
Conception actuelle de l'organisation territoriale de l'Urologie française

Philippe MANGIN

Service d'Urologie, Hôpital Brabois
54500 NANCY – Vandoeuvre

Correspondance :

Service d'Urologie, Hôpital Brabois
54500 NANCY – Vandoeuvre

E-mail : p.mangin@cerepp.org

Résumé

Depuis quelques années la communauté urologique française accélère sa restructuration.

Pourquoi ? Le savoir-faire chirurgical urologique est devenu spécifique pour la plupart des interventions sur l'appareil urinaire et ce phénomène s'accroît puisque l'urologue ne peut plus maintenant, à lui seul, maîtriser l'ensemble des techniques de la spécialité. Par ailleurs ce savoir-faire ne suffit plus, eu égard à la complexité et au coût de l'instrumentarium devenu nécessaire à la pratique de l'urologie moderne : il faut pouvoir acheter, entretenir, partager, renouveler rapidement tous ces instruments. De plus une nouvelle exigence est apparue, la continuité des soins 24h/24, 365 jours par an, assurée sur tout le territoire par des spécialistes chirurgicaux qui ont à la fois le savoir-faire et les instruments pour le faire.

Comment ? Ces nouvelles réalités imposent deux mutations fondamentales. Désormais un chirurgien urologue ne devra plus faire de chirurgie non urologique et un chirurgien non urologue ne devra plus faire de chirurgie urologique. La deuxième mutation concerne l'organisation interne de l'urologie : un urologue seul ne pouvant plus maîtriser l'ensemble de la spécialité et ne pouvant, à lui seul, acquérir les instruments nécessaires, il devra travailler au sein d'une équipe urologique sur un ou plusieurs sites. Chacun des membres de cette équipe aura le « niveau 50 » permettant de pratiquer les gestes courants et les gestes d'urgence de la spécialité ; il devra, en plus, posséder une ou deux hyper spécialités avec le « niveau 100 » correspondant à la capacité d'effectuer les actes difficiles et/ou rares de son hyper spécialité : cancérologie, lithiase, endo-urologie, incontinence, neuro-urologie, transplantation, andrologie... de telle sorte que l'ensemble de l'équipe dispose de tout le savoir-faire et de tous les équipements modernes.

Mots clés : Urologie / Organisation

Abstract

The current territorial organisation of urology in France

For several years now the reorganisation of the French urological community has been accelerating.

Why this reorganisation ? The surgical know-how needed has become more and more specific for the majority of operations on the urinary apparatus and this increasing level of technical complexity is confirmed by the fact that urologists today can no longer master all the techniques linked to their speciality. What is more, to further complicate matters, the cost of the medical instruments indispensable for modern urology has become exorbitant: few doctors can afford to buy, maintain, share and renew frequently. To complicate matters even further, the obligation to provide care, 24-hours a day, all year long, by specialist surgeons who have both the know-how and the instruments required.

What needs to be done ? This situation imposes two fundamental changes. From now on, urologists should not do non-urological surgery and surgeons from other specialities should not do urological surgery. The second change involves the internal organisation of urology: as urologists can no longer neither master all the techniques of their speciality, nor afford all the instruments required, they should work in a urological team, on one or two sites. Each member of the team should have a skill level of 50, sufficient for daily or emergency urology treatment; each member should also have a skill level of 100 for one or two hyper specialities allowing them to accomplish difficult or rare treatments linked to their field of hyper specialisation such as: oncology, lithiasis, endo-urology, incontinence, neuro-urology, transplantation, andrology etc. The idea being, that the team as a whole, has all the specialist knowledge required and is fully equipped with up-to-date medical instruments.

Keywords : Urology / organisation

Depuis plus de 5 ans, l'Association Française d'Urologie (AFU) s'est engagée dans une réflexion en profondeur concernant la réorganisation territoriale de l'Urologie française, dans le sens du regroupement des hommes et des moyens, indispensable à l'exercice de l'urologie moderne. Ces regroupements ont commencé et s'accroissent aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Ces recommandations de l'AFU ne sont pas liées à des directives institutionnelles ou gouvernementales, mais à l'observation et à l'analyse d'une accélération très rapide de l'évolution des techniques urologiques depuis 25 ans.

1981-2006 : 25 ans de révolutions technologiques en urologie

En 1981

80% de l'activité opératoire urologique était réalisée par voie ouverte. Les instruments et le savoir faire étaient communs à tous les chirurgiens viscéraux. Les 20% restant concernaient la chirurgie endoscopique du bas appareil urinaire : vessie, prostate et urètre, nécessitant effecti-

vement des instruments et des savoir faire spécifiques à l'urologie.

Les chirurgiens urologues pratiquaient donc naturellement de la chirurgie non urologique, digestive, gynécologique ou vasculaire et inversement de nombreux chirurgiens non urologues pratiquaient régulièrement un certain nombre d'interventions urologiques. Cette situation avait un avantage pour les chirurgiens et les établissements : elle permettait de partager la garde de chirurgie viscérale pluridisciplinaire.

Les révolutions technologiques de ces 25 dernières années

La chirurgie endoscopique du haut appareil. Grâce à la mise au point de l'onglet d'Albarran, on savait depuis 1897 monter des sondes à l'aveugle dans l'uretère pour opacifier, drainer ou essayer d'extraire de petits calculs, non sans risque ! Il a fallu attendre le début des années 1980 pour qu'il devienne possible de voir directement l'intégralité de voie excrétrice supérieure, par voie naturelle rétrograde ou par voie percutanée lombaire, utilisant des endoscopes rigides ou des fibroscopes. Ces nouveaux endoscopes, munis d'1 ou 2 canaux opérateurs, permettent non seulement de voir mais de pratiquer des gestes sous contrôle visuel direct : sectionner, coaguler, prendre, pulvériser, placer avec précision tous types de sondes... Parallèlement était mis au point des **Lithotriteurs Extra Corporels (LEC)** permettant de pulvériser un grand nombre de calculs pyélo-caliciels puis urétéraux, sous guidage radiologique et/ou échographique. La maîtrise de ces deux nouvelles techniques, endoscopie du haut appareil et LEC, représente une vraie révolution de la prise en charge de la lithiase urinaire : en 1981 près de 100% des calculs qui devaient être enlevés l'étaient par voie chirurgicale ouverte, en 2006... on s'approche de 0% !

A cette même époque des **échographes urologiques interventionnels** ont été mis au point et rapidement incorporés à l'instrumentarium quotidien de l'urologue pour mettre en place des drainages, diriger les biopsies, placer avec précision des agents radio actifs ou guider des ultrasons, par voie percutanée ou transrectale.

La chirurgie coelio-laparoscopique. Elle peut également être qualifiée de révolution technologique en urologie. Observée d'abord avec une certaine méfiance, elle s'est finalement imposée et son développement explose actuellement, qu'il s'agisse de la chirurgie de la prostate, du rein, de la voie excrétrice et même de la vessie. Ces techniques se sont révélées particulièrement adaptées à la

chirurgie urologique malgré la situation rétro et sous péritonéale de l'appareil urinaire.

La prise en charge de l'**incontinence urinaire** se limitait à l'incontinence d'effort en utilisant différentes variantes de cervico-cystopexies ou de frondes. L'utilisation simplifiée de bandelettes sous urétrales synthétiques, de sphincters artificiels parfaitement au point, de neuro-modulateurs, d'injections péri-urétrales, péri-cervicales et maintenant intra-détrusoriennes, permet de proposer un traitement spécifique à chaque type d'incontinence, choisi électivement grâce aux nouvelles techniques d'exploration urodynamique.

La possibilité de détruire des tumeurs de la prostate par des **Ultrasons Focalisés de Haute Intensité (HIFU)** à l'aide d'une sonde endorectale ouvre maintenant la voie aux traitements des autres tumeurs de l'appareil urinaire, utilisant différents agents physiques.

La chirurgie robot assistée a quitté le champ de l'expérimentation pour entrer dans la pratique quotidienne de centres modernes de plus en plus nombreux. Des appareils de nouvelle génération plus perfectionnés et moins coûteux verront le jour dans les années à venir et accéléreront la diffusion de cette technologie. La chirurgie urologique se révèle être actuellement celle qui est le plus adaptée à ce procédé : la prostatectomie radicale pour cancer est aujourd'hui l'intervention chirurgicale robot-assistée la plus pratiquée dans le monde. (Tableau I).

Si l'on compare schématiquement un grand bloc opératoire urologique en 1981 et 2006, une évidence s'impose : en 1981, sur 4 salles d'opérations, 3 étaient utilisées pour la chirurgie ouverte et 1 pour la chirurgie endoscopique du bas appareil. En 2006 une seule est occupée par la chirurgie ouverte, une 2^{ème} par la chirurgie coelio-laparoscopique, une 3^{ème} par la chirurgie endoscopique du bas et du haut appareil et enfin une 4^{ème} est réservée aux technologies complexes telles LEC, HIFU, chirurgie robot-assistée....

Conséquences de ces révolutions technologiques

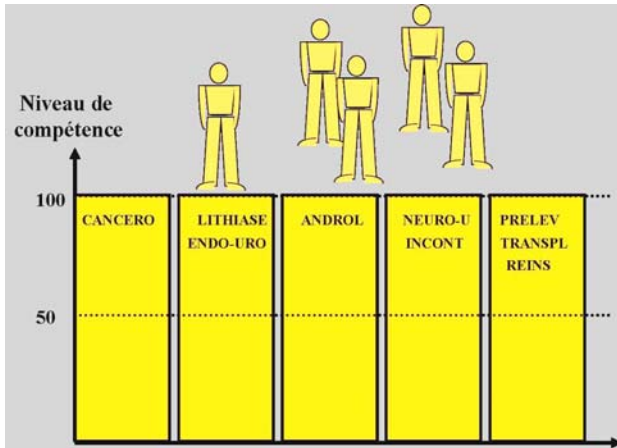
La réorganisation interne de l'Urologie

L'urologie couvre de nombreux secteurs : tumeurs bénignes ou malignes, lithiase et endo-urologie, incontinence et neuro-urologie, transplantation rénale et chirurgie de l'insuffisance rénale chronique, andrologie, malformations congénitales, infectiologie....Compte tenu de la

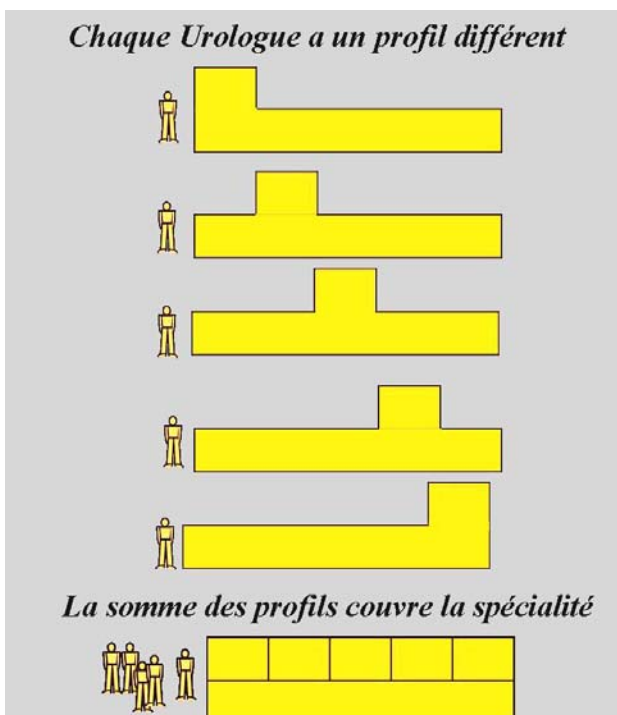
1981	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	
Salle1						Chir. Ouverte
Salle2						Chir. Ouverte
Salle3						Chir. Ouverte
Salle4						Chir.Endoc Bas App
2006	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	
Salle1						Chir. Ouverte
Salle2						Chir. Coelio Laparo
Salle3						Chir. Endoc. Bas+Haut App
Salle4	LEC	LEC	Robot	Robot	HIFU	Technologies complexes

Tableau I

multiplicité et de la complexité des nouvelles technologies, il n'est plus possible pour un seul urologue de maîtriser l'ensemble de ces techniques. De plus, l'acquisition, l'entretien et le renouvellement de ces matériels très coûteux ne sont plus accessibles à un ou même à deux urologues. L'impossibilité de posséder tous le savoir faire et tous les instruments pour le faire est devenu une évidence incontournable qui appelle une réorganisation rapide de la spécialité.



Chaque urologue devra avoir désormais un profil spécifique : le niveau de base ou « niveau 50 », commun à tous les urologues et le « niveau 100 » dans une ou deux hyper spécialités. Le niveau 50 correspond à la maîtrise de tous les actes standards de la spécialité et des urgences urologiques. Le niveau 100 correspond à la maîtrise des actes difficiles et/ou rares. Le regroupement des urologues par équipe doit permettre, par sommation des compétences complémentaires, de couvrir toute la spécialité au meilleur niveau, en assumant une astreinte permanente spécialisée d'urologie.



Réorganisation territoriale

Si l'on considère qu'un urologue pour 60 000 habitants répond de façon satisfaisante aux besoins du pays, et que le regroupement devra se faire dans l'avenir par groupe de 3 au minimum, deux cas de figures vont être à envisager en fonction de la répartition des bassins de population.



Schématiquement, en milieu urbain l'ensemble de l'équipe pourra travailler sur un seul site. En revanche en milieu rural, il y aura un centre principal « pivot » disposant de l'équipement complet, relié en réseau avec de plus petites structures.

Réorganisation des relations entre la chirurgie urologique et les autres spécialités chirurgicales

Cette évolution de l'urologie, historiquement irréversible, amène à une double évidence :

les urologues ne devront plus faire de chirurgie non urologique et les non urologues ne devront plus faire de chirurgie urologique, qu'il s'agisse de chirurgie programmée ou d'urgences. Bien entendu cette règle générale ne s'applique ni aux pathologies frontières, ni aux interventions nécessairement multidisciplinaires.

Cette organisation peut-elle satisfaire tous les acteurs du SYSTÈME ?

- **Le patient** : Il est soigné au plus haut niveau, 24 h/ 24, 365 jours par an, dans les règles de l'art avec des instruments modernes.
- **L'Urologue** : Il a la satisfaction d'être le spécialiste d'un domaine et dispose des compétences complémentaires autour de lui, permettant de régler l'ensemble des cas même les plus difficiles. Il peut s'absenter et assurer sérieusement sa formation continue.
- **Les établissements de soins** : Ils ont la satisfaction de faire une médecine de qualité avec une image de marque attractive. Ils peuvent amortir financièrement les

outils diagnostiques et thérapeutiques compte tenu du nombre de praticiens dans la spécialité.

- **Les organismes payeurs** : Ils trouvent dans cette organisation le meilleur rapport qualité/ prix : la prise en charge des patients est optimale avec du matériel amorti.
- **Les responsables politiques locaux** : Ce système permet de maintenir dans de nombreuses petites villes des établissements de santé actifs, qui auraient pu être condamnés à disparaître.

Conclusion

Le regroupement des urologues est devenu un phénomène irréversible pour 2 raisons

- **technique** : un urologue ne peut plus à lui seul maîtriser toute la spécialité et il ne peut plus acquérir, entretenir et renouveler l'instrumentarium complexe et coûteux indispensable à l'exercice de l'urologie moderne.
- **culturelle** : les patients, les associations de patients, les assurances, les magistrats... exigeront de plus en plus que, sur tout le territoire français et à tout moment, la prise en charge soit assurée dans les règles de l'art de la spécialité : savoir faire, instruments modernes et continuité des soins.

Discussion

Intervention de Ph Vichard

1. Les spécialités chirurgicales ne sont pas dans la même situation en matière d'urgence : ainsi une rupture de rate ne tolère pas toujours une prise en charge effectuée par une équipe chirurgicale située à 50 ou 60 km ! Par contre, en matière d'urologie, il semble que les transports ne soient pas préjudiciables aux malades requérant un traitement rapide. Partagez-vous cette opinion ?
2. Comment concevez-vous l'utilisation des établissements où le plateau technique aura été supprimé ? Les services d'urologie sont ils susceptibles de participer à une activité décentralisée à leur niveau ? Dans quels domaines autres que la convalescence ?

Réponse de Ph Mangin

1. L'urologie est effectivement une spécialité où les extrêmes urgences sont rares. La rupture de rate et la grossesse extra utérine sont habituellement citées pour justifier le maintien d'un bloc opératoire dans de très petits hôpitaux. En réalité, dans de tels établissements ces 2 interventions représentent moins de 5 cas par an et une étude faite dans la région de Grenoble montre qu'un système de transport bien organisé règle le problème.
2. Fermer un bloc opératoire ne signifie pas fermer un hôpital. De nouveaux besoins médicaux et péri-médicaux de proximité sont apparus : consultations avancées et suivi à long terme de malades opérés, prise en charge des handicapés et des personnes dépendantes, prévention, dépistage... Une restructuration bien pensée est plus judicieuse qu'une fermeture artificiellement retardée.

Intervention de JM Dubernard

J'adhère totalement au schéma organisationnel présenté par Philippe Mangin. Il peut s'appliquer à la plupart des disciplines chirurgicales. La réflexion devrait être approfondie sous deux aspects :

1. La formation des urologues, qui ne doivent pas être coupés de la formation chirurgicale générale. Ils le sont peut-être trop aujourd'hui.
2. La nécessité des territoires frontières avec des passerelles vers les actes techniques très spécialisés comme la micro chirurgie (quid des vaso vasostomies, des vaso épидидymectomies ?)
3. Des ponts vers la transplantation, qui ne peut pas être segmentée : la transplantologie doit se développer appuyée sur plusieurs disciplines chirurgicales si l'on souhaite que la recherche clinique se développe.

Réponse de Ph Mangin

1. C'est un risque réel d'autant que les jeunes internes cherchent à maîtriser le plus rapidement possible les gestes de la spécialité qu'ils ont choisie. Il faut du recul pour savoir qu'une bonne formation en urologie nécessite une solide connaissance de base en chirurgie digestive, vasculaire et gynécologique au moins. Il faut du recul pour savoir qu'on ne sera jamais à l'aise dans la

chirurgie d'un organe ou d'une région anatomique que l'on n'a pas côtoyés dans sa période de formation.

2. Dès lors que l'on s'hyperspécialise il faut effectivement acquérir des savoir-faire très spécifiques en chirurgie vasculaire, coeli-chirurgie, microchirurgie, chirurgie plastique, chirurgie robot-assistée, radio-guidée, neurochirurgie, etc. qui nécessitent des passerelles avec les autres spécialités. Au-delà d'un certain niveau de complexité il devient de toutes façons préférable de faire appel à un collègue spécialisé.

3. En ce qui concerne la transplantation le parcours exceptionnel de JM Dubernard confirme surtout que l'on peut sortir de sa spécialité théorique si l'on a pu naviguer très jeune dans d'autres espaces chirurgicaux, comme il l'a fait. Je suis plus réservé sur le problème de la segmentation : chaque type de transplantation requiert des compétences communes à toutes les transplantations et des compétences spécifiques à l'organe greffé. Là encore, au-delà d'un certain niveau, il n'est plus possible d'être poly-compétent et l'association de compétences complémentaires est incontournable.

Quant au projet de JM Dubernard de développer en France des centres de recherche clinique en transplantation rassemblant plusieurs disciplines chirurgicales, il doit être fermement soutenu.

Intervention de B Dufour

1. Les moyens. Ne comptons pas uniquement sur l'argent « officiel » de l'état et trouvons des moyens privés –faciles à trouver.
2. Il y aura toujours la chirurgie de base, à réaliser partout, dans les grandes comme les petites villes, toujours, ces dernières, attachées à leur hôpital.
3. Il n'y aura plus de vocations pour être « ouvrier spécialisé » urologue après 10-12 ans d'études et un avenir limité.

Réponse de Ph Mangin

1. Cette conception pragmatique correspond mieux à la culture anglo-saxonne qu'à la culture française qui, hélas, bloque souvent d'excellents projets pour ne pas prendre le risque de la moindre dérive.
2. Dans les pays industrialisés à niveau médical élevé, la prise en charge chirurgicale non spécialisée est de moins en moins acceptée par les patients, les assureurs, les magistrats et maintenant les associations de patients. Cette évolution ne convient pas toujours aux responsables politiques locaux, et votre remarque rejoint là celle de Mr Vichard.
3. Je souscris totalement à l'analyse de Bertrand Dufour et au-delà même, puisque le temps de formation minimum pour un urologue est de 6 ans d'études médicales + 5 ans d'internat + 2 ans de post-internat, soit un minimum de 13 ans. Une des priorités du Conseil National de la Chirurgie, récemment créé est précisément de trouver une solution à la crise aiguë des vocations chirurgicales en France