titre de comparaison, voici les démarches qu'un médecin français diplômé devrait faire pour exercer aux États-Unis.

Le parcours classique commence par l'USMLE1 soit un examen de 8 heures et 300 QCM (passé par les étudiants américains en 2^e année). Suivi par l'USMLE2 « *clinical knowledge* » (validant la 4^e année pour les américains) et l'USMLE2 « *clinical skills* » qui comporte des simulations. Ces 3 examens permettent d'obtenir le certificat de l'ECFMG (*Educational Commission for Foreign Medical Graduates*) permettant de s'inscrire comme résident dans une spécialité. Qui sera suivi par une sur-spécialisation via un fellowship. Le dernier niveau finalisant ces étapes est le « *board certified* » permettant d'exercer partout aux USA en public et en privé.

Pour les médecins académiques reconnus, l'équivalent du conseil de l'Ordre américain a mis en place une licence spéciale (*visiting professor*). Le doyen peut « sponsoriser » la licence d'un candidat en lui délivrant une autorisation d'exercice sans avoir à passer l'équivalence. Mais pour un exercice uniquement public et dans l'université qui l'accueille.

Le tout dernier point obligatoire est la définition du « *privilege package* » déterminé par l'hôpital recruteur. Il détermine le champ d'action du praticien avec les pathologies qu'il peut traiter et les actes qu'il peut réaliser.

Conclusion

Le choix d'installation d'un praticien dans un pays autre que le sien est un réel sacerdoce. A l'exclusion du cadre européen permettant une totale équivalence et une mobilité facilitée. Le parcours est à la fois académique et professionnel. Mais également administratif avec des autorisations de séjour parfois conditionnées par des contrats précaires.

Le système français ne semble toutefois pas être plus difficile que celui des autres pays de l'UE (et sans commune mesure par rapport au parcours du combattant pour exercer aux USA).

Julien DEFONTAINES



Arnaud MANEL

Les procédures ministérielles d'accréditation pour l'exercice en urologie des médecins étrangers

Pour essayer d'appréhender le parcours des médecins étrangers souhaitant obtenir une autorisation d'exercice de la spécialité urologique en France et une autorisation d'inscription au conseil de l'ordre, voici une présentation des **procédures ministérielles**.

C'est un peu âpre, mais c'est intéressant de connaître le parcours de nos confrères, d'origine étrangère, ou diplômés d'un pays étranger, Européen, hors UE (les PADHUE, praticiens diplômés hors union européenne), que vous croiserez dans tous les modes d'exercice (public ou libéral).

L'article vise aussi à nous sensibiliser à l'une des missions importantes des représentants du SNCUF, ainsi que de vos chefs de service, pour assurer une cohérence du niveau urologique à l'heure des qualifications et certifications de plus en plus exigeantes imposées aux diplômés Français.

I. Les différentes PAE

A. Les procédures d'autorisation d'exercice (PAE)

A1. La liste A (droit commun)

Qui ?

Praticiens titulaires d'un diplôme obtenu en

dehors de l'UE. Exemple: Algérie, Tunisie, Maroc, etc.

Comment ?

- Passage des épreuves de vérification des connaissances (EVC) organisées par spécialité.
- Un arrêté ministériel fixe le nombre maximum de candidats reçus par spécialité pour chaque session (20 candidats en 2023).
- Le lauréat des EVC doit effectuer un parcours de consolidation des compétences (PCC) d'une durée de 2 ans dans un établissement de santé public ou privé sous

le statut de praticien associé – affectation sur un poste décidé par le Centre national de gestion.

- A l'issue des 2 ans, passage devant la commission nationale d'autorisation d'exercice de la spécialité (autorisation ministérielle individuelle de plein exercice ou rejet avec éventuelles prolongations du PCC). Les candidats ont un rapporteur (un des urologues de la commission) qui présente le parcours du confrère étranger et l'auditionne. Nous donnons alors un avis et, si nécessaire, des préconisations de consolidation de parcours, transmis au CNG (centre national de Gestion)

- Si autorisation ministérielle, le médecin pourra demander son inscription au Tableau de l'Ordre.

Nul ne peut être candidat plus de 4 fois aux EVC et à l'autorisation d'exercice.

A2. La liste B

Qui ?

Des médecins réfugiés, apatrides, bénéficiaires de l'asile territorial et bénéficiaires de la protection subsidiaire et aux Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises.

Exemple: Syrie

Ces praticiens peuvent obtenir une autorisation d'exercice temporaire. En contrepartie, ils s'engagent à passer les EVC.

A3. La liste C

Qui ?

La liste C, dérogatoire, concerne des médecins dont la compétence n'a pas été vérifiée et ayant exercé des fonctions rémunérées en France pendant des durées précises et des entrées en activité fixées par les différentes lois. À noter que les fonctions rémunérées concernent des fonctions multiples : faisant fonction d'interne, praticien associé ou assistant associé, l'exercice d'une fonction d'infirmier... Ces fonctions permettaient d'entrer dans la procédure. Il s'agit d'un avantage donné en reconnaissance des services rendus aux hôpitaux en France.

B. Les procédures du régime général européen (RGE)

B1. La procédure « Dresseen »

Qui ?

Médecins ressortissants européens et titulaires de diplômes européens ne bénéficiant pas de la reconnaissance automatique (non conforme à la Directive 2005/36/CE*).

B2. La procédure « Hocsman »

Qui ?

Médecins ressortissants européens avec un diplôme obtenu dans un État tiers mais qui a été reconnu par un État membre de l'UE ou EEE.

C. La procédure de qualification ordinaire

Qui ?

Médecins inscrits au Tableau de l'Ordre d'une autre spécialité ou autorisés à exercer sur le territoire.

Comment ?

- Dépôt d'un dossier auprès du conseil départemental d'inscription.
- Passage devant la commission nationale de 1^{re} instance de la spécialité sollicitée.
- Puis procédure entre la commission de qualification et le CNOM.



II. La commission de qualification en urologie

- Le SNCUF : Syndicat national des chirurgiens urologues français (Pensez à renouveler votre adhésion ou vous inscrire. Les représentants sont importants car ils font le lien avec les tutelles, par exemple dans cette commission de qualification en urologie).
- Le CNG : Centre national de gestion.
- Le CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins.

La directive 2005/36/CE : relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles clarifie, simplifie et modernise les directives existantes et rassemble les professions réglementées de médecins, dentistes, infirmiers, vétérinaires, sages-femmes, pharmaciens et architectes dans un seul texte législatif.

Pour les curieux, lire cette directive aide à comprendre l'incroyable travail du législa-

teur au parlement européen et les métiers concernés... « courtier en vins et spiritueux, capacité pour le dressage de chiens au mordant, technicien d'insémination dans les espèces bovine, caprine et ovine, professions d'identificateur d'équidés et de carnivores domestiques ; profession d'assistant de service social pour les titulaires de diplômes étrangers, secteur funéraire, contrôle des chaudières dont la puissance nominale est supérieure à 400 kilowatts et inférieure à 20 mégawatts, etc. »

III En pratique

Quelle autorité prend la décision définitive d'autoriser un PADHUE ?

La procédure d'autorisation d'exercice (PAE) est ouverte aux médecins ayant obtenu leur diplôme dans un État non-membre de l'Union européenne et prévoit que les candidats doivent passer avec succès des épreuves de vérification des connaissances (EVC), justifier d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française et enfin effectuer un parcours de consolidation des compétences de deux ans dans leur spécialité.

A l'issue de ce parcours de consolidation, il revient au praticien de déposer un dossier auprès du Centre national de gestion. Ce dossier est par la suite présenté à la commission nationale d'autorisation d'exercice compétente (cf organigramme ci dessus) laquelle donnera, après examen dudit dossier, un avis sur la demande.

Il est important de préciser qu'au vu de l'avis de la commission, il appartient à la directrice générale du Centre national de gestion, au nom du ministre de la santé, de prendre la décision définitive. En cas d'autorisation, un arrêté du ministre chargé de la santé est publié au Journal officiel.

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de l'Ordre des médecins sont traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'opposition et d'effacement des données les concernant, qu'elles peuvent exercer par courrier postal ou par courrier électronique.

Concernant les modalités d'ouverture de postes pour la réalisation du parcours de consolidation des compétences (PCC)

La loi santé de 2019 (OTSS) et le décret 2020-672 du 3 juin 2021 sont venus réformer la procédure d'autorisation d'exercice

en substituant un dispositif d'affectation ministérielle au recrutement direct de gré à gré par voie de contrat par les établissements de santé.

En effet, avant cette réforme, il revenait aux lauréats de rechercher par leurs propres moyens un lieu d'exercice.

Ainsi, dorénavant, les lauréats des EVC sont affectés, pour la réalisation du parcours de consolidation des compétences, sur un poste figurant sur une liste qu'ils choisissent par ordre de classement aux EVC.

Cette liste, publiée par arrêté, est établie après un recensement effectué par les ARS auprès des établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif ou privés.

Ces postes sont proposés en fonction des besoins de santé du territoire concerné et en priorité au sein de zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins. Les ARS tiennent compte des deux conditions de fonctionnement suivantes :

- la structure d'accueil doit répondre à une condition de présence d'au moins un praticien de plein exercice qualifié dans la spécialité et exerçant à temps plein dans le service ;
- l'établissement doit fournir une attestation du président de la CME certifiant que l'activité de ce service est compatible, en nature et en volume, avec la réalisation du PCC d'un lauréat dans la spécialité concernée.

Les propositions de postes doivent obligatoirement être validées par le directeur de l'établissement de santé qui s'engage ainsi à accueillir et à rémunérer le lauréat des EVC.

Le statut de praticien attaché associé

Ce statut permettait aux établissements de santé de recruter notamment des médecins à diplôme obtenu en dehors de l'Union européenne. Ces praticiens exercent sous supervision et ils ne sont pas habilités à prescrire ni à établir des certificats ou encore à effectuer des remplacements.

Toutefois, la loi santé de 2019 est venu créer le statut de praticien associé qui est venu progressivement se substituer à celui de praticien attaché associé et d'assistant associé (disparu le 1^{er} janvier 2023).

Ce nouveau statut a été créé dans l'objectif d'offrir les mêmes conditions statutaires à tous ces praticiens le temps de la réalisation de leur parcours de consolidation des compétences ou de leur stage d'adaptation.

Conditions requises pour le recrutement d'un médecin étranger par un établissement

Comme précisé plus haut, la réforme de la PAE a mis fin à la possibilité pour les établissements de recruter directement des médecins titulaires de diplômes obtenus dans un Etat tiers à l'Union Européenne, sous le statut de praticien attaché associé par exemple.

En parallèle, la procédure dérogatoire dite du « stock » a été mise en place pour mettre fin aux recrutements illégaux de ces praticiens en leur permettant d'obtenir une autorisation de plein exercice.

Ce dispositif devait permettre à ces professionnels, justifiant d'un exercice durable au sein d'établissements de santé ou sociaux et médicaux-sociaux sans avoir satisfait aux épreuves de vérification des connaissances, d'accéder au plein exercice et d'obtenir à terme leur inscription à l'Ordre.

Environ 3 400 praticiens, toutes spécialités confondues, sont passés par cette procédure mais lors de l'élaboration des textes, le Gouvernement n'était pas en mesure de tous les recenser.

Toutefois, il semble encore possible d'embaucher un praticien, titulaire d'un diplôme étranger – et à la condition qu'il soit autorisé à exercer dans le pays d'obtention du diplôme – mais uniquement sous l'un des statuts ci-dessous :

- Faisant fonction d'interne (FFI), dans le cas où il souhaiterait suivre des études en France en vue de la préparation d'un diplôme (Diplôme d'études spécialisées complémentaires, Diplôme interuniversitaire de spécialisation, Attestation de formation spécialisée, etc.). À noter que cette embauche n'est possible que s'il reste un poste d'interne non pourvu.
- Stagiaire associé, s'applique aux praticiens qui viennent en France suivre un stage pratique dans un établissement public de santé et dans le cadre d'une coopération internationale hospitalière afin d'acquérir une nouvelle technique ou de perfectionner leur pratique. Dans ce cadre, le praticien est désigné en qualité de stagiaire associé pour une période de six mois renouvelable une fois.

Le diplôme de formation médicale spécialisée (DFMS) ou le diplôme de formation médicale spécialisée approfondie (DFMSA) obtenus par des candidats

Ces deux diplômes (comportant un enseignement théorique et des stages de forma-

tion pratique) sont ouverts aux médecins étrangers souhaitant suivre en France une partie de leur spécialisation ou un complément de formation. Ci-dessous la distinction entre ces deux diplômes :

- DFMS : formation ouverte aux titulaires d'un diplôme de médecin permettant l'exercice de la profession dans leur pays d'origine, et en cours de spécialisation ;
- DFMSA : formation ouverte aux titulaires d'un diplôme de médecin spécialiste permettant l'exercice de la médecine dans leur pays d'origine ou dans le pays d'obtention du diplôme.

À noter que l'obtention de ces deux diplômes n'ouvre ni le droit d'exercer en France ni la possibilité de se présenter aux EVC. En effet, ils ne sont pas considérés comme étant des diplômes de spécialisation. Il s'agit de formations théoriques continues.

Le devenir des praticiens qui échouent aux EVC

En l'état de la réglementation, les candidats ne peuvent pas se présenter plus de quatre fois aux EVC et à l'autorisation d'exercice.

En cas d'échec, ces praticiens sont dans l'obligation de quitter leurs fonctions mais il existe encore aujourd'hui des possibilités pour les recruter en qualité de FFI ou encore stagiaire associé.

Quelques statistiques

- PAE (lauréats des EVC) de novembre 2017 à novembre 2023 : 41 avis favorables et 17 avis défavorables avec recommandation.
- Procédure régularisation (décret 2020) : 8 avis favorables, 3 rejets et 26 parcours de consolidation des compétences.
- Evolution des postes ouverts en urologie ou en chirurgie urologique (ancienne appellation) depuis 2011. Postes ouverts aux EVC - Liste A :

2011	0	2017	5
2012	3	2018	5
2013	3	2019	5
2014	4	2020	12
2015	5	2021-2022	6
2016	3	2023	21

Arnaud MANEL



Diana KASSAB

Rencontre avec Diana Kassab

Méthodologiste / cheffe de projet à l'AFU depuis février 2015,
spécialiste dans la production des recommandations de bonne pratique clinique

Au sein de la commission « Méthodologie des recommandations » du comité des pratiques professionnelles de l'AFU, j'accompagne les différents comités scientifiques et commissions de l'AFU dans leurs projets d'élaboration de revues systématiques de la littérature et de recommandations de bonne pratique clinique.

La méthodologie, c'est d'abord une nature et une envie de rigueur, de planification et de structuration ; c'est aussi une expérience en analyse des données scientifiques, en pilotage de projets et en animation de groupes de travail d'experts.

J'ai acquis cette expérience depuis 2005 au sein des équipes des SOR « Standards, Options et Recommandations » à Unicancer puis, avec le 2^e plan cancer, au sein des équipes de l'INCa où j'ai participé aux premières productions de recommandations de bonne pratique nationales en cancérologie qui s'appuient sur une méthode « mixte » combinant niveau de preuve scientifique et accord d'experts.

La qualité et la transparence de l'expertise sanitaire : ma ligne de conduite

Mon rôle est de m'assurer que les recommandations de l'AFU soient conformes aux exigences des agences sanitaires : transparence et qualité concourant à l'équité des prises en charge des patients et à l'amélioration du service médical rendu, c'est primordial. Quiconque lit nos recommandations doit pouvoir les comprendre et les appliquer grâce à l'argumentaire sous-jacent définissant, pour chacune des questions cliniques, une stratégie bibliographique systématique, une analyse critique des données et des conclusions factuelles avec niveau de preuve justifiant les recommandations et leur gradation.

Mes dernières années à l'AFU ont été couronnées par plusieurs productions de recommandations et de revues systématiques notamment sur les thématiques suivantes : « *Place du radium-223 dans le traitement du cancer métastatique de la prostate résistant à la castration* » en 2017 avec le CCAFU prostate ; « *Parcours de soins des patients avec un cancer de la prostate traités par hormono-suppression* » et « *Actions d'éducation thérapeutique chez ces patients* » en 2018 avec la Commission Education thérapeutique du Patient (ETP) ; « *Récupération améliorée après cystectomie* » en 2018, ou « *après prostatectomie* » en 2021 ou « *après néphrectomie* » en 2022, avec la Commission Chirurgie ambulatoire et Récupération améliorée après chirurgie (RAAC) ; « *Prévention,*

diagnostic et traitement des infections sur matériel endo-urétéral de l'adulte » en 2020 avec le Comité d'Infectiologie de l'AFU (CIAFU) et « *Actions éco-responsables au bloc opératoire pour améliorer les pratiques de développement durable* » en 2022 avec la Commission Développement Durable. En 2023, trois recommandations ont été finalisées notamment la recommandation sur la « *Prise en charge des calculs et de la lithiase urinaires: diagnostic, traitement, suivi et prévention secondaire* » avec le Comité Lithiase de l'AFU (CLAFU) et la recommandation sur la « *Prise en charge thérapeutique de la dysfonction érectile* » de 2024 avec le Comité d'Andrologie et de Médecine Sexuelle (CAMS).

Labels INCa et HAS obtenus pour nos recommandations AFU

À l'INCa, une partie de mon travail consistait à examiner les recommandations des sociétés savantes. Et souvent, à les retoquer... Plus de 90 % des labels étaient refusés puisqu'il y a souvent un décalage entre la demande de l'INCa ou de la HAS de développer une méthodologie rigoureuse et les ressources dont disposent les sociétés savantes. Aujourd'hui, à l'AFU, nous avons pu combler ce fossé. Ainsi, la recommandation « *Préservation de la fertilité et cancer* », élaborée sous l'égide du Comité d'Andrologie et de Médecine Sexuelle (CAMS) a été labellisée en 2021 par l'INCa et la recommandation « *Bilans pré-thérapeutiques des troubles mictionnels de l'homme adulte* », coordonnée par le Comité des Troubles Mictionnels de l'Homme (CTMH), a été labellisée en 2023 par la HAS. Ces 2 nouvelles labellisations représentent un gage de qualité et de légitimité pour l'AFU dans le paysage sanitaire et auprès de ses partenaires.

De la biochimie fondamentale « de pailleasse » à la clinique ...

Ma double compétence en recherche fondamentale (PhD en biochimie obtenu dans une unité INSERM à Lyon) et en recherche clinique m'a permis d'apporter à la fois une expertise scientifique et une expertise en méthodologie. J'ai ainsi pu accompagner le CCAFU prostate et le CCAFU vessie dans la production de revues systématiques et de recommandations notamment sur la place des biomarqueurs pronostiques ou prédictifs impliqués dans la prise en charge du cancer de la prostate ou dans les tumeurs de la vessie.

La multidisciplinarité est la règle d'or

Certes, la majorité des professionnels impliqués dans les groupes de travail et dans les groupes de lecture sont des urologues, membres de l'AFU mais aussi de l'AFUF ; nous tâchons éga-

lement d'associer, dans les groupes de travail et dans les groupes de lecture, des membres de sociétés savantes partenaires (ex : GETUG, SFBC, SFMN, SFR, SFRO, SFP, SFAR, AFCA, GENULF, SoFOG, SFGG, SFNEP, SIFUD-PP, AFSOS, AIUS, AFIIU, etc.) et d'associations de patients (ANAMACaP, APCLP, CERHOM, CISS, Le Lien, etc.).

Mais les recommandations ne sont qu'une part de mon travail... puisque je m'occupe de dépôts, auprès de la HAS, de demandes d'évaluation d'actes professionnels diagnostiques ou thérapeutiques en mettant notamment en exergue les données de la littérature justifiant l'indication, les bénéfices attendus par comparaison au standard et les éventuels risques. Ainsi, la demande d'évaluation de l'acte professionnel « *Biopsies ciblées par fusion d'images - cancer de la prostate* », qui a été déposée en 2018, a été retenue pour inscription au programme de travail de la HAS de 2019. Dans le cadre de l'étude HIFI (place des ultrasons - HIFU - dans le traitement du cancer de la prostate), dont l'AFU est le promoteur, je me suis occupée de la gestion des événements indésirables (vigilance) et de la rédaction de rapports de sécurité à l'attention de l'ANSM. Je gère aussi la plateforme dédiée aux questionnaires et enquêtes de pratique visant à évaluer l'impact des recommandations produites sur les pratiques des urologues, membres de l'AFU et de l'AFUF. Récemment, je me suis appropriée la méthode d'élaboration de solutions sécurité patients (SSP) lorsque j'ai participé, au sein de l'OA-accréditation de l'AFU, à la SSP sur les énergies laser en urologie ; il s'agit de préconisations qui visent à éviter qu'une intervention utilisant le laser en urologie ne génère des complications pour le patient (et pour le professionnel). Cette dernière production sera prochainement labellisée par la HAS ; d'autres SSP sont en cours de programmation pour 2024 notamment la « *check-list Sécurité du patient au bloc opératoire* », spécialisée en urologie.

De même, d'autres projets de recommandations sont aujourd'hui en cours d'initiation notamment avec le Comité de Transplantation et d'Insuffisance Rénale Chronique et le Comité de Neuro-Urologie.

En somme, je mène différentes activités toutes aussi intéressantes et motivantes grâce à l'investissement et au professionnalisme des membres de l'AFU et si je ne compte pas mes heures, c'est parce que je sais que je fais un travail utile contribuant à l'amélioration de la qualité des soins et du service médical rendu aux patients.

Diana KASSAB



Pierre TEILLAC

Naissance de *Progrès en Urologie*

À l'occasion de la nouvelle publication de *Progrès en Urologie*, il nous semblait intéressant de revenir sur la naissance de ce journal. Voici donc un texte de Pierre Teillac et repartons en 1986 afin de revivre la naissance de *Progrès en Urologie* et son évolution.

Priscilla LEON

Revenons en 1986, année de la « révolution » de notre association sous l'impulsion de François Richard et Guy Vallancien. En effet, au moment de l'assemblée générale, ils soumettent un changement de statuts de notre association qui fut accepté (vote sûrement bien préparé par le lobbying efficace des 2 compères). Le point principal de ces nouveaux statuts était que la gouvernance serait faite par un Président élu pour 3 ans non renouvelable et d'un secrétaire général élu pour 3 ans et renouvelable une seule fois. Ce changement allait permettre de donner un nouvel essor à notre association et l'ouvrir à tous les types d'exercice de notre métier.

À cette époque, il y avait 2 publications pour ceux qui voulaient publier des travaux en urologie : *Les Annales d'Urologie* et *Le Journal d'Urologie* :

- *Les Annales d'Urologie* avait comme rédacteur en chef Ady Steg et publiait les travaux de son service de Cochin ainsi que de ses élèves qui étaient passés dans cette grande maison ;
- *Le Journal d'Urologie* avait comme rédacteur en chef Jacques Cukier et publiait les travaux de son service de Necker ainsi que de ses élèves qui étaient passés dans cette non moins grande maison.

Le premier Président « nouvelle formule » fut Ady Steg suivi d'Alain Le Duc. Durant ces 6 premières années (1986-1992) Guy Vallancien en fut le secrétaire général. Notre association n'avait pas de journal scientifique et il fut décidé de fusionner les *Annales* et le *Journal* en créant *Progrès en Urologie* en 1991. Cela semble couler de source mais vous pouvez facilement imaginer qu'au temps des mandarins ce ne fut pas si simple. En effet, l'AFU avait décidé d'être propriétaire de *Progrès*. Il y avait 2 gros écueils :

- *Les Annales* appartenaient à Elsevier et *Le Journal* à Masson ;
- Les 2 rédacteurs en chef n'acceptaient qu'en surface de se dessaisir de leur journal respectif au profit d'un potentiel journal qui appartiendrait à l'AFU. On ne peut leur en vouloir car on ne lâche pas facilement la proie pour l'ombre.

Il fallait donc conduire cette double négociation. J'eus le plaisir et l'honneur de me voir confier cette tâche par le CA de l'AFU. Il fallut dans un premier temps trouver un éditeur indépendant des 2 précédents qui voyaient d'un mauvais œil l'arrêt de leur journal. C'est S. Khoury qui devint éditeur aidé par M. Dubois. Ces heures passées avec eux boulevard Flandrin me laissent un souvenir d'hyperactivité plein d'enthousiasme. C'est un métier que nous apprenions « sur le tas ». Soirées de relecture, de pagination, de signature des BAT sur un papier bleu clair avec son odeur caractéristique. Heureusement, les collègues jouèrent le jeu et les propositions de publication arrivèrent rapidement. Les relecteurs répondaient sans délai, eux aussi enthousiastes à l'idée de participer à cette nouvelle aventure. *Progrès en Urologie* prit donc rapidement son envol.

La négociation financière avec les éditeurs des *Annales* et du *Journal* n'eut pas vraiment lieu car ils étaient propriétaires des titres mais nous ne voulions pas les acheter. En effet, *Progrès en Urologie* est un titre qui appartient à l'AFU et nous n'avions besoin que d'un éditeur et distributeur. *Les Annales* restèrent un temps la publication de la SFU avant de s'arrêter et *Le Journal* s'éteignit progressivement faute de publications. Pour la seconde négociation, ce fut également relativement simple. Les 2 rédacteurs en chef de leur publication respective m'acceptèrent à condition que je ne sois pas le rédacteur en chef de *Progrès en Urologie* mais simplement le « secrétaire de rédaction » de la publication. Était-ce parce qu'ils ne croyaient pas dans cette nouvelle publication ou pour me tendre un piège en se disant que je n'accepterai pas ? Je n'ai jamais eu de réponse à cette question sans grande importance quand on voit ce qu'est devenu *Progrès en Urologie*.

Au congrès de 1992, étant devenu Secrétaire Général de l'AFU, le nouveau CA confia *Progrès en Urologie* à Bernard Gattegno. L'eau ayant coulé sous les ponts, il a pu prendre le titre de rédacteur en chef pour les années

suivantes, avant de passer le relais à Vincent Delmas. Sous la houlette des rédacteurs en chef successifs, *Progrès en Urologie* ne fit que croître et embellir en devenant la publication des pays francophones, puis l'apparition de *Progrès FMC*. Une nouvelle étape attend maintenant *Progrès en Urologie* en étant publié en langue anglaise et en gardant *Progrès FMC* en français. Cette nouvelle étape va sans doute permettre aux auteurs français de mieux se faire connaître à l'international et d'augmenter encore la notoriété de notre association.

Longue vie à *Progrès en Urologie* !

Pierre TEILLAC

Ady Steg, un parcours juif, une histoire française

Le Pr Arnauld Villers, chef de service d'Urologie à Lille, à tenu à nous informer de la parution d'un documentaire fort intéressant.

Le document sur le Pr Ady Steg diffusé sur France 2 le 14/01/2024 à 23h05 est disponible en replay jusqu'au 12/06/2024.

Ady Steg, un petit garçon juif né dans les persécutions antisémites de l'Europe de l'Est des années 1920, est parvenu à échapper au sombre sort qui lui était destiné pour devenir une figure majeure du judaïsme français mais aussi de la communauté nationale. Devenu un médecin respecté soignant le corps des présidents comme les maux de sa communauté, Ady Steg fut un militant perpétuel. Pénétrer dans son intimité, c'est revivre la destinée unique des Juifs du XX^e siècle, du péril de la Shoah à la renaissance en Israël en passant par son inlassable lutte pour la préservation des droits et de la mémoire des Juifs de France. Ce portrait poignant retrace l'épopée inspirante d'un homme qui illumina une époque en proie au désespoir.

Réalisé par : Isabelle Wekstein-Steg

<https://www.france.tv/documentaires/histoire/5583741-ady-steg-un-parcours-juif-une-histoire-francaise.html>

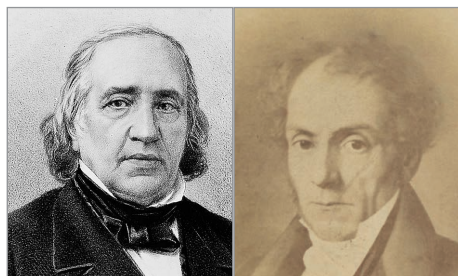
Priscilla LEON



François RICHARD

Histoire de l'urologie à Clermont-Ferrand

L'histoire de l'Urologie universitaire à Clermont-Ferrand est très récente mais l'Auvergne a cependant donné quelques urologues célèbres : Jean Civiale dont la carrière fut en fait totalement parisienne, mais aussi François Fournier de Lempdes, qui prétend avoir conçu le premier lithotriporteur, et passa sa vie en querelle d'antériorité avec le précédent. L'Académie de Médecine tranchera en faveur de Jean Civiale et celui-ci obtiendra une rue à son nom à Paris. François Fournier de Lempdes devra se contenter d'une impasse dans une banlieue de Clermont-Ferrand...



Jean Civiale

François Fournier de Lempdes

Sur le plan universitaire

En 1481, le roi Louis XI, par l'intermédiaire de Jean Doyat, son chambellan (qu'il fit un temps gouverneur d'Auvergne), promit 50 écus d'or pour fonder à Clermont-Ferrand une Université de Lois & Décrets et de Médecine. Cette promesse sera tenue, mais cinq siècles plus tard...

De toutes façons, en mars 1791 au nom de la liberté et de l'égalité, l'exercice de toutes les professions (dont la médecine) devint libre et, dans la même logique (!), le 18 août 1792 toute université, toute faculté et tous les corps savants constitués ont été abolis avec confirmation par la convention le 8 août 1793.

On commença à faire marche arrière dès 1794 : trois Ecoles de santé sont créées (Paris, Montpellier, Strasbourg), qui rapidement retrouveront leurs privilèges de Facultés. Ensuite, en 1806, sont reconnus les enseignements donnés dans les hôpitaux qui deviennent des Cours d'instruction médicale (qui dépendent des préfets). Ceci à Amiens, Besançon, Clermont-Ferrand, Poitiers, Grenoble et Toulouse, puis en 1807 à Angers et

Bordeaux et enfin à Caen, Dijon, Marseille et Reims en 1808.

La prochaine étape pour l'enseignement médical sera le décret royal (Louis XVIII) du 18 mai 1820, qui transforme à Clermont-Ferrand (entre autres) le Cours d'instruction médicale en une Ecole secondaire de médecine, dépendant désormais d'une université et d'un recteur. Le 13 octobre 1840 (Louis-Philippe), cette école devient Ecole préparatoire de Médecine, ce qui ne changea guère que la gestion.

L'étape suivante fut de devenir Ecole de plein exercice ce qui ne fut acquis à Clermont-Ferrand qu'en 1928. Et finalement en 1954, pour le centenaire de l'université de Clermont-Ferrand (la faculté des lettres avait été créée en juin 1854), sera constituée la Faculté de Médecine et de Pharmacie, comme promis en 1481...

Il est peut-être utile de rappeler à quoi correspondent ces différents type « d'école de médecine ». Durant tout le XIX^e siècle, ces établissements sont avant tout orientés vers la formation des officiers de Santé (décret du 10 mars 1803), qui ne disparaîtront qu'en 1892 (et en 1944 outre-mer). Les futurs médecins, eux, doivent poursuivre une partie de leur cursus dans les Facultés de médecine : plusieurs années pour les Ecoles secondaires ou les Ecoles préparatoires, seulement pour la présentation de leur thèse pour les Ecoles de plein exercice. Clermont-Ferrand qui est au centre du Massif Central, rappelons-le, a été rattaché initialement à Paris, puis à Montpellier, puis à Bordeaux, puis à Toulouse...

Sur le plan hospitalier

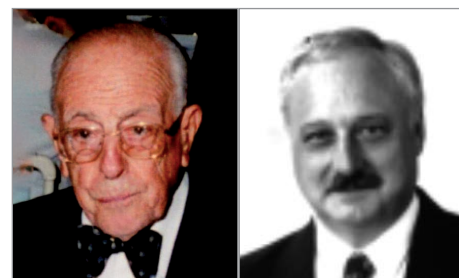
Il y eu de nombreux édifices et de nombreuses réorganisations. Pour notre sujet, l'Hôtel-Dieu (« moderne », car il y en eut bien d'autres) a ouvert ses portes en 1773, pour les fermer en 2010 ; c'est dans cet établissement qu'exercera le premier Urologue hospitalier de la région le futur Professeur Jean Neveu.

C'est en effet en 1950 que la Commission Médicale Consultative s'est préoccupée de créer une activité urologique à Clermont-Ferrand et pour cela d'ouvrir un concours de Chirurgien des Hôpitaux dans cette discipline. Le Dr Jean Neveu, ancien interne des Hôpitaux de Paris, prit ses fonctions en 1952.

Fin 1959, a été créé sur le plan formel un service d'Urologie de 10 lits, service en fait fondé dans un service de Chirurgie où cette activité était déjà hébergée. Le Docteur Neveu n'obtiendra un service indépendant qu'en 1971 avec la création d'un nouvel hôpital.

La période moderne

En 1969 a été créé le premier poste de Chef de Clinique pour le Dr Louis Vincens sous le masque de la chirurgie générale (Pr Barrier), car le Dr Neveu était encore urologue non universitaire, jusqu'à une réussite à l'agrégation sur un poste ouvert pour l'Urologie en 1970. Le Docteur Louis Vincens sera le premier urologue formé à Clermont-Ferrand, précédant le Dr Jean Hermabessière et bien d'autres jusqu'à aujourd'hui.



Jean Neveu

Jean Hermabessière

Ce n'est qu'en en 1971 qu'a été créé un vrai service d'Urologie qui a été le premier service de chirurgie intégré dans un nouvel hôpital appelé secondairement Gabriel Montpied.

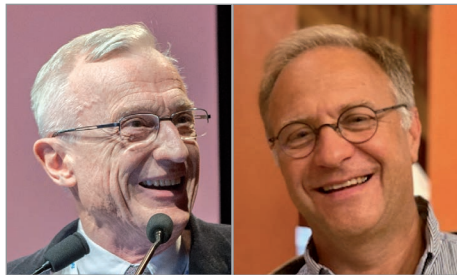
Le Pr Christian Olier, formé à Paris, a rejoint le service le 1^{er} octobre 1977 et en deviendra responsable en octobre 1981 quand le Pr Neveu prendra sa retraite.

Ce service de 40 lits s'est développé en urologie d'adulte et, pendant quelques années, en urologie pédiatrique. Les prélèvements de reins ont été organisés et ont commencé en 1980 (10 prélèvements par exemple en 1981).

Mais il faut bien dire que, sorti de l'emprise de la Chirurgie Générale, le service d'Urologie s'est trouvé dans une voie bien étroite entre un pôle gynécologique fort, dont un secteur était très orienté sur les troubles mictionnels, et le Centre Anti-Cancer Jean-Perrin où exerçait un chirurgien, le Pr Bernard Giraud, lui aussi intéressé par l'Urologie et pas seulement cancérologique... Ce chirurgien avait de plus comme correspondant (et ami) le chef du service de néphrologie. Cette situation n'est peut-être pas étrangère au décès brutal du Pr Olier le 14 juin 1984, très traumatisant pour son équipe, et qui va changer la donne.

Après avoir exploré diverses options, le Pr Gaston Meyniel, Doyen emblématique du CHU de Clermont-Ferrand, confia le service d'Urologie au Pr Giraud auquel il associa le Dr Jean-Paul Boiteux, ancien chef de clinique parisien.

Le cours de Cancérologie Urologique alors organisé amena de nombreux urologues à Clermont-Ferrand et fut pionnier à cette époque. Une autre activité d'impact extrarégional fut l'enseignement de « la pelvioscopie », méthode d'exploration extra-péritonéale par mini-incision avec entraînement pratique sur le cochon. La transplantation rénale a débuté en 1987, la lithotripsie en 1991, mais le « robot » se fera attendre jusqu'en 2018.



Jean-Paul Boiteux

Laurent Guy

Le Dr Boiteux devint professeur en 1988 et chef de service au départ à la retraite du Pr Giraud fin 1994. Puis, en 2009, le Dr Laurent Guy deviendra le premier professeur d'Urologie issu de la Faculté de Clermont-Ferrand ; il prendra les fonctions de chef de service en 2015. Le Pr Boiteux passera à l'éméritat en 2017.

En 2024, le service d'Urologie partage ses Praticiens Hospitaliers avec les hôpitaux d'Issoire, de Riom et de Thiers voire, pour des consultations avancées, avec la plupart des hôpitaux de la région.

Cette région dispose aussi de plusieurs établissements privés comportant une composante urologique. Mentionnons : à Montluçon, la clinique St François, où le Dr Rigondet fut dans les années 1970 un des pionniers de la cryothérapie et, à Clermont-Ferrand, La Chataigneraie et le Pôle Santé République qui intègrent tous deux une activité urologique importante, sans oublier les établissements d'Aurillac, du Puy-en-Velay ou de Vichy.

François RICHARD



Le projet du futur CHU de Clermont-Ferrand, site Gabriel Montpied qui verra le jour en 2025.

20-23 NOVEMBRE 2024
PARIS, FRANCE
 PALAIS DES CONGRÈS

www.cfu-congres.com

118^e

CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

SAVE THE DATE!



ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE
www.urofrance.org

Connectez-vous !




 @AFUrologie
 #CFU2024



Fayek TAHA

Bienvenue à Vid'AFUF : nouvelle destination vidéo pour la formation

C'est avec un immense plaisir que je vous annonce le lancement de notre nouvelle plateforme vidéo, **Vid'AFUF** ! Après avoir parcouru un chemin enrichissant avec Podc'AFUF, il est temps pour nous d'évoluer vers de nouveaux horizons, d'explorer de nouvelles perspectives et de mettre en lumière l'expertise de notre communauté d'une manière encore plus captivante.

Vid'AFUF, c'est bien plus qu'une simple transition vers la vidéo. C'est une évolution naturelle de notre engagement envers la formation des jeunes urologues. Nous avons entendu vos retours et compris votre besoin croissant d'accéder à des contenus de qualité, informatifs et stimulants, présentés de manière dynamique et visuellement attrayante. C'est précisément ce que nous nous efforçons d'offrir avec Vid'AFUF.

Nous avons choisi le format de l'interview avec des experts pour une raison simple : rien ne vaut l'opportunité d'entendre directement des spécialistes renommés partager leurs connaissances, leurs expériences et leurs points de vue sur des sujets cruciaux. Les vidéos d'interview permettent une interaction authentique et une transmission de savoirs dans un cadre convivial et accessible à tous.

Avec Vid'AFUF, vous pouvez vous attendre à une variété de contenus riches et diversifiés, abordant une multitude de thématiques pertinentes pour la pratique. Que vous soyez intéressés par la cancérologie, la neuro-urologie, la transplantation ou les techniques chirurgicales innovantes, nous avons prévu de couvrir un large éventail de sujets pour répondre aux besoins des jeunes urologues.

Mais ce qui rend Vid'AFUF vraiment spécial, c'est l'avantage incontestable offert par le support visuel. Grâce à la vidéo, nous sommes en mesure de vous présenter des démonstrations en direct, des animations, des cas cliniques réels, et bien plus encore. Cette dimension visuelle ajoutée enrichira considérablement votre expérience d'apprentissage, en vous permettant de visualiser les concepts abstraits et de comprendre les procédures complexes avec clarté.

Nous sommes profondément convaincus que Vid'AFUF marquera une nouvelle ère dans notre engagement envers l'excellence éducative. Notre objectif reste inchangé : fournir à nos membres les outils nécessaires pour exceller dans leur pratique professionnelle, tout en favorisant un environnement d'apprentissage collaboratif et stimulant. Abonnez-vous à Vid'AFUF !

Fayek TAHA, *Président de l'AFUF*



Denis SÉGUIER

Les Rencontres de l'AFUF 2024 à Lille !

L'AFUF a le plaisir de vous annoncer que ses prochaines Rencontres se dérouleront à Lille, en septembre 2024.. Ces rencontres représentent une occasion unique pour les internes, chefs de clinique et assistants en urologie francophone de se réunir, d'échanger et de se former autour des dernières avancées et pratiques dans le domaine de l'urologie.

Cette année, le programme scientifique mettra particulièrement l'accent sur trois domaines cruciaux : la cancérologie, l'andrologie et les discussions autour de l'installation post-internat. Ces thématiques ont été choisies pour leur pertinence actuelle dans la pratique urologique et leur impact significatif sur le parcours professionnel des praticiens.

La cancérologie urologique, l'un des piliers de la spécialité, sera au cœur de nos débats. Nous aborderons les innovations en matière de diagnostic, de traitement et de suivi des cancers urologiques, avec un accent particulier sur le cancer de la prostate. Les dernières avancées en matière de chirurgie robotique, d'immunothérapie et de thérapies ciblées seront discutées afin de fournir aux participants les connaissances les plus à jour pour optimiser la prise en charge de leurs patients.

L'andrologie, quant à elle, représente un autre domaine d'intérêt majeur, touchant à des aspects fondamentaux de la santé masculine tels que la fertilité, la dysfonction érectile et l'hypogonadisme. Les sessions dédiées à l'andrologie permettront d'explorer les derniers progrès thérapeutiques et les approches innovantes pour adresser ces problématiques, offrant ainsi une meilleure qualité de vie aux patients.

Enfin, la question de l'installation post-internat est cruciale pour de nombreux jeunes urologues en fin de formation. Cette session sera l'occasion de discuter des différents aspects de l'installation en pratique privée ou hospitalière, des enjeux administratifs et financiers, ainsi que des opportunités de carrière et de développement professionnel. Des témoignages d'urologues expérimentés viendront enrichir cette discussion, offrant des conseils pratiques et des retours d'expérience précieux pour les futurs praticiens.

Les Rencontres de l'AFUF à Lille seront aussi un moment privilégié pour le réseautage entre confrères et consœurs, favorisant les échanges professionnels et amicaux. Des moments conviviaux seront organisés pour permettre à chacun de tisser des liens, partager des expériences et, pourquoi pas, initier des collaborations futures.

Nous invitons tous les internes, chefs de clinique et assistants en urologie francophone à nous rejoindre pour cette édition des Rencontres de l'AFUF à Lille. Ce sera une opportunité exceptionnelle de se tenir au courant des dernières évolutions de notre spécialité, tout en participant à la construction d'une communauté urologique francophone solide et unie.

Pour plus d'informations sur le programme, les inscriptions et les modalités de participation, veuillez consulter notre site web : afuf.fr. Nous sommes impatients de vous accueillir à Lille pour ces rencontres qui promettent d'être enrichissantes à tous points de vue.

Denis SÉGUIER, *Trésorier de l'AFUF*





Benjamin PRADÈRE

Le congrès de l'EAU à Paris : un temps fort pour l'AFU

Cela ne vous aura sûrement pas échappé, cette année l'EAU a lieu à Paris du 5 au 8 avril 2024. Ce sera l'occasion de mettre à l'honneur la richesse de l'urologie française et de renforcer nos liens avec l'association européenne. Pour cela, l'AFU s'investit dans le congrès et compte sur vous tous pour faire de ce millésime une année inoubliable pour nous et pour tous les urologues du monde entier qui viendront à Paris pour le congrès.

La France, Paris et même l'urologie française ont une place très particulière chez nos confrères étrangers, et nombreux sont ceux qui attendent avec impatience cette édition bleu blanc rouge !

Pour marquer le coup, le choix de l'AFU est de promouvoir l'une des grandes campagnes de cette mandature : le SPORT !

L'occasion était trop belle ! Avec Paris qui accueille les Jeux Olympiques quelques semaines plus tard, il nous a paru évident de promouvoir l'une de nos campagnes grand public de cette mandature qui nous tient le plus à cœur : Sport et Cancer !

Ce congrès de l'EAU sera l'occasion de promouvoir nos actions autour de cette valeur noble du sport. Tout d'abord en faisant la promotion de la future édition du Ventoux qui aura lieu en septembre, mais aussi grâce à des actions sportives durant le congrès de l'EAU !

Guettez vos mails, car l'AFU en association avec l'EAU organisera la dimanche 07/04 la première « Fun Run » du congrès EAU ! Une course de 5 km pour promouvoir les valeurs du sport et ses bienfaits pour nos patients ! Cette course aura lieu le dimanche matin, avant un autre événement sportif incontournable : le marathon de Paris ! Alors inscrivez-vous dès la réception du mail d'invitation car le nombre de place sera limité et ramenez vos baskets !!

Une autre grande action autour du sport sera réalisée sur le stand de l'AFU ! Oui vous avez bien lu, l'AFU aura son propre stand sur le congrès de l'EAU ! Pour mettre à l'honneur notre association nous aurons donc un stand où nous espérons vous voir tous passer !

Nous organiserons sur le stand une compétition de vélo ! À l'aide d'un *home trainer*, ve-

nez vous mesurer à tous vos collègues pour remporter une invitation pour l'ascension du Ventoux 2024 ! Qui sera la(le) meilleur(e) ? Réponse à la fin du congrès !

On espère que ce stand sera votre lieu de retrouvailles, pour prendre un café et échanger avec vos amis et confrères de l'AFU mais aussi du monde entier ! Ce sera d'ailleurs l'occasion de faire aussi la promotion du *French Journal of Urology* qui n'est pas encore trop connu de nos confrères étrangers !

L'ensemble des urologues investis au sein de l'EAU et à l'international ont à cœur de vous faire partager ce congrès international et s'investissent tous pour que l'édition parisienne restent gravée dans les mémoires de toutes et tous !

Nous vous attendons donc du 5 au 8 avril à Paris, avec vos baskets et votre *french spirit* pour faire briller nos valeurs chères à l'AFU !

Benjamin PRADÈRE, Trésorier adjoint de l'AFU

EAU 24 | PARIS, FRANCE
5-8 April 2024

Cutting-edge Science at Europe's largest Urology Congress

Join us
in Paris!

www.eau24.org

eau European Association of Urology