

Éditorial

Bonne année 2013 :
"Prescribe or soon die" !

sommaire

Étude CCAFU

1

Appel à inclusion 2

ECU

2

Réforme de l'enseignement du Collège
d'urologie 3-4

Dossier DPC

3

Le Développement Professionnel Continu en
2013 ou vos nouvelles obligations de FMC... 5-7
"Mais que fait l'Ordre ?" ou bien "De quoi se
mêle-t-il ?" 7-8
La FMC au Royaume Uni 9

Charte

4

Charte de "retransmission en direct d'actes
techniques" à visée d'enseignement 10-11

SNCUF

5

Avenant n°8 11-12

Partenaire de l'AFU

6

Pierre Fabre, partenaire Or de l'AFU 12

106^e congrès AFU

7

Le rapport du congrès 2012 : la médecine
sexuelle 13-14
Les meilleures communications : la sélection
des modérateurs 15-16

L'urologie au cinéma

8

L'Urologie, une vraie star du septième art ! ... 17-19

AFUF

9

Fax AFUF 20-22

Histoire de l'urologie

10

Appel d'offre "Historique" 22

Partenaire de l'AFU

11

Ipsen, partenaire Platine de l'AFU 23

Réunions scientifiques

12

Réunions scientifiques de l'AFU en 2013 24

Thierry LEBRET
Secrétaire
Général de l'AFU

Au nom de toute l'équipe d'Uro-Jonction, j'aimerais vous souhaiter une très bonne année 2013.

Cette année s'annonce très importante sinon cruciale dans les choix d'orientation de notre formation et de notre exercice professionnel. La primo-prescription (première prescription à un patient) de l'Abiratéron, dont pourraient être exclus les urologues, sonne pour toute notre communauté comme un avertissement à ce que pourrait devenir notre profession. L'urologie est en effet une spécialité totalement à part, nous ne sommes pas des chirurgiens exclusifs, comme les chirurgiens thoraciques ou digestifs, et nous ne sommes pas des médecins exclusifs, comme les néphrologues ou les endocrinologues. Nous avons su garder dans notre pratique les explorations diagnostiques et en particulier la totalité de l'endoscopie, tout en faisant admettre notre spécialité comme une discipline chirurgicale à part entière et autonome : mais maintenant se pose le problème de conserver notre souveraineté de prescription et de faire reconnaître notre expertise médicale en particulier en cancérologie. Doit-on faire un choix entre une oncologie médicale générale totipotente et la spécialité d'organe intégrant la cancérologie ? Je ne le pense pas et je milite pour la convergence des compétences plutôt que

l'opposition des compétences. La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire est la meilleure réponse à cette question. En effet, c'est au sein de cette réunion que doivent se prendre les décisions thérapeutiques. Nous ne menons pas un combat contre une spécialité mais pour le maintien de la qualité de soin de nos patients en harmonie synergique avec tous nos collègues.



Néanmoins, il apparaît clairement que les prescriptions médicales pourraient être de plus en plus encadrées par les autorités de tutelle. Certes, les critères économiques peuvent inciter à choisir cette impasse catégorielle, mais très vite se posera la question de l'accès au soin. Dans tous les domaines de l'urologie s'imposera cette

...

Editorial, suite

...

question cruciale de la primo-prescription, que ce soit bien sûr en cancérologie, mais aussi en neuro-urologie, en infectiologie et potentiellement en andrologie. De cette continuité d'accès à la prescription dépend notre avenir.

Plus que jamais, la liberté de prescription est menacée et comme nous avons su le faire dans le passé, il va falloir se défendre. Cette défense ne sera pas contre telle ou telle autre spécialité, mais pour le maintien de notre intégrité urologique. L'AFU veille, mais l'AFU a besoin de tous ses membres lorsqu'il faut montrer sa détermination.

A l'heure où l'amélioration de l'accès au soin est une priorité sociétale, il semble peu judicieux d'alourdir le chemin des patients pour avoir accès au traitement. Devant un cancer de la prostate devenant résistant à la castration et peu symptomatique, si la RCP est en faveur d'un traitement par Abiratéron en application des recommandations de prise en charge nationales validées, quel serait l'intérêt de l'adresser à l'oncologue déjà surchargé par le traitement d'autres pathologies cancéreuses ? Uniquement pour rédiger une ordonnance avant de le reprendre en charge pour le suivi ?

Si nous perdions le versant médical de notre spécialité, nous perdions notre autonomie, notre pouvoir décisionnaire et nous aurions l'amère impression de ne plus pouvoir donner la qualité des soins qui nous est si chère pour nos patients. Certains se souviennent de la célèbre maxime de nombreux services universitaires : "publish or perish", et bien je pense que maintenant nous pourrions dire "prescribe or soon die".

Je souhaite donc que 2013 soit une année pour prendre conscience que nous devons rester à la fois unis et que nous devons défendre tous les champs de notre spécialité. Abandonner le côté médical et donc la prescription serait une erreur terrible pour tous ceux qui exercent

aujourd'hui l'urologie mais surtout une faute politique majeure pour les générations à venir. L'AFU en est persuadée et nous serons à ses côtés pour toutes les actions qu'elle souhaiterait mener.

Nous sommes aujourd'hui 1200 urologues, ce qui peut paraître beaucoup, mais en fait peu si nous voulons continuer à couvrir la prise en charge de toutes les pathologies urologiques. La population française vieillit et nous nous occupons d'organes très sensibles au cours de ce vieillissement. Nous devons donc réfléchir probablement à accroître ce nombre d'urologues pour rester incontournables dans tous les domaines de notre spécialité.

L'exemple qui nous est donné concernant la prescription des "traitements anticancéreux" doit nous faire prendre conscience qu'un tout petit changement de règles peut avoir des conséquences très importantes... Certains parleraient de l'effet papillon. Conscient de ce problème, tous ensemble, je suis certain que nous ne lâcherons rien et surtout pas un pan de notre activité. L'année 2013 sera marquée par notre rapport annuel du congrès sur la pharmacologie en urologie qui arrive à point nommé. Ce sera l'occasion de bien insister sur notre connaissance de la pharmacopée urologique. Nous remercions très chaleureusement les rapporteurs de s'être chargés de cette lourde tâche. Alors, je vous souhaite une très bonne année à tous, je vous souhaite de continuer à connaître le bonheur professionnel au sein de notre association... et je ne lève pas mon verre mais mon ordonnancier pour vous assurer, au nom du Bureau et du Conseil d'Administration de l'AFU, de notre détermination à faire respecter notre spécialité.

Nous prenons dès à présent toutes les mesures pour cela.

Thierry LEBRET

Etude CCAFU

Appel à inclusion



**Jean-Alexandre
LONG**



**Jean-Jacques
PATARD**

C'herers amis de la communauté urologique française.

A l'occasion du congrès de l'AFU 2012, a été lancée une nouvelle étude CCAFU (comité de cancérologie de l'AFU). Le but est de comparer rétrospectivement les suites des traitements ablatifs (quelles qu'en soient les modalités) et ceux d'une néphrectomie partielle (quelle que soit la voie d'abord) en indication impérative d'épargne néphronique.

Les patients à inclure comprennent les malades présentant une tumeur cancéreuse du rein (prouvée par une biopsie percutanée ou la pièce d'excision), ayant une fonction rénale altérée avec un débit de filtration glomérulaire < 60 ml/min ou une tumeur bilatérale ou un rein unique.

L'objectif est de réaliser grâce à la cohésion autour de notre société savante la plus grosse série mondiale et asseoir la notoriété française dans le domaine.

Dans un souci d'identifier les intervenants de la prise en charge pour la publication, pouvez-vous également identifier un radiologue référent en plus de la personne effectuant le recueil et un sénior par centre.

Un fichier de saisie Excel synthétique et très simple à remplir est disponible.

N'hésitez pas à envoyer un courriel à l'adresse : JALong@chu-grenoble.fr

Très cordialement.

Jean-Alexandre LONG et Jean-Jacques PATARD au nom du CCAFU

Enseignement du Collège d'urologie

Réforme de l'enseignement du Collège d'urologie



Alain RUFFION
Président du Collège Français des Urologues

Pourquoi une réforme ?

La réforme était devenue logique pour plusieurs raisons :

- Ancienneté du concept et des modules pédagogiques (près de 20 ans).
- Disparition "naturelle" de certaines activités comme la chirurgie pédiatrique dans laquelle les urologues doivent rester informés pour bien prendre en charge les patients, mais qui s'est "surspécialisée" et devient de plus en plus difficile d'accès pour les urologues généralistes.

- Apparition de nouveaux besoins pédagogiques (onco-psychologie par exemple).
- Pression démographique, les promotions d'internes étant actuellement autour de 80 à 100 contre 20 à 30 aux débuts de l'ECU.
- Enfin, nécessité accrue d'une évaluation de cette formation théorique de haut niveau dispensée aux internes de avec l'arrivée d'une concurrence internationale (notamment européenne) de plus en plus importante.

A qui s'adresse l'ECU "nouvelle formule" ?

- L'enseignement est réservé aux urologues en formation c'est-à-dire aux internes et aux chefs de clinique autorisés à s'inscrire dans le cursus par le coordonnateur interrégional.
- La demande doit être faite par l'interne.

Les modalités d'inscription sont détaillées sur le site UROFRANCE.

- Les étudiants sont répartis par l'AFUF. Pour l'instant ce sont en général les internes en dernière année qui sont autorisés à s'inscrire. Des discussions sont en cours pour permettre à des internes en début de troisième année de débiter cet enseignement

Quelles sont les grandes lignes de la réforme ?

- Le nouvel ECU se déroule pour chaque interne une seule fois par an, sous la forme d'un séminaire d'une semaine, du lundi matin au samedi midi.
- La durée totale sera pour chaque étudiant de 3 séminaires de 1 semaine.
- Au sein de chaque séminaire, les modules d'enseignement seront organisés de façon à permettre un enseignement dirigé et interactif au sein de demi-groupes de 25 personnes au maximum.
- Si le responsable du module le souhaite, certaines séances dites "plénières", avec la totalité des étudiants pourront être organisées. Elles doivent cependant être le plus limitées possible.
- Les dates de chaque séminaire seront connues un an à l'avance. Les chefs de service devront libérer obligatoirement leurs internes.

Contrat pédagogique

- Le responsable du collège s'engage à une évaluation régulière du contenu pédagogique des modules.
 - Il est de sa responsabilité de suggérer aux coordonnateurs des modules des modifications d'orientation en cas de difficultés récurrentes avec une partie ou tout l'enseignement du module.
 - Il propose une fiche d'évaluation aux responsables des modules.

- Le CA du collège doit appeler à candidature pour le renouvellement des responsables des modules en fin de mandat (3 ans renouvelable 1 fois).
- Les chefs de service, membres du collège d'urologie doivent s'engager à organiser leur activité de service pour permettre la venue des urologues en formation au sein de leur service à l'ECU.
 - A cet effet, les dates des modules d'enseignement seront signalées un an à l'avance.
 - Les dates des différents modules seront indiquées sur UROFRANCE.

Obligations des responsables de modules et de l'équipe pédagogique des modules

- La responsabilité pédagogique de chaque module est confiée à une personne chargée d'animer une équipe enseignante. Elle est désignée par le Collège des Urologues, sur présentation d'une maquette de cet enseignement. Le mandat est de 3 ans, renouvelable une fois.
- Chaque responsable de module a la liberté d'organiser le module dont il a la charge, avec les supports pédagogiques les mieux adaptés, conformément à la maquette. Il choisit librement son équipe pédagogique.
- Un cahier des charges commun à tous les modules est cependant à respecter :
 - Document préparatoire appelé "pré-requis", sera remis à l'étudiant plusieurs semaines avant le stage, afin qu'il puisse le préparer.
 - Une évaluation par une vingtaine de QCM du module sera transmise par voie électronique (fichier word) au bureau du collège, afin d'organiser l'évaluation de fin de séminaire. Cette évaluation devra changer chaque année.
 - Une fiche d'évaluation respectant le



Enseignement du Collège d'urologie



cahier des charges défini par le collège devra être transmise aux étudiants à la fin de chaque module, détaillant chaque intervention. En cas de mauvaise évaluation répétée, le responsable du module soit s'engager à modifier le sujet et/ou l'enseignant.

- Les enseignements doivent être sous la forme d'ateliers pédagogiques en petit groupe le plus pratique possible. Les séances plénières doivent être le plus limitées possible, grâce à la transmission des pré requis.

Obligations de l'urologue en formation

- Suivre la totalité des 3 séminaires de formation.
- Participer à l'évaluation continue et à l'évaluation finale.

- Remplir à chaque séminaire la fiche d'évaluation.
- Prévenir systématiquement le secrétariat de l'AFU en cas d'empêchement, même de dernière minute.
- La présence des étudiants est vérifiée à chaque séminaire, par une feuille de présence remise au secrétariat ; le manquement non justifié par des motifs valables, peut entraîner l'exclusion, et la perte d'une caution annuelle, cette décision étant prise par le président du Collège. En cas de contestation, l'étudiant pourra venir présenter sa demande devant le CA de l'AFU.

Comment va s'articuler le programme du nouvel ECU en pratique ?

- Plusieurs modules sont définis, dont les contours pourront être modifiés en fonction des retours des enseignants et des enseignés (Cf grilles ci-dessous)
- Ces séminaires d'enseignement seront tous sanctionnés par un contrôle continu.
- En fin de parcours pédagogique, un examen final, basé sur le seul examen pédagogique validé actuel au niveau européen, l'European Board of Urology », sera proposé aux étudiants. Sous réserve d'un accord avec cette organisation, l'examen pourrait correspondre à la validation écrite, sous la forme de QCM, actuellement proposée aux étudiants en dehors du cursus de l'ECU.

Alain RUFFION & Marc-Olivier TIMSIT

SÉMINAIRE ANNÉE 1

Dimanche Après-midi	Arrivée étudiants
Lundi Matin	Urologie fonctionnelle et reconstructrice
Lundi Après-midi	Urologie fonctionnelle et reconstructrice
Mardi Matin	Situations d'urgence
Mardi Après-midi	Situations d'urgence
Mercredi Matin	Onco-psychologie/développement personnel
Mercredi Après-midi	Onco-psychologie/développement personnel
Jeudi matin	Infectieux
Jeudi Après-midi	Infectieux
Vendredi Matin	Transplantation/PMO
Vendredi après-midi	Transplantation/PMO
Samedi matin	Evaluations continues modules
Samedi après-midi	Départ étudiants

SÉMINAIRE ANNÉES 2 & 3

Dimanche Après midi	Arrivée étudiants
Lundi Matin	Urologie fonctionnelle et reconstructrice
Lundi Après midi	Urologie fonctionnelle et reconstructrice
Mardi Matin	Onco-Urologie
Mardi Après midi	Onco-Urologie
Mercredi Matin	Onco-Urologie
Mercredi Après midi	Onco-Urologie
Jeudi matin	Lithiase
Jeudi Après midi	Lithiase
Vendredi Matin	Andrologie médicale et chirurgicale
Vendredi après midi	Andrologie médicale et chirurgicale
Samedi matin	Evaluations continues modules
Samedi après midi	Départ étudiants

Modules	Responsables	Durée du mandat
Urologie fonctionnelle et reconstructrice	Emmanuel Chartier-Kastler	2013-2015
Situations d'urgence	Alain Houlgatte	2013-2015
Onco-psychologie/développement personnel	Marc Olivier Bitker	2013-2015
Infectieux	Franck Bruyère	2013-2015
Transplantation/PMO	François Kleinclauss	2013-2015
Onco-Urologie	Arnaud Méjean	2013-2015
Lithiase	Olivier Traxer	2013-2015
Andrologie médicale et chirurgicale	Stéphane Droupy	2013-2015

Dossier - Développement Professionnel Continu

Le Développement Professionnel Continu en 2013 ou vos nouvelles obligations de FMC...

Le rationnel du développement professionnel continu (DPC) a été donné dans la loi HPST : il a pour objectifs d'articuler l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en prenant en compte des priorités de santé publique et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Le DPC constitue une obligation pour les médecins mais également pour les autres professionnels de santé (dentistes, kinés, infirmières, sages-femmes...).

Les premiers décrets d'application, publiés le 30 décembre 2011, ont précisé ses modalités d'application, les différentes structures se mettent en place et il s'imposera à tous les médecins inscrits à l'Ordre à partir de 2013. Il s'agit d'une démarche individuelle et permanente, s'intégrant dans un programme collectif annuel ou pluriannuel. Chaque médecin devra satisfaire son obligation de DPC en participant à un programme de DPC.



Patrick
COLOBY



Pierre MONGIAT-
ARTUS



Denis PRUNET

Le programme de DPC

Ce programme doit :

- Etre conforme à une orientation nationale fixée par la Commission scientifique indépendante (CSI) ou une orientation régionale proposée par les ARS.
- Comporter une des méthodes et des modalités validées par la HAS.
- Etre mis en œuvre par un Organisme de DPC (ODPC) agréé par la Commission scientifique indépendante (CSI) et enregistré auprès de l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC), organisme financeur anciennement responsable de la formation conventionnelle.

Ce programme devra comporter une part de formation cognitive et une part d'analyse de pratique. Les différentes méthodes et modalités possibles pour valider ce programme ont été définies par la HAS et doivent faire l'objet d'une description spécifique ultérieure :

1- Formation pédagogique ou cognitive

- Formation présentielle (congrès scientifique, séminaire, colloque, journée, atelier, formation interactive).
- Revue bibliographique et analyse d'articles.
- Formation à distance (supports écrits et numériques, e-learning).
- Formations diplômantes ou certifiantes (hors D.U. validés par CSI).
- Simulation.

2- Analyse des pratiques

- Revue de mortalité et de morbidité (RMM).
- Analyse a priori des risques (analyse de processus).
- Groupe d'analyse de pratiques, staff des équipes médico-soignantes, pratiques réflexives sur situations réelles.
- Réunion de concertation pluridisciplinaire.
- Revue de pertinence.
- Suivi d'indicateurs.
- Registre, observatoire, base de données.
- Audit clinique.

3- Approche intégrée à l'exercice professionnel

- Gestion des risques en équipe.
- Exercice coordonné protocolé pluriprofessionnel (en réseaux, maisons de santé, ...).

4- Dispositifs spécifiques

- Accréditation des médecins (art. 16 de la Loi 2004-810 du 13 août 2004).
- Programme d'éducation thérapeutique (art. 84 de la Loi 2009-879 du 21 juillet 2009).
- Protocole de coopération (art. 51 de la Loi 2009-879 du 21 juillet 2009).

5- Enseignement et Recherche

- Publication d'un article scientifique.
- Recherche en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité.
- Maîtrise de stage.
- Formateurs pour des activités de DPC.

Ainsi l'accréditation des médecins s'intègre parfaitement dans ce dispositif et est reconnu par la HAS comme méthode validant le DPC.



Dossier - Développement professionnel continu



Les Organismes de DPC

Les Organismes de DPC sont les maîtres d'ouvrage du DPC. Ils sont régis par la règle de la libre concurrence selon la Directive Européenne. Ils sont enregistrés auprès de l'organisme gestionnaire national (OGDPC) et sont évalués au plan scientifique par la Commission Scientifique Indépendante (CSI). Cette évaluation repose sur la capacité pédagogique et méthodologique, les qualités et références des intervenants, l'indépendance financière, notamment à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé. Seuls les ODPC qui auront été évalués favorablement par la CSI pourront proposer des programmes éligibles pour un financement.

La volonté de la Fédération des spécialités médicales (FSM) est que chaque spécialité initie sous l'initiative de son Conseil National Professionnel (CNP) un ODPC effecteur du DPC de la spécialité.

L'ODPC proposera un catalogue de formations cognitives et diverses méthodes d'analyse de pratiques. Il pourra sous-traiter des activités à des prestataires de service. Il est le garant de la qualité des programmes de DPC proposés aux médecins.

La démarche

Chaque praticien s'inscrira dans l'ODPC de son choix. Il choisira son programme de DPC en fonction de ses besoins et en conformité avec les orientations nationales ou régionales. C'est donc la responsabilité individuelle de chacun d'identifier les points de faiblesse de ses pratiques et de les améliorer, plutôt que d'engager par confort une démarche sur ses domaines de prédilection. Pour l'aider ou l'accompagner dans sa démarche, il peut s'adresser à son CNP.

Le CNP offrira au praticien l'accès sécurisé et anonymisé à une plateforme informatique mise en place et financée par la FSM lui permettant d'enregistrer les données de son auto-évaluation initiale et les différentes étapes de son programme de DPC au fil des années. Il pourra incrémenter

sur sa page personnelle en toute confidentialité et transparence les attestations de validation des différentes actions fournies par les ODPC. Cette plateforme devra être partagée et harmonisée avec les systèmes d'information de l'OGDPC et du Conseil de l'Ordre. Elle constituera aussi une base de données très précieuse pour suivre l'évolution des pratiques médicales en France et l'impact de leur amélioration sur la santé de la population.

Les sanctions

Les Conseils départementaux de l'Ordre devront s'assurer, au maximum tous les 5 ans, que les médecins ont satisfait leur obligation annuelle de DPC. En cas de non respect de l'obligation par un praticien, son Conseil départemental en analysera les raisons et appréciera la nécessité de lui proposer un plan personnalisé. En l'absence de mise en œuvre de ce plan, le praticien est susceptible de constituer un cas d'insuffisance professionnelle avec toutes les conséquences que cela entraîne.

Le financement

Le financement de cette obligation de DPC est prévu dans les textes. Il est distinct pour les libéraux et les hospitaliers.

Financement des libéraux : Pour les libéraux, le programme de DPC pourra être pris en charge par l'OGDPC dans la limite d'un forfait annuel sous réserve de respecter les différents décrets et les orientations nationales. Ce forfait inclut : les frais facturés par l'ODPC, la perte de ressources, les frais induits (déplacement, hébergement). Les modalités de ce financement sont actuellement inconnues : remboursement des médecins ou financement des ODPC en fonction des formations réalisées, dernière solution qui semble la plus probable car dans la continuité de la formation conventionnelle existant antérieurement. Le financement de l'OGDPC doit être assuré par l'État (2 millions d'euros), la CNAM (fond conven-

tionnel de 75 millions d'euros mais remis récemment en question) et une taxe supplémentaire sur l'industrie pharmaceutique (175 millions d'euros en 2012). Ce budget doit assurer le DPC de l'ensemble des professionnels de santé libéraux (infirmiers, dentistes, kinésithérapeutes, sages-femmes etc...), il sera donc sans doute insuffisant et largement en dessous des dépenses actuelles engagées par chaque médecin.

Financement des hospitaliers : l'obligation de DPC est donnée à chaque établissement qui devra y consacrer 0,5 % de la masse salariale brute pour les CHU et 0,75 % pour les autres établissements hospitaliers publics. Comment sera utilisé ou distribué cet argent ? Qui décidera de l'affectation : direction ou CME ? Rien n'est connu actuellement. Certaines CME vont sans doute créer leur propre ODPC mais quel programme de DPC vont-elles proposer à leurs médecins qui satisfasse aussi bien l'urologue que le psychiatre ou le biologiste ? Les praticiens devront donc revendiquer un forfait de formation pour s'inscrire à l'ODPC de leur choix et pouvoir ainsi réaliser les formations propres à leur spécialité. Les établissements pourront se décharger de leur mission en confiant leur budget à un organisme collecteur paritaire agréé qui pourra passer des conventions avec l'OGDPC.

Place de l'industrie pharmaceutique : l'industrie pharmaceutique pourra continuer ses actions de formation mais celles-ci seront difficilement éligibles à un programme de DPC.

La place de l'AFU dans ce dispositif

Le CNPU (AFU, SNCUF et Collège) va initier la constitution d'un ODPC, URODPC, qui vous proposera un portefeuille large de formations et d'actions d'analyse de pratiques reprenant le programme de la spécialité mis en place pour l'accréditation. Les actions validantes seront les suivantes :

Formations cognitives

- **Formation présentielle** : séances du Congrès français d'urologie, séminaire d'urologie continue (SUC), journée d'onco-urologie médicale (JOURM), journée d'andrologie et médecine sexuelle (JAMS), journée d'innovation technique et technologique en urologie (JITTU), journée Uroisq, journée de formations à thème (anciennes journées de formation conventionnelle : RMM, anti-coagulant, lithiase...), Urodéfi, Interface. La validation de congrès internationaux (EAU, AUA, SIU) ou hors AFU reste à l'étude pour pouvoir respecter les critères de la HAS.
- **Formation individuelle** : e-learning (des programmes sont à l'étude par le Comité de formation continue de l'AFU), rédaction d'article, activité de formateur.
- **Formations diplômantes** : DU Urodynamique, DU Chirurgie de la verge, DIU Cancérologie...

Analyse de pratique

- Participation à une RCP ou une RMM (validation donnée par la CME de l'établissement).
- Audit clinique réalisé dans le cadre de la certification des établissements de santé.
- Enquête de pratique via Urofrance.
- Participation à un registre ou une base de données AFU.

Accréditation : validation à la fois d'une formation présentielle et d'une analyse



de pratique par les déclarations d'EPR

Les obligations seront calquées sur celles données par la FSM soit probablement 3 jours de formation par an et une analyse de pratique. Ainsi, tous les urologues pourront valider leur DPC via l'accréditation, via les formations auxquels ils avaient l'habitude de participer ou les actions d'analyse de pratique qu'ils réalisent dans leur établissement.

Conclusion

L'obligation de mise à jour de ses connaissances est une obligation déontologique ancienne. Le DPC rend maintenant obligatoire un minimum de formation et d'évaluation de ses pratiques. C'est un système cohérent regroupant l'ancienne FMC et l'EPP qui finalement n'avaient jamais été appliquées. Cela ne devrait rien

changer pour notre quotidien, la grande majorité des urologues participant régulièrement à des actions de formation et d'évaluation des pratiques mais il y aura une obligation de déclaration et l'on espère une procédure facile. Le financement ne sera pas à la hauteur des attentes des médecins alors que cette formation devra être indépendante de l'industrie pharmaceutique. C'est là où l'AFU et le CNPU via URODPC trouvent toute leur place pour vous garantir une formation de qualité, spécifique aux urologues et accessible financièrement. Espérons que les changements de politiques et de ministre ne viendront pas tuer le DPC et annuler tous nos efforts comme cela s'est produit dans le passé pour la FMC.

Patrick COLOBY, Pierre MONGIAT-ARTUS, Denis PRUNET



François ROUSSELOT
Ordre National des Médecins

N'est-ce pas ce que l'on entend le plus souvent à son propos ?

Le CFC de l'AFU m'a demandé de participer à son forum 2012. La rédaction d'Urojonction, que je remercie encore, m'a demandé de préciser la position

du CNOM à propos des relations Médecins/Industries, à la lumière des dispositions de la loi 2011-2012, dite Loi Bertrand.

Il convient de rappeler avant tout que l'Ordre est une structure privée à mission de service public.

“Mais que fait l'Ordre ?” ou bien “De quoi se mêle-t-il ?”

Ce n'est pas un syndicat. Il n'a pas à défendre des positions corporatistes.

Il n'est pas non plus le législateur : il n'écrit pas la loi. Mais il est tenu de l'appliquer, de la faire respecter : toute la loi, rien que la loi. Mais en tant qu'interface, il explique, ● ● ●

...

informe, rédige des explications, répond aux questions que vous vous posez sur telle ou telle interprétation.

Vous savez aussi qu'il est le garant de la déontologie. Le Code de Déontologie fait partie du Code de la Santé Publique. Son respect s'impose à nous. Nous nous y sommes engagés en prononçant le serment d'Hippocrate.

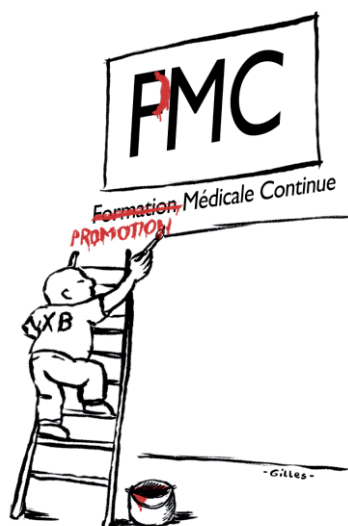
Et le RMI (service des relations médecins/industries) ?

Créé en 1990 pour réfléchir et proposer, il se trouve investi en 1993 (loi Kouchner) de la vérification de la conformité avec la déontologie, des conventions à intervenir entre les médecins et les industriels du médicament et des dispositifs médicaux.

Cette loi a subi plusieurs toilettes, le dernier en date étant fait à l'occasion de la loi Bertrand.

L'article essentiel est le L4113-6 modifié que vous trouverez sur le site Légifrance. Voici les points principaux qui y sont traités :

- Il est interdit aux professionnels de santé de recevoir des avantages, de façon directe ou indirecte ..., de la part des industriels produisant ... au moins un produit pris en charge par la SS.
- Mais il y a deux exceptions instaurées depuis la loi Kouchner : l'hospitalité offerte à l'occasion de formations professionnelles (EPU, Congrès ...) et l'activité de recherche à promotion industrielle.
- Tout cela est très encadré et doit faire l'objet d'une soumission à l'Ordre qui rendra un avis. Il s'ajoute, éventuellement, aux autorisations délivrées par les CPP, le CCTIRS, l'ANSM lorsqu'il s'agit d'études.
- Enfin, il est précisé que cette "interdiction de recevoir" ne s'applique pas... au financement des actions de FMC. Tous les mots sont importants :
Il est bien écrit FMC et non DPC ; celui-ci comprend en effet la FMC et l'EPP : on comprend que les industriels ne puissent financer l'évaluation des professionnels.
Il est indiqué de plus qu'il s'agit des "actions" de FMC : cela va conduire à un changement d'habitudes : il ne peut



plus y avoir de financement à l'année sous forme d'un don, mais du financement d'une action bien précise (ex. une soirée d'EPU, avec budget précis, liste de présence où ne sera pas oublié le conférencier puisque lui aussi bénéficie de l'hospitalité, qu'il perçoive ou non des honoraires pour sa prestation). Souvenons-nous que la loi Bertrand s'intitule "renforcement...". Il en résulte des contraintes supplémentaires. En tout cas, il est faux de dire que les associations locales de FMC ne peuvent plus bénéficier de l'aide de l'industrie. Ce sera organisé différemment, avec plus de rigueur.

La loi 2011-2012 ne comprend pas que cet article évidemment.

D'autres points majeurs et nouveaux apparaissent :

- Désormais toutes les conventions doivent être soumises avant leur mise en œuvre : auparavant, vous deviez communiquer à votre Conseil départemental les conventions d'études et d'hospitalité (art L 4113-9) dans le mois qui suivait leur mise en œuvre (c'est-à-dire leur signature). Désormais, ce sont en plus les conventions d'orateur, d'expert, de consultant etc. qui doivent être soumises à l'Ordre.
- Les étudiants sont désormais concernés par les dispositions de la loi (dès la première année !).
- Les dons aux associations sont interdits. Hélas, la rédaction de l'article n'est pas claire : cela ne concerne-t-il que les associations d'étudiants (les seules qui soient nommées) ? Cela concerne-t-il les Sociétés Savantes qui ont souvent un statut d'association loi 1901 ? Etc. Le LEEM a une analyse très restrictive (février 2012) : pas de don.

La DGS, plusieurs fois interrogée, a répondu trois fois de façon différente. Certains pensent qu'une nouvelle loi sera nécessaire ... A suivre.

En attendant, nos juristes pensent que le recours à des associations pour recevoir les honoraires que ne veulent pas encaisser certains investigateurs n'est pas conforme à la loi. Et ceci pour deux raisons principales : comment les industriels pourront-ils rendre publics les avantages directs et indirects procurés à des professionnels de santé, par ces associations ? Comment peut-on considérer que ce sont les associations qui effectuent la recherche médicale ?

- Le Sunshine Act à la française : les industriels doivent rendre publics les avantages qu'ils procurent à 9 catégories de personnes ou organisations, dont les professionnels de santé et les étudiants.

Le contenu de cette publication, le site où ce sera fait, les délais et durées d'affichage seront définis par un décret en Conseil d'Etat qui devait être publié l'année dernière... Ce sera peut être fait lorsque vous lirez cet article.

Ce que l'on sait du projet : la définition du terme "avantages" fait problème ; le ou les sites d'affichage sont discutés ... Manifestement tout le monde n'a pas la même lecture du mot transparence.

Lorsque le décret et sa note d'explication seront connus, je suis à votre disposition pour vous en parler.

Je pense également utile de vous expliquer ce sur quoi l'Ordre rend ses AVIS : n'oublions pas que l'Ordre reçoit et traite environ 78 000 conventions d'hospitalité et 2 000 conventions d'études par an (une convention peut concerner un ou plusieurs dizaines de médecins). L'importance de ces chiffres vous prouve que c'est à juste titre et qu'il y a lieu que nous soyons tous attentifs et lucides.

Pardonnez-moi d'avoir été si long, mais le sujet est d'importance.

François ROUSSELOT

Dossier - Développement professionnel continu

La FMC au Royaume Uni



Stéphane LARRÉ

Au Royaume Uni, la formation médicale continue (FMC) est prise très au sérieux et a fait en 2012 l'objet de nouvelles recommandations par le General Medical Council (GMC), branche du ministère de la santé qui représente l'équivalent de notre Conseil de l'Ordre.

Le principe de la FMC au Royaume Uni est basé sur 1) l'évaluation individuelle des besoins d'un médecin, 2) le choix d'actions de FMC qui vont répondre à ces besoins et 3) l'évaluation de l'impact de cette FMC sur le besoin initial.

Ce bilan de compétence du médecin se fait auprès de ses collègues, chaque année. Il s'agit d'un entretien entre le médecin et un de ses collègues plus particulièrement sensibilisé à cette activité d'audit. Les domaines discutés sont au nombre de quatre :

1. La connaissance, la compétence et la performance (évaluées par exemple par les activités d'enseignement, les audits, la tenue du dossier médical).
2. La sécurité et la qualité (évaluation des complications mais aussi éventuellement des capacités physiques du médecin à faire son travail).
3. La communication et le travail d'équipe (basé sur l'avis des patients et des collègues).
4. Le maintien de la confiance (basée sur l'honnêteté et l'intégrité du médecin ainsi que sur le respect des patients et des collègues).

Ainsi, chaque médecin est tenu d'auditer toute l'année les résultats de son activité principale (par exemple ses taux de marge après chirurgie, ses taux de complication) ainsi que de tenir à jour une liste de toutes les actions de FMC qu'il a pu avoir au cours de l'année. Il collectera les lettres de

remerciement ou de plainte. Les problèmes d'organisation de l'activité, d'efficacité ou même de difficultés de communication seront discutés. En résumé, tout se qui peut toucher de près ou de loin à la qualité des soins.

Ils discutent ensuite de la meilleure façon de répondre à d'éventuels problèmes identifiés. Cela peut se faire par le biais de workshops, de stages spécifiques, de participation à des groupes de travail thématiques, de la mise en place de protocoles de soins mais aussi d'aménagement de l'emploi du temps.



Enfin, toutes les mesures mises en place seront réévaluées l'année suivante au cours de ce même entretien. Ce n'est pas la quantité de congrès, stages, etc. qui sera prise en compte mais plutôt l'état d'esprit du médecin qui doit montrer qu'il cherche à s'améliorer en permanence.

Depuis cette année, en plus de cet entretien informel, chaque médecin doit avoir tous les 5 ans un entretien de revalidation des compétences. Celui-ci a lieu avec un médecin extérieur (un officier de revalidation) formé par le GMC et mandaté pour donner un avis favorable ou défavorable. Lors de cet entretien, le médecin fera état de ses démarches de FMC au cours des 5 dernières années, des entretiens annuels qu'il a eus. Un avis défavorable n'implique pas une interdiction d'exercer, mais la mise en route de mises en garde et

d'une surveillance plus rapprochée de ces médecins par le GMC. C'est seulement en cas de mauvaise foi caractérisée et de refus répété d'entrer dans une démarche de FMC que le GMC peut retirer sa licence professionnelle au médecin s'il est jugé incompétent. L'officier de revalidation, comme tout médecin, peut engager une démarche de signalement vis-à-vis d'un médecin qu'il jugerait non compétent et dangereux, mais ce n'est pas le but de l'entretien. Le GMC mène alors une enquête indépendante avant de se prononcer sur une exclusion du médecin.

Les moyens mis en place pour la FMC des médecins au Royaume Uni sont principalement basés sur l'organisation de leur emploi du temps (25% de temps non consacré au soin). Il existe un financement possible (environs 500 €/an) par l'hôpital pour financer un congrès par exemple. Il existe aussi des réductions lorsqu'on est membre d'une société savante (la BAUS : British Association of Urological Surgeons par exemple).

En résumé, la FMC au Royaume Uni est un état d'esprit visant à s'évaluer et à être évalué par ses pairs dans le but de s'améliorer. C'est aussi une responsabilité d'équipe, chaque médecin jouant un rôle important afin d'alerter ses collègues sur d'éventuelles lacunes et à les aider à les combler. Ce processus très Britannique est basé sur le respect et la confiance envers les médecins qui sont considérés comme acteurs intègres et responsables. Le système est aussi très simple et s'est écarté d'une logique comptable en considérant que les points de FMC que l'on pourrait obtenir lors de congrès n'ont aucun sens s'ils ne sont pas axés sur les besoins de chacun. Il a enfin donné une grande liberté aux médecins pour organiser entre eux et évité la mise en place d'un système complexe, répressif et onéreux.

Stéphane LARRÉ

Charte AFU

Charte de "retransmission en direct d'actes techniques" à visée d'enseignement



**Christian
CASTAGNOLA**
Responsable du
Comité d'Éthique
et de Déontologie

Les démonstrations chirurgicales en public existent depuis de nombreuses années et font partie intégrante de notre système éducationnel. Si cette technique d'enseignement a ses partisans et même de fervents défenseurs qui voient là le seul moyen de confronter les apprenants à la réalité chirurgicale et de diffuser largement les nouvelles techniques, il existe de nombreux opposants qui pensent qu'il ne s'agit que d'un simple spectacle et dont le patient est loin d'en être le bénéficiaire. Sous l'impulsion de notre Président, une réflexion a été engagée au niveau du comité d'éthique pour se prononcer vis-à-vis des manifestations comportant la retransmission en direct d'actes techniques.

Plutôt que de prôner l'arrêt de telles manifestations, nous avons proposé une charte pour encadrer ce type d'exercice de la chirurgie, notre souci principal étant le respect des droits des patients. Il ne s'agit pas d'un document médico-légal et sa compréhension doit se faire dans le champ de l'éthique.

- Tout membre de l'AFU et tout comité d'organisation d'une réunion scientifique pouvant avoir un lien avec l'Association Française d'Urologie et utilisant le principe de la transmission en direct d'un acte technique comme moyen de formation ou d'enseignement, devra faire la preuve du respect de la charte éthique AFU.
- Le patient a bénéficié d'une information éclairée sur le type d'intervention programmée. La décision de cette intervention a été prise après proposition des options thérapeutiques et discussion du bénéfice-risque avec le patient.
- Le patient est informé de l'identité du chirurgien qui va pratiquer l'intervention (l'opérateur). Les conditions de la transmission en direct lui sont clairement précisées, en particulier les possibilités d'enregistrement et de diffusion sans contrepartie qu'il autorise par la signature du document de consentement.
- Le patient a certifié avoir reçu cette information avec un délai de réflexion suffisant pour permettre une rétractation de sa part.
- Le délai entre la décision du traitement proposé et la date de la réunion scientifique doit être cohérent avec la gravité de la maladie, pour ne pas constituer une perte de chance pour le patient.
- Le type d'anesthésie proposée au patient le jour de la transmission ne doit pas être différent de celui pratiqué de façon usuelle pour l'intervention choisie, et en aucun cas adapté aux besoins de la transmission.
- Le patient ne peut pas recevoir de compensation financière pour accepter le principe de la transmission ou de la diffusion de son intervention.
- Le comité d'organisation garantit le respect de l'anonymat du patient lors de la transmission et de la diffusion.
- Le comité d'organisation reconnaît avoir validé la sélection du patient, l'indication de l'intervention à pratiquer et le choix de l'opérateur, dans l'esprit de garantir au patient le meilleur traitement de sa pathologie et de répondre aux objectifs pédagogiques de la réunion scientifique.
- L'opérateur sélectionné par le comité d'organisation possède une expérience reconnue de l'intervention proposée.
- Le comité d'organisation permet à l'opérateur de prendre connaissance du dossier médical du patient, de rencontrer le patient avant l'intervention prévue et de valider par écrit le choix de l'intervention qu'il lui sera demandé de pratiquer.
- Le comité d'organisation s'assurera que l'opérateur sera dans les meilleures conditions pour la réalisation de son intervention, en particulier par la mise à disposition du matériel demandé, et la possibilité d'être assisté par la personne de son choix. Si la demande de matériel ne peut être satisfaite, l'opérateur ne sera pas retenu pour la transmission.
- L'opérateur pratiquera son intervention en dehors de toute contrainte de temps justifiée par l'organisation de la réunion.
- Le modérateur de la session scientifique possède l'expérience de l'intervention présentée et l'autorité reconnue pour son rôle de modération. Il a le devoir d'interrompre la transmission s'il estime que le geste pratiqué ne respecte pas les recommandations en cours, ou si les conditions de sécurité pour le patient ne lui semblent pas garanties.
- Lors de la transmission, la relation entre l'audience des participants à la réunion et l'opérateur peut se faire par le filtre d'un "chirurgien interface" présent dans la salle d'intervention.
- L'opérateur peut et doit à tout moment demander d'interrompre la transmission de son intervention s'il estime que les conditions de sécurité pour le patient le justifient.
- Le comité d'organisation collectera les données per et post-opératoires. Il colligera les éventuelles complications dans un registre.
- L'ensemble des documents sera conservé par le comité d'organisation et consultable si besoin par le comité d'Éthique de l'AFU.
- Le comité d'organisation s'assure que la déclaration d'intérêt de l'opérateur aura été faite selon les exigences de la loi et présentée lors de la réunion.



Avenant n° 8

Ses buts et objectifs sont les suivants :

- En premier lieu de garantir au patient d'être opéré selon les règles de l'art et de se rapprocher le plus possible des conditions habituelles de la chirurgie classique sans retransmission.
- D'être certain que l'indication opératoire a été validée, acceptée par tous les participants (patient, chirurgien et comité d'organisation), que l'information et toutes les explications nécessaires ont été fournies au patient.
- Que le patient n'a pas subi de "pressions" pour participer à cette manifestation, et que les conditions de la transmission respecteront ses droits et notamment son anonymat sans nuire à sa sécurité.
- S'assurer que l'opérateur sera dans les meilleures conditions possibles pour intervenir.
- Que les participants (congressistes) reconnaissent dans cet enseignement, placé sous l'égide de cette charte, une garantie éthique.

Il s'agit d'un engagement moral de la part des organisateurs de la manifestation et de l'opérateur.

Cette charte a été élaborée par le comité d'éthique, a été relue, discutée et modifiée par les membres du conseil d'administration et validée lors de la séance du 20 novembre 2012.

L'Association Française d'Urologie est ainsi la première société savante chirurgicale européenne à développer et à promouvoir ce type de document.

Je compte vivement sur votre soutien pour assurer la diffusion et la promotion de cette démarche.

Christian CASTAGNOLA



Benoît VIGNES
Président du
SNCUF



Frédéric VAVDIN
Secrétaire Général
du SNCUF

En quelques lignes, le SNCUF tire des enseignements du fameux avenant n°8 qui a tenu en haleine partenaires conventionnels et Ministre durant plusieurs mois et mobilisé les médecins.

Vous pouvez lire l'intégralité du texte dans le JO du 7 décembre 2012.

Nous avons tenté de vous le résumer en y adjoignant nos commentaires et recommandations en l'état actuel.

Le but annoncé de cet avenant est de diminuer les "dépassements d'honoraires" des médecins secteur 2 au motif que cela favoriserait l'accès aux soins. Pour ce faire, tout un arsenal de contrôles a été prévu. Les pratiques excessives feront l'objet d'une régulation paritaire locale avec sanctions. Les commissions paritaires régionales décideront du caractère excessif des "dépassements" en prenant comme limite de "dépassement",

150 % du tarif opposable. Une première incertitude consiste dans l'interprétation des 150 % ; Il semblerait bien que la barre soit fixée à 150 % de supplément au-delà du tarif opposable (TO), et non pas à 150 % d'honoraires (mais ce point pourrait faire l'objet de contentieux). Comme cela est écrit dans le préambule de l'avenant, "Ce taux pourra faire l'objet d'adaptations dans certaines zones géographiques limitées et aura vocation à se modérer en cours de convention". De plus, les médecins sont contraints, par cet avenant, à respecter le tarif opposable, non seulement pour les CMU et les urgences, comme cela est déjà le cas, mais également pour les titulaires de l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé), soit 4 millions de patients en plus !

Afin d'améliorer la prise en charge au tarif opposable, il sera créé un "contrat d'accès aux soins" (CAS) pour les médecins secteur 2. Ce contrat sera également ouvert aux médecins secteur 1 qui ont droit aux honoraires différents (anciens chefs de cliniques). Le CAS est un peu compliqué et sa naissance est conditionnée par le nombre de médecins qui décidera d'y entrer. En bref, le médecin souscrivant à ce contrat s'engagera à pratiquer au moins



Fin 2012, le SNCUF a procédé au renouvellement, pour 3 ans, des membres de son Conseil d'administration.

Le nouveau CA est composé de représentants des libéraux (J.C. Alimi, T. Gérard, M. Geraud, D. Legeais, P. Metois et F. Vavdin), des hospitaliers (M. Schneider et B. Vignes) et des hospitalo-universitaires (J.P. Boiteux, P. Mongiat-Artus, F. Saint et P. Rischmann)

Le CA a élu un Bureau, composé de B. Vignes (Président), J.P. Boiteux (Vice-Président), F. Vavdin (Secrétaire général), P. Mongiat-Artus (Secrétaire général adjoint), M. Geraud (Trésorier) et J.C. Alimi (Trésorier adjoint).

Les administrateurs du SNCUF vous remercient pour votre confiance et vous adressent, pour vous, pour celles et ceux qui vous sont chers, ses meilleurs vœux d'épanouissement professionnel et personnel en 2013.

sncuf@urofrance.org



30 % de son activité en TO, à ne pas faire des dépassements de plus de 100 % et à diminuer ses dépassements au fur et à mesure que le TO augmentera (nous vous rappelons qu'il n'y a pas eu de revalorisation du TO depuis des années). En contrepartie de la signature d'un CAS, la sécurité sociale prendra en charge une partie des cotisations sociales au prorata de l'activité en TO du signataire. Par ailleurs, l'UNOCAM s'engage à inciter les mutuelles à rembourser de façon prioritaires les dépassements des médecins adhérents au CAS (le but non-avoué étant à terme de faire disparaître le secteur 2).



Parallèlement, les partenaires conventionnels s'engagent à revaloriser le TO pour diminuer les "dépassements" d'honoraires. Les bénéficiaires n'en seront que les médecins en secteur 1 ou en CAS par des modes de rémunération annexes (évolution des actes CCAM vers les cibles, contrats divers, etc.). Mais tout cela est bien vague et peu convaincant (les promesses n'engagent que ceux qui les écoutent... et y croient!).

Enfin, pour les médecins généralistes, un forfait de prise en charge pour les patients de plus de 80 ans va être créé ainsi qu'une revalorisation de certaines consultations longues (concession faite pour avoir la signature des syndicats de médecins généralistes).

Les "dépassements" dits excessifs seront définis par des comités paritaires régionaux selon des critères on ne peut plus flous, géographiques, dépendants des taux moyens de dépassements des praticiens de la région. Les sanctions pré-

vues iront de l'avertissement au déconventionnement. On ne sait pas si ils iront jusqu'au bout de la logique ou ne s'agit-il que d'un bluff pour satisfaire l'électorat, mais comme disait Michel Audiard "... ça ose tout, c'est à ça qu'on les reconnaît".

En attendant que les premières sanctions tombent en 2013, qu'est-ce que le SNCUF peut vous conseiller ?

1. **De rester en secteur 2**, en appliquant des **honoraires, qui valorisent la qualité et la sécurité de votre pratique** (et de celle de vos **collaborateurs**), qui tiennent compte de votre disponibilité et de votre attention et qui soient **adaptés au niveau de vos charges professionnelles**.
2. **De vous installer en secteur 2** car il sera toujours temps de vous orienter ultérieurement vers un autre secteur, mais pas d'accéder au secteur 2 si vous ne l'avez jamais eu.
3. **Si vous êtes en secteur 1**, de bien lire l'avenant et d'attendre de recevoir des informations de votre caisse car "Le taux de dépassement applicable à ces médecins ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatée pour les médecins éligibles au contrat d'accès aux soins de la même spécialité et de la même région".
4. **De ne plus effectuer d'acte gratuit** (car vous vous pénalisez pour le calcul de votre taux d'actes au tarif opposable). Nous vous recommandons de les tarifier au TO afin d'augmenter votre part d'activité en tarif opposable.
5. Si vraiment vous pensez que votre acte doit être gratuit, alors remplissez une feuille de soin et envoyez-la à la caisse.

Nous vous demandons de nous remonter toute information du terrain (**notamment si vous recevez des courriers des caisses ou des complémentaires...**).

Benoît VIGNES, Frédéric VAUDIN



Pierre Fabre

Dans le cadre des partenariats Platine et Or de l'AFU, Urojonction s'est engagé à ouvrir un espace officiel de communication vers les urologues.

Le Groupe Pierre Fabre est le 2^{ème} laboratoire pharmaceutique français indépendant, avec des activités dermo-cosmétiques, OTC et médicales.

Pierre Fabre consacre à la recherche le quart de son chiffre d'affaires médical, avec une préoccupation particulière pour la lutte contre le cancer.

En 1989, Pierre Fabre lançait son premier anti-cancéreux prescrit depuis lors à plus d'un million de patients dans 80 pays.

Aujourd'hui, l'effort est poursuivi dans les centres de recherche de Castres, de l'agglomération toulousaine et de Saint-Julien-en-Genevois.



Nos équipes y mettent au point, jour après jour, les traitements nouveaux qui feront reculer la maladie.

Partenaires de l'Oncopole de Toulouse, Pierre Fabre tient à poursuivre son développement dans le Sud-Ouest où l'on compte près de 4000 collaborateurs et de nombreux accords avec la recherche publique.

Pierre Fabre, partenaire Or de l'AFU est engagé en urologie avec différents produits :

- Permixon®, 1^{ère} spécialité prescrite en France dans l'indication HBP et commercialisée dans plus de 57 pays,
- Testopatch®, dans le syndrome de déficit en testostérone,
- Ormandyl®, dans le cancer de la prostate,
- Javlor®, pour le traitement en 2^{ème} ligne du carcinome métastatique urothélial.

Le rapport du congrès 2012 : la médecine sexuelle



Morgan
ROUPRÊT

Le choix du sujet du rapport scientifique de l'AFU se fait par un vote solennel du Conseil d'Administration deux ans en amont de la date du rapport en question. C'est dire si ce choix se doit d'être visionnaire et en phase avec les exigences de la communauté des urologues car bien de l'eau aura coulé sous les ponts entre le moment où la décision du sujet a été actée et la promulgation de ce rapport.

Pour le Congrès de 2012, le Conseil d'Administration avait soutenu le projet de Florence Cour, Stéphane Droupy et François Giuliano consacré à la médecine sexuelle. Après l'exposition orale de leurs travaux dans l'amphithéâtre Bordeaux le samedi 24 novembre 2012, nous sommes allés à leur rencontre pour savoir quels étaient les enseignements et les messages pratiques qu'ils avaient souhaité laisser aux cliniciens, en leur posant à chacun quatre questions :

1. Le rapport du congrès traitait cette année d'un domaine frontière, stratégique pour l'AFU. Quels enseignements pratiques souhaitez-vous que les cliniciens tirent de votre travail dans leur pratique quotidienne ?
2. Selon vous, la santé sexuelle, c'est une affaire médicale : d'urologue, de gynécologue, de sexologue ou polyvalente ?
3. Selon vous, la santé sexuelle, c'est une préoccupation : de l'homme âgé, de la femme âgée, du couple ou de toute la population ?
4. Quatorze ans après l'avènement du Viagra, quelles sont les nouvelles molécules émergentes susceptibles de modifier ou de bouleverser la sexualité de français (et des urologues !!!) dans les semaines, les mois et les années à venir ?



Stéphane DROUPY

Question 1

Comme je l'ai dit dans l'introduction du rapport, la médecine sexuelle est née avec ce siècle,

c'est donc l'une des plus récentes, et beaucoup de notions sont donc encore confidentielles.

Nous avons voulu ce rapport complet et pratique. Complet pour aborder tous les domaines de la médecine sexuelle car les urologues peuvent y avoir un intérêt à un moment ou l'autre de leur vie. Pratique, pour permettre la diffusion la plus large possible de connaissances, assez récentes pour la plupart, et leur mise en pratique au cours de leurs consultations. Les urologues, spécialistes des maladies de l'appareil génital masculin mais aussi féminin, ont une légitimité et donc mission de prendre en charge de façon pragmatique les troubles de la sexualité. Ce rapport est un outil complet à plusieurs ni-

veaux de lecture pour aider les urologues dans cette mission.

Question 2

La santé sexuelle est l'affaire de tous les médecins, chacun a son niveau de compétence. Le plus important est de ne pas briser la chaîne, du dépistage, indispensable car la dysfonction érectile est un marqueur de risque cardiovasculaire reconnu aujourd'hui, au traitement car des solutions de plus en plus nombreuses existent, validées "evidence based". Comme en cancérologie l'efficacité passe par une prise en charge multidisciplinaire concertée.

Question 3

Deux citations pour répondre à cette question à la quelle nous avons tous notre réponse :

- La définition de l'OMS en 1975 : "la santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux

de l'être sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour".

- Seamus Heaney, poète Irlandais prix Nobel de littérature, écrivait : "Lorsque votre vie sexuelle est réussie elle occupe 3% de votre temps, quand elle ne l'est pas elle prend 97 % de vos préoccupations".

Question 4

L'actualité est aujourd'hui dominée par la mise sur le marché, en France, du Priligy (Dapoxétine). Un inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine d'action rapide qui permet, pris 1 à 3 heures avant le rapport sexuel, d'améliorer le contrôle de l'éjaculation et de multiplier par 3 le délai pour éjaculer après la pénétration. Il devrait être vendu à moins de 10 euros le comprimé, non remboursé SS.



Les génériques du Viagra devraient apparaître sur notre marché en 2013 avec, on peut l'espérer, une diffusion plus large des possibilités thérapeutiques orales aux personnes moins aisées.

Le Cialis 5 mg en prise quotidienne a obtenu l'AMM pour le traitement des troubles mictionnels liés à l'HBP et son utili-

sation dans cette indication va sans doute permettre aux urologues de mettre à jour plus de patients souffrant de dysfonction érectile.

De nouveaux iPDE5 aux modes d'actions diverses ont été évalués, mais leur mise sur le marché en France reste hypothétique. Le domaine de la sexualité féminine est

en revanche d'une pauvreté inquiétante : le patch de testostérone a été retiré du marché (Intrinsa, dans le désir sexuel hypoactif chez les patientes ayant subi une castration chirurgicale) et la flibansérine tarde à faire la preuve de son efficacité.



François GIULIANO

Question 1

1) Devant une plainte sexuelle, toujours s'enquérir des traitements médicaux du patient, de la patiente afin d'évaluer le rôle éventuel de la iatrogénie médicamenteuse.

2) Un abus sexuel dans les antécédents doit toujours être recherché en cas de trouble du bas appareil urinaire complexe.

3) De nombreuses pistes de traitements innovants de la DE sont en cours d'évaluation, les urologues doivent participer à cette recherche clinique.

Question 2

La médicalisation de la sexualité est une

réalité. Les urologues sont en première ligne. Tout médecin doit être capable d'écouter une plainte dans le domaine de la sexualité.

Question 3

On sait que la prévalence des dysfonctions sexuelles augmente avec l'âge. Les demandes de prise en charge vont aller croissant chez les sujets vieillissants en bonne santé.

Question 4

Ejaculation prématurée :

- 1^{er} trimestre 2013 : la dapoxétine, inhibiteur de recapture de la sérotonine à demi-vie courte, pour le traitement à la

demande de l'éjaculation prématurée.

- Spray anesthésique en cours de développement.

Dysfonction érectile :

- Avanafil : nouvel inhibiteur de phosphodiesterase de type 5, enregistré aux Etats-Unis en décembre 2012.
- Essais cliniques en cours avec cellules souches, thérapie génique, ondes de choc à basse énergie, activateurs de guanylate cyclase.

Désir sexuel féminin hypoactif : flibansérine proche de l'enregistrement, brémelanotide : agoniste des récepteurs MC4 en cours d'évaluation.



Florence COUR

Question 1

S'il ne désire pas prendre en charge personnellement les problèmes sexuels de ses patients, l'urologue doit cependant savoir poser la question et orienter correctement ceux-ci, dans un travail en réseau. Des questions simples, une écoute et une empathie sont juste nécessaires, bien plus que des connaissances pointues sur les phases de l'excitation féminine ou autre : la sexualité, c'est la "vraie vie", donc très abordable en consultation, nous l'espérons, après le travail sur ce thème sous l'égide de l'AFU. D'autre part, l'évaluation de la sexualité doit être intégrée dans tous les traitements proposés aussi bien chirurgicaux que médicaux chez l'homme

comme chez la femme.

Question 2

La médecine sexuelle est l'exemple même de la nécessité d'un travail en multidisciplinarité dont l'urologue est un pivot, par son implication dans la prise en charge des hommes après la cinquantaine du fait de la pathologie prostatique, et des femmes souffrant d'une incontinence ou d'un trouble de la statique pelvienne. L'enrichissement mutuel procuré par ce travail en réseau multidisciplinaire est un apport majeur qu'offre ce domaine.

Question 3

La sexualité est omniprésente à tous les âges de la vie, dès l'adolescence. La pression sociétale, véhiculée par les médias et les réseaux sociaux, renforce ce phéno-

mène. La sexualité fait partie de la santé physique et mentale de tout individu ; son évolution dans le temps suit le vieillissement, mais les thérapeutiques actuelles peuvent permettre aux seniors qui le souhaitent de conserver une sexualité, parfois encore tabou y compris chez les soignants.

Question 4

Tout a été dit par François Giuliano. Il reste des interrogations sans réponse concernant l'intérêt éventuel du traitement androgénique substitutif dans les troubles du désir féminin chez la femme ménopausée. Les études sur l'ocytocine, hormone importante dans l'attachement au partenaire, dans l'orgasme féminin, seraient intéressantes à développer.

Les meilleures communications : la sélection des modérateurs

Session communications orales 1 Cancer localisé de la prostate

O-009 - Est-il possible d'identifier la voie d'abord chirurgicale après prostatectomie totale à ciel ouvert ou robot-assistée à partir de la pièce anatomopathologique ?

Sarah DROUIN, Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris, France

Session communications orales 2 Tumeur du rein à haut risque

O-021 - Traitement antiangiogénique néoadjuvant des tumeurs rénales avec thrombus cave : Etude rétrospective des données françaises à partir de 13 cas

Pierre BIGOT, CHU Angers, France

Session communications orales 3 Tumeur du haut appareil

O-025 - Influence pronostique de la réalisation d'une urétéroscopie diagnostique avant la néphro-urétérectomie pour exploration d'une tumeur de la voie excrétrice urinaire supérieure : résultats d'une étude multicentrique

Laurent NISON, Hôpital Claude Huriez, CHRU Lille, France

Session communications orales 4 Enfant et adolescent

O-032 - Usage de la toxine botulique dans les vessies hyperactives non neurologiques chez l'enfant

Priscilla LEON, CHU Reims, Hôpital Robert Debré, France

Session communications orales 5 Cystectomie : résultats oncologiques

O-037 - Impact de l'invasion musculaire sur les résultats oncologiques de la cystectomie pour tumeur résistante au BCG

Alexandra MASSON-LECOMTE, CHU Henri Mondor, Créteil, France

Session communications orales 6 Traumatologie et anomalies acquises

O-050 - Indications, succès et complications de l'embolisation artérielle en traumatologie rénale

Gaelle FIARD, CHU Grenoble, France

Session communications orales 7 Biopsies de la prostate

O-054 - Première biopsie prostatique (BP) : étude randomisée multicentrique comparant 12 à 20 carottes

Jacques IRANI, CHU La Milétrie, Poitiers, France

Session communications orales 8 Transplantation et IRC

O-069 - Expérience lyonnaise de transplantations rénales de blocs pédiatriques réalisées à partir de donneurs de moins de 15 kg chez l'adulte

Ricardo CODAS, Hôpital Edouard Herriot, Lyon, France

Session communications orales 9 Cancer avancé de la prostate

O-080 - Impact of enzalutamide, an androgen receptor (AR) signalling inhibitor, on time to first skeletal related event (SRE) and pain in the phase 3 AFFIRM study

Yohann LORIOT, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France

Session communications orales 10 Incontinence urinaire et statique pelvienne : un large éventail thérapeutique

O-092 - Impact de la promontofixation coelioscopique sur la qualité de vie et la sexualité : résultats d'une étude prospective portant sur 152 patientes

Frédéric THIBAUT, CHU Nancy, France

Session communications orales 11 Imagerie du cancer de la prostate

O-099 - L'IRM 3 Tesla multiparamétrique en pratique courante dans le bilan d'extension du cancer de prostate localisé : étude multicentrique

Jacques LARGERON, Hôpital G. Montpied, CHU Clermont-Ferrand, France

Session communications orales 12 Neuro-urologie : évolution des dérivations urinaires

O-106 - Evaluation de l'impact d'une filière de prise en charge spécialisée des troubles vésico-sphinctériens secondaires à une sclérose en plaques sur l'épidémiologie des patients et sur la survenue de complications

Xavier GAMÉ, CHU Rangueil, Toulouse, France

Session communications orales 13 Cancer localisé de la prostate : marges et traitements de rattrapage

O-119 - HIFU de sauvetage pour récurrence locale après Curiothérapie

Sébastien CROUZET, Hôpital Edouard Herriot, Lyon, France

106^{ème} congrès de l'AFU

...

Session communications orales 14 Lithiase

O-121 - Maladie lithiasique : influence de la prise quotidienne de thé vert

Julie RODE, Laboratoire d'explorations fonctionnelles rénales Tenon, Paris, France

Session communications orales 15 Dysfonctions sexuelles et OGE

O-129 - Thérapie cellulaire pour maladie de Lapeyronie : effet des cellules souches dérivées des adipocytes sur un model animal

Ludovic FERRETI, CHU Pellegrin, Tripode, Bordeaux, France

Session communications orales 16 Cancer de la prostate : surveillance et traitements focaux

O-140 - Traitement des adénocarcinomes prostatiques limité à un lobe par hémiablation HIFU (étude AFU) sur 48 patients

Sébastien CROUZET, Hôpital Edouard Herriot, Lyon, France

Session communications orales 17 Infectieux

O-149 - Valeur diagnostique de la bandelette urinaire avant la chirurgie urologique

Jérémy COHEN, GH Diagonnesses Croix Saint Simon, Paris, France

Session communications orales 18 Cancer de la prostate : surveillance et traitements focaux

O-157 - Intérêt de la canneberge pour diminuer les bactériuries post-RTUP

Franck BRUYÈRE, CHU Bretonneau, Tours, France

Session communications orales 19 HBP : traitements

O-159 - Traitement de l'hyperplasie bénigne de prostate par photovaporisation au laser Greenlight 180 w : analyse de la courbe d'apprentissage et évaluation de l'échographie endorectale peropératoire

Vincent MISRAI, Clinique Pasteur, Toulouse, France

Session communications orales 20 Tumeur du rein à bas risque

O-172 - Existe-t-il un effet centre pour la néphrectomie partielle ? Résultats de l'étude multicentrique française NEPHRON

Jean-philippe COUAPEL, CHU Pontchaillou, Rennes, France

Session communications orales 21 Marqueurs pronostiques et diagnostics du cancer de la prostate

O-186 - Taux annuels de consommation de dosage de PSA, de biopsie et de cancer chez les affiliés au régime général de l'assurance maladie

Paul PERRIN, Hôpital Lyon-Sud, France

Session communications orales 22 Avancées thérapeutiques dans la prise en charge des algies pelviennes

O-194 - Analyse de l'effet thérapeutique à trois mois des infiltrations du nerf pudendal dans les névralgies pudendales. Etude prospective, randomisée à trois bras, de l'efficacité des corticoïdes locaux versus bras contrôle chez 201 patients

Jérôme RIGAUD, CHU Nantes, France

Session communications orales 23 Tumeurs de vessie : diagnostic et facteurs pronostiques

O-201 - Évaluation prospective et randomisée de la fluorescence pour la résection endoscopique des TVNIM de haut grade : quel est concrètement le gain diagnostique ?

Yann NEUZILLET, Hôpital Foch, Faculté de Médecine, Paris

Session communications vidéos 1 Urèthre et incontinence

V-001 - Technique de prothèse de verge permettant de réduire le risque infectieux, série de 85 patients

Jean-Etienne TERRIER, Centre Hospitalier Lyon Sud, France

Session communications vidéos 2 Atypiques mais aujourd'hui

V-011 - Réalisation d'une cystostomie continente par lambeau vésical

Vincent FLAMAND, CHRU Lille, France

Session communications vidéos 3 Nouveautés techniques

V-015 - Utilisation d'un porte-aiguille robotisé pour réaliser l'anastomose vésico-urétrale lors d'une prostatectomie radicale par laparoscopie

Olivier SKOWRON, CH de la région d'Annecy, France

Session communications vidéos 4 Rein et prostate

V-022 - Prostatectomie radicale robotique de rattrapage après radiothérapie

Albert EL HAJJ, CHU Henri Mondor, Créteil, France

Comité de rédaction d'UROjonction

Rédacteur en chef :

Thierry LEBRET
Tél. : 01 46 25 24 87
Courriel : t.lebret@hopital-foch.org

Secrétaires de rédactions :

Stéphane LARRÉ
Tél. : 03 26 78 49 54
Courriel : slarre@chu-reims.fr

Jean-Alexandre LONG
Courriel : jalong@chu-grenoble.fr

Yann NEUZILLET
Tél. : 01 46 25 24 65
Courriel : y.neuzillet@hopital-foch.org

Morgan ROUPRÊT
Tél. : 01 42 17 71 39
Courriel : morgan.roupret@psl.aphp.fr

Marc-Olivier TIMSIT
Tél. : 01 44 49 53 52
Courriel : marc-olivier.timsit@nck.aphp.fr

Coordination générale :
Anne-Marie MÉRISSE
Tél. : 01 45 48 97 03
Courriel : ammerienne@afu.fr

Courrier à adresser à :

AFU - UROjonction
61 rue de Vaugirard - 75006 Paris
Courriel : afu@afu.fr

Mise en page et impression : Accent Aigu

L'urologie au cinéma

L'Urologie, une vraie star du septième art !

Avec plus de 230 millions de billets de cinéma vendus chaque année, la fréquentation des salles en France a atteint ces cinq dernières années des chiffres records jamais vus depuis 45 ans. Les urologues fréquentent, comme tout un chacun, régulièrement les salles de cinéma. Peut-être certains d'entre vous sont-ils d'ailleurs des cinéphiles assidus. Mais si les urologues vont au cinéma, l'urologie est-elle en retour également partie prenante dans le 7^{ème} art ? Par-delà la rubrique fait divers animés par les troubles de la prostate de notre Gérard Depardieu national (ou belge ? ou russe ?!) à bord d'un avion en partance vers le tournage d'Asterix et Obélix : au service de sa majesté (<http://www.europe1.fr/Faits-divers/Quand-Depardieu-urine-dans-un-avion-671665/>), l'urologie a parfois réussi à se hisser jusqu'à sur le plateau de tournage sous le feu des projecteurs. Voici une filmographie non exhaustive des épisodes urologiques recensés dans certaines œuvres contemporaines. N'hésitez pas à nous confier vos propres anecdotes si d'autres films vous venaient à l'esprit à la lecture de cet article.



Morgan
ROUPRÊT



Y a-t-il un flic pour sauver la reine ?

(Titre original : *The Naked Gun*) de David Zucker. Sortie le 1^{er} mars 1989. Avec Leslie Nielsen, Georges Kennedy et Priscilla Presley.

Synopsis : Le lieutenant Frank Drebin est le "Monsieur Catastrophe" de la police de Los Angeles : il est l'auteur de tant de bourdes et de scandales que ses supérieurs hiérarchiques s'apprentent à le licencier. C'est ce moment que choisit la reine d'Angleterre pour arriver à Los Angeles. Drebin, ayant appris qu'un malfaiteur, Ludwig, est en train d'ourdir un diabolique complot contre celle-ci, persuade son supérieur de lui donner une dernière chance de se réhabiliter : sauver la reine...

Urologie : Le Lieutenant de police souffre manifestement d'un adénome de la prostate avec un score IPSS très altéré. Le

spectateur le constate aisément au cours d'une scène où il urine avec difficulté en gardant un micro-cravate ouvert pendant une conférence de presse retransmise en direct.

Un peu plus tard, il a ce dialogue mythique avec une jeune femme...

Lt. Frank Drebin : How are the children?
Jane Spencer : We didn't have any children.

Lt. Frank Drebin : Oh, yes, of course.

Jane Spencer: How was your prostate operation?

Lt. Frank Drebin: Oh, Fine. Good as new. In fact better than ever.



Menteur, menteur

(Titre original : *Liar, Liar*) de Robert Lorenz. Sortie le 25 juin 1997. Avec Jim Carrey et Maura Tierney.

Synopsis : Un jeune ténor du barreau (Fletcher) gagne tou-

tes les causes qu'il défend en mentant comme un arracheur de dents et en usant d'une mauvaise foi abyssale. Mais il est allé jusqu'à décevoir son propre fils qui, écoeuré, conçoit le souhait qu'il soit incapable de mentir pendant vingt-quatre heures. Ce qui va entraîner catastrophe sur catastrophe mais finalement lui remettre les pieds sur terre.

Urologie : L'avocat demande une interruption de l'audience au tribunal en prétextant un problème urologique....

Fletcher : Your honor, would the court be willing to grant me a short bathroom break?

Judge : Can't it wait?

Fletcher : Yes it can. But I've heard that if you hold it you could damage the prostate gland, making it very difficult to get an erection, or even become aroused!

Judge : Is that true?

Fletcher : It has to be!

L'urologie au cinéma



La débâcle

De Claude Berri

Sortie le 6 octobre 1999 avec Claude Berri, Fanny Ardant, Claude Brasseur et Alain Chabat.

Synopsis : Claude et Marie s'aiment et sont mariés depuis

quinze ans. Un soir, en faisant l'amour, Claude se rend compte que son érection laisse à désirer. Et pourtant le désir est toujours là...

Urologie : Alain Chabat joue le rôle d'un urologue andrologue démontrant notamment les vertus du vacuum à son patient. Le réalisateur Claude Berri n'a pas honte d'avouer que *La Débâcle* est en partie autobiographique : "Claude, c'est moi et ce n'est pas moi. Bien sûr, certains éléments autobiographiques m'ont servi de base à l'écriture du scénario, mais dans ce film, je ne raconte pas exactement ma vie. J'ai voulu m'amuser avec un problème qui concerne beaucoup de couples et d'hommes, qui à partir d'un certain âge ont malgré tout conservé leur soif de désir, leur soif de jeunesse", explique le metteur en scène.



Road trip

De Todd Phillips

Sortie le 18 octobre 2000. Avec Seann William Scott, Tom Green et Breckin Meyer.

Synopsis : Josh et Tiffany se sont connus enfants et n'ont ja-

mais cesse de s'aimer depuis. Mais les études les ont éloignés géographiquement et les trois mille kilomètres qui les séparent ne contribuent pas à cimenter leur relation. Pour garder le contact, Josh enregistre des messages vidéo, qu'il envoie à sa dulcinée. Mais quand la cassette de ses ébats avec la belle Beth part par erreur, Josh sait qu'il frôle la catastrophe. Accompagné par E.L., Kyle et Rubin, il va tenter d'arriver avant le paquet

compromettant. Commence alors la plus folle des équipées...

Urologie : Le personnage incarné par Seann William Scott se rend dans une banque de sperme et se voit imposer un massage prostatique un peu violent par une infirmière pour parvenir à ses fins.



Les sentiers de la perte

De Sam Mendes

Sortie le 11 septembre 2002. Avec Tom Hanks, Paul Newman et Jude Law.

Synopsis : En 1930, 2 pères : Michael

Sullivan, un tueur professionnel au service de la mafia irlandaise dans le Chicago de la Dépression, et Mr John Rooney, son patron et mentor, qui l'a élevé comme son fils. Deux fils : Michael Sullivan junior et Connor Rooney, qui font chacun des efforts désespérés pour s'attirer l'estime et l'amour de leurs géniteurs. La jalousie et l'esprit de compétition les plongent dans une spirale de violence aveugle dont les premières victimes sont la femme de Sullivan et son fils cadet Peter. Un long voyage commence alors pour Michael Sullivan et son fils survivant. Au bout de cette route, la promesse d'une vengeance et l'espoir de conjurer l'enfer. Et peut-être l'aube d'un sentiment nouveau entre un père et son fils.

Urologie : Dans ce film, Tom Hanks souffre d'une vessie hyperactive qu'il utilise comme un sixième sens puisqu'il échappe à un tueur à gages en s'excusant auprès de lui pour une miction urgente.



Le Promeneur du Champ de Mars

De Robert

Guédiguian. Sortie le 16 février 2005. Avec Michel Bouquet, Jalil Lespert et Sarah Grappin.

Synopsis : Atteint d'un cancer de la prostate irrémédiable, François Mitterrand accepte de se confier à Antoine, un jeune journaliste passionné. Intrigué par ce personnage hors norme, tantôt lucide, sagace mais tout aussi arrogant et cynique, Antoine sonde la vie ambiguë d'un Président au crépuscule de son existence.

Urologie : Tous les urologues connaissent l'histoire de l'ancien président de la république qui a délibérément menti sur son état de santé depuis son élection en 1981 jusqu'à la fin de son second septennat.



Collision

(Titre original : Crash) de Robert Lorenz sortie le 14 septembre 2005. Avec Sandra Bullock, Don Cheadle et Matt Dillon.

Synopsis : Deux vo-

leurs de voitures. Un serrurier mexicain. Deux inspecteurs de police qui sont aussi amants. Une femme au foyer et son mari, district attorney. Tous vivent à Los Angeles. Eux et beaucoup d'autres ne se connaissent pas, leurs vies n'auraient jamais dû se croiser. Pourtant, dans les prochaines 36 heures, leurs destins vont se rencontrer, révélant ce que chacun voulait cacher ou ne pas voir...

Urologie : Le père du policier du LAPD, Ryan, réveille son fils au milieu de la nuit parce qu'il est en rétention d'urines sur une prostatite aiguë. Un peu plus tard dans le film, on recommande à son père une résection de la prostate mais le policier a peur de ne pas avoir les moyens de payer pour cette intervention.



Super Héros Movie

De Craig Mazin. Sortie le 4 juin 2008. Avec Drake Bell et Sara Paxton.

Synopsis : Lycéen timide et mal dans

sa peau, Rick Ricker vit avec son oncle et sa tante depuis que ses parents ont été tués. Il est secrètement amoureux de la ravissante Jill Johnson qui, pour son malheur, a déjà un petit copain. Pendant la visite scolaire d'un laboratoire de recherche, Rick est piqué par une libellule génétiquement modifiée. Peu à peu, alors qu'il voit ses forces décuplées, il comprend qu'il est désormais pourvu de super-pouvoirs. Après s'être fabriqué un costume, il adopte sa nouvelle identité : La Libellule. Mais il lui faudra affronter un redoutable ennemi, Le Sablier, déterminé à anéantir tous ceux qui l'approchent...

Urologie : Comment avoir une miction normale lorsque l'on est un super-héros et que l'on porte un costume de super-héros ? Cette question est traitée de façon hilarante lorsque le héros se rend compte que son super-costume n'est pas équipé de super-braguette....



Love et autres drogues

(*Love and other drugs*) de Edward Zick. Sortie le 29 décembre 2010.

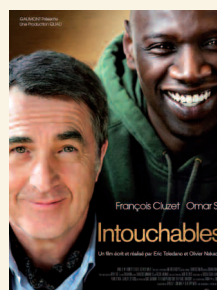
Avec Anne Hathaway et Jack Gyllenhaal.

Synopsis : New York, les années 90. Jamie

est un jeune commercial redoutable dont l'assurance - et le physique avantageux - sévissent aussi bien auprès des femmes que dans l'univers implacable de l'industrie pharmaceutique où, entre antidépresseurs et dopants sexuels, il parvient finalement à tout vendre. Mais il y a une personne qui semble insensible aux charmes de Jamie : Maggie. Une jeune femme très séduisante et furieusement indépendante qui, comme Jamie, fuit l'engagement émotionnel, mais pour des raisons très différentes. Elle est atteinte d'une maladie chronique et a décidé de vivre uniquement au jour le jour. Malgré eux, ce qui devait être une histoire sans lendemain va alors s'intensifier. Tous deux vont bientôt voir leurs principes respectifs

malmenés et devenir accros à la plus puissante des drogues qui soit : l'amour.

Urologie : Ce film retrace la période incroyable du lancement du Viagra aux Etats-Unis et traite notamment des rapports troubles entre les urologues américains et l'industrie pharmaceutique ayant abouti ultérieurement à la mise en place du Sunshine Act.



Intouchables

De Eric Toledano et Olivier Nakache.

Sortie le 2 novembre 2011.

Avec François Cluzet et Omar Sy.

Synopsis : A la suite d'un accident de parapente, Philippe,

riche aristocrate, engage comme aide à domicile Driss, un jeune de banlieue tout juste sorti de prison. Bref la personne la moins adaptée pour le job. Ensemble ils vont faire cohabiter Vivaldi et Earth Wind and Fire, le verbe et la vanne, les costumes et les bas de survêtement... Deux univers vont se télescoper, s'approprier, pour donner naissance à une amitié aussi dingue, drôle et forte qu'inattendue, une relation unique qui fera des étincelles et qui les rendra... intouchables.

Urologie : Les troubles mictionnels et la neuro-urologie sont au centre de ce film au succès incroyable qui a su aborder la question du pénis, du fécalome mais également de la sexualité de la personne handicapée notamment au cours d'une scène mémorable où François Cluzet se laisse mordiller l'oreille...



Cosmopolis

De David Cronenberg. Sortie le 25 mai 2012.

Avec Robert Pattinson, Juliette Binoche, Sarah Gadon

Synopsis : Dans un

New York en ébullition, l'ère du capitalisme touche à sa fin. Eric Packer, golden boy de la haute finance, s'engouffre dans sa limousine blanche. Alors que la visite du président des Etats-Unis paralyse Manhattan, Eric Packer n'a qu'une seule obsession : une coupe de cheveux chez son coiffeur à l'autre bout de la ville. Au fur et à mesure de la journée, le chaos s'installe, et il assiste, impuissant, à l'effondrement de son empire. Il est aussi certain qu'on va l'assassiner. Quand ? Où ? Il s'apprête à vivre les 24 heures les plus importantes de sa vie.

Urologie : Cosmopolis, c'est l'histoire d'un mec qui a une prostate asymétrique. Et qui le vit visiblement super mal. Il en parle tout le temps, de sa prostate. A tout le monde. Et il se fait examiner sa prostate par un urologue dans sa limousine...



Une nouvelle chance

(Titre original : *Trouble with The Curve*) de Robert Lorenz. Sortie le 21 novembre 2012.

Avec Clint Eastwood, Justin Timberlake et Amy Adams.

Synopsis : Un découvreur de talents spécialisé dans le baseball voit sa vie basculer avec la perte progressive de sa vue. Il décide pourtant de faire un dernier voyage à Atlanta, accompagné de sa fille, à la recherche d'un talent prometteur.

Urologie : Les premières minutes du film ouvrent sur Clint Eastwood qui présente des troubles mictionnels obstructifs dès sa première miction matinale et qui maudit sa prostate...

Morgan ROUPRÊT

Les temps changent !

Pendant deux années, Thomas, Pierre-Olivier et Pierre ont mené notre association de main de maître. Sur tous les fronts, l'AFUF a été au premier plan dans l'intérêt des urologues juniors.

Au niveau scientifique, l'AFUF a mis le doigt sur les faiblesses actuelles de l'urologie. L'étude de la démographie urologique française a permis à notre spécialité, si elle est l'une des plus touchée en terme de carence de place en post-internat, d'être aussi l'une des mieux organisées. Cela pour préserver la formation et l'avenir des internes, notre qualité d'exercice et d'apprentissage. Le sondage national, réalisé par l'AFUF, concernant les appels et déplacements des internes lors des astreintes met en évidence les sollicitations aussi nombreuses que peu justifiées de ceux-ci la nuit et les week-ends.

Là encore, c'est l'AFUF qui pointe du doigt le *burn out* des internes (autre article).

Sur tous les fronts, Thomas, Pierre-Olivier et Pierre ont fait de notre association, dans la continuité de leurs prédécesseurs, une vitrine de notre spécialité.

Aujourd'hui, puisque tout a une fin, leur mandat est arrivé à son terme. Le nouveau bureau, composé de Jean-Etienne Terrier (président) Thibaut Murez (trésorier) et moi même (secrétaire), aura comme objectif de faire au moins aussi bien qu'eux.

Notre mandat débute au cours d'une période mouvementée modifiant les modes de fonctionnement de notre association. En effet, puisque la quasi totalité de nos cotisations annuelles est utilisée pour les abonnements aux revues scientifiques telles que Progrès ou encore European, nous bénéficions d'autres subventions accordées par l'industrie pharmaceutique

afin de faire vivre l'AFUF tout au long de l'année, et permettre de multiplier les formations destinées aux juniors (chirurgie de la verge, JOUM, les rencontres de l'AFUF...). Aujourd'hui, les abus et autres excès ont entraîné des modifications des règles dans ce domaine visant à diminuer, quand il ne s'agit pas de bloquer, ces partenariats. Cela complique considérablement notre tâche. Qu'à cela ne tienne, l'AFUF relèvera le gant. Mais attention, il ne s'agira pas comme trop souvent de s'accommoder des nouvelles règles en trouvant comment les contourner, mais de tirer avantage de ces changements afin de promouvoir de nouvelles méthodes de formation et d'enseignement. La formation pratique tout d'abord, sera à l'honneur, avec le développement de plusieurs projets de formations chirurgicales visant à exploiter au mieux les différents outils à notre disposition (vidéo-transmission, chirurgie sur sujets anatomiques...). Notre implication dans les ateliers EPI-CUR et ECURIE va en grandissant, afin de



faire vivre ce projet initialement mis en place par Jean-Dominique Doublet il y a une vingtaine d'années pour la formation des internes. Enfin, si l'une des forces de notre spécialité est son organisation, le développement des outils de communication est essentiel. Pour cela l'AFUF repense et adapte son site web afin de proposer en ligne toutes ses formations et d'en permettre l'accès à tous. Notre fierté est que si le nombre d'inscrits va croissant chaque année, certains de nos outils ont une popularité qui dépasse largement le milieu urologique, comme par exemple notre application I-phone et Android sur la gestion des urgences urologiques, dont le nombre d'utilisateurs est nettement supérieur à celui des urologues en formation...

Notre spécialité est en mouvement, l'actualité et la législation sont en plein boum. Jean-Etienne, Thibaut, tous les autres membres de l'AFUF et moi-même n'aurons pour seul objectif que celui de faire vivre l'AFUF, d'accroître son potentiel, pour les urologues en formation. Et nous commençons en vous souhaitant une excellente année 2013, pleine de nouveautés et gaze d'excellence.

Jean-Baptiste TERRASA

LE NOUVEAU BUREAU DE L'AFUF

Président

Jean-Etienne TERRIER (Saint Etienne)
jetterrier@yahoo.fr

Secrétaire

Jean-Baptiste TERRASA (Paris)
jb.terrasa@hotmail.fr

Trésorier

Thibaut MUREZ (Montpellier)
thibaut.murez@gmail.com

Le tour de l'urologie en 5 jours



L'EUREP (European Urology Residents Education Programme) a fêté cette année ses dix ans. Du 31 août au 5 septembre 2012, 360 internes européens, en dernière année de formation, se sont retrouvés à Prague pour 5 jours de cours et de discussions, sous la direction de 20 experts internationaux. Depuis la première édition en 2003, l'objectif de ce programme n'a pas changé : proposer aux internes européens une harmonisation de leurs connaissances en leur donnant des références communes. En 5 jours, à travers 5 modules, les différents domaines de l'urologie sont revus de manière extrêmement pratique, sous la forme de cours, de discussions ou de cas cliniques. Chaque module est animé par 4 experts de renommée internationale, chacun apportant son éclairage et ses réflexions sur les différentes problématiques de sa spécialité. Le tout, bien sûr, en anglais, mais un anglais très "international", où se sont finalement les anglophones qui ont le plus de mal à se faire comprendre. A la fin du séminaire, ceux qui le souhaitent ont la possibilité de passer l'écrit de l'EBU (European Board of Urology).

A côté de programme intensif de formation théorique, il existe la possibilité, de manière optionnelle, de s'inscrire à des cours particuliers de pelvi-trainer (Hands-on-training) où un prosecteur donne, pendant 30 minutes, ses conseils à 2 internes qui testent leur habileté en coelioscopie. Les exercices sont adaptés à tous les niveaux, du débutant à l'expert, et constituent un excellent entraînement pour les "olympiades du pelvi-trainer" ouvertes à tous entre les sessions. Tout cela dans une ambiance

à la fois studieuse et très conviviale, rendue possible grâce à une logistique sans faille, sous la direction de Claudia et Jacqui qui veillent au bon déroulement de la formation.

Si l'EUREP a principalement un objectif de formation, il existe également un certain nombre de bénéfices secondaires. Le rôle collaboratif et la dimension internationale sont particulièrement enrichissants. Ils permettent d'échanger et d'avoir des contacts avec nos collègues européens. C'est l'occasion de comparer les approches et les modes d'exercice entre les différents pays, mais aussi de mettre en évidence nos lacunes et nos points faibles. La connaissance de "Evidence-based Medicine" fait partie intégrante de la formation de la plupart de nos collègues européens et en comparaison, notre maîtrise des références scientifiques paraît insuffisante. C'est un des axes de progression sur lesquels l'AFUF, en association avec le Collège Français d'Urologie, doit réfléchir, notamment dans le cadre de la réforme de l'ECU.

Malheureusement, seuls 17 internes français étaient présents à Prague cette année. C'est beaucoup trop peu compte tenu de la qualité de la formation qui est proposée, dans un cadre idéal, le transport et l'hébergement étant intégralement pris en charge. Il faut donc que dès à présent, les internes en dernière année et les chefs de clinique notent dans leur agenda la 11^e édition de l'EUREP qui aura lieu cette année du 13 au 18 septembre 2013 à Prague, évidemment.

François AUDENET
Délégué AFUF au Collège

Petits souvenirs d'un voyage très instructif en République Tchèque : au programme une révision de toute l'urologie ou presque sur une semaine. Ou comment se retrouver à 17 français parmi près de 400 urologues européens voire du monde entier ! Une semaine pleine de rencontres intéressantes. La première inquiétude de la presque totalité des français est bien sûr la possibilité de compréhension des topos : en fait cela ne pose pas vraiment de problème car toutes les diapositives des diaporamas sont remises en début de semaine sous format papier et les orateurs font attention de ne pas parler trop vite. Par contre il ne faut pas trop se faire d'illusion, on passe quand même pour les plus mauvais bilingues ! Les cours étaient dans l'ensemble très bien faits, c'est un peu un ECU en anglais, il y a beaucoup d'échanges entre jeunes urologues et orateurs, et on se rend compte que les connaissances théoriques de nos voisins sont quand mêmes parfois bien plus solides que les nôtres, il paraît qu'on se rattrape sur la pratique, ça reste à voir ! En tout cas c'est une semaine très bien organisée, avec d'excellents orateurs de toute l'Europe, riche d'enseignement, que l'on ne peut que recommander. Pour les plus courageux la semaine se termine par un examen écrit sous forme de QCM, examen indispensable pour la plupart des urologues européens afin de valider leur cursus, ce qui n'est pas le cas pour les français, et le taux de réussite est plutôt élevé ce qui encourage à le passer, les annales sont disponibles sur place. Pour se reposer de journées intenses d'enseignement, rien de tel qu'une petite balade dans les rues de Prague, à la découverte du pont Charles IV, des brasseries sympathiques où la bière et les plats locaux se laissent déguster facilement et pour ceux qui trouvent encore de l'énergie pour prolonger la soirée, ils n'ont que l'embaras du choix face à une vie nocturne tchèque trépidante ! L'EUREP une semaine à ne manquer sous aucun prétexte !!

Geneviève BOUDRY
Envoyée spéciale pour l'AFUF

Prix de l'AFUF : and the winner is...

Il s'agissait cette année 28 en compétition pour le désormais célèbre Prix de l'AFUF qui récompense la meilleure communication orale d'un membre de l'AFUF au congrès de l'AFU. Ce prix d'une valeur de 500 euros offert par notre partenaire La Médicale, est attribué au meilleur candidat sur la base d'une grille de notation remise aux modérateurs de la session. Nous tenons à féliciter tous les candidats qui n'ont pas démerité, avec des notes excellentes qui les ont rendus difficiles à départager !

And the winner is...

Maxime Thoulouzan,

interne au CHU de Brest, pour sa communication intitulée :

"Traitement de l'hyperplasie bénigne de prostate (HBP) par laser Greenlight XPS (180W) avec contrôle échographique endorectal en temps réel : résultats à moyen terme", dont les modérateurs ont noté la qualité du travail scientifique et de la présentation.

Profitions-en pour remercier une fois encore l'ensemble des modérateurs qui se sont prêtés au jeu de la notation, et pour vous donner rendez-vous lors du prochain congrès, on l'espère toujours plus nombreux et motivés !

Gaelle FIARD



Appel d'offre "Historique"



Alain
JARDIN

L'E.A.U.s'est dotée en 1990 d'un comité travaillant sur l'histoire de l'urologie européenne, comité devenu rapidement l'History Office de l'EAU. Ce comité s'est constitué autour de Johan Matelaer de Courtrai (Belgique) qui a accompli un travail considérable au sein de cette structure. Actuellement le chairman de l'History Office est Dirk Schultheiss de Giessen en Allemagne qui poursuit et dynamise les travaux de ce "Comité".

Ce groupe de travail est constitué de 19 membres venus de 15 pays différents.

Le travail accompli depuis 1990 mériterait d'être mieux connu des urologues français :

- 19 volumes déjà parus de **"De historia urologiae europaeae"** série de livres (de 155 à 320 pages) paraissant maintenant pratiquement chaque année et dont les premiers volumes ont été surtout consacrés à publier l'histoire spécifique de l'urologie de chaque pays d'Europe, écrite par un urologue de son pays, et qui maintenant aborde tous les sujets historiques de notre spécialité.

- Des livres originaux constituant la "bibliothèque" de l'EAU :

- 1/ **Selected passages on urological surgery : from the XVI to the mid-XVIII century** - Sergio Musitelli, Book + CD-Rom 2012, 1719 p.

- 2/ **Marianus Sanctus Libellus aureus de lapide a vesica per incisionem extrahendo** - Mariano Santo of Barletta. **Golden Booklet on the Extraction of the Bladder Stone by Incision** - Sergio Musitelli, 1998, 327 p.

- 3/ **Julián Gutiérrez de Toledo : Cura de la piedra y dolor de la yjada o.y. colica renal - Treatment for the Stone and Pain in the Side or Renal Colic** - Emilio Maganto Pavón, Javier C. Angulo, 2002, 512 p.

- 4/ **Who Was Who in European Urology?** Sergio Musitelli, 2001, 149 p.

- 5/ **Ambroise Paré and Urology** - Alain Jardin, Rainer Engel and Johan Matelaer, 2006, 89 p.

- 6/ **Fabricius Hildanus: Lithotomy of the Bladder** - Sergio Musitelli, 2007, 231 p.

- 7/ **Vincenz Kern: Die Steinbeschwerden der Harnblase und der Blasenschnitt - The Stone Problems of the Urinary Bladder and the Bladder Incision** - Helmut Gröger and Michael Marberger, translated by Reiner Engel, 2006, 287 p.

- Enfin en 2010 : **Europe/The Cradle of Urology** édité par D. Schultheiss et J. Matelaer qui réunit 40 auteurs pour un ouvrage-référence sur l'histoire et l'évolution de l'Urologie moderne en Europe (1).

L'History office de l'EAU, pour accomplir ce travail se réunit deux fois par an dont une fois pendant le congrès de l'EAU, qui se tient cette année à Milan (Italie) du 15 au 19 mars.

Compte tenu de la place des Français dans l'histoire de l'urologie, il serait bon que du sang neuf français vienne contribuer au travail de ce comité. Nous souhaitons donc vivement que cet appel soit entendu car l'histoire ne doit pas appartenir aux hommes du passé.

Si vous êtes intéressé, vous pouvez soit me joindre soit contacter directement Dirk Schultheiss.

Alain Jardin : frajardin@noos.fr

Dirk Schultheiss : dirk.schultheiss@urologie-giessen.de

Alain JARDIN

1 : L'histoire de l'Urologie dans le monde jusqu'en 1914 (tome 1 de l'Encyclopédie Française d'Urologie) peut être consulté en ligne sur le site <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?25657x01>



Dans le cadre des partenariats Platine et Or de l'AFU, Urojonction a ouvert depuis 2011 un espace de dialogue avec ses partenaires. Un an après avoir accueilli Ipsen dans ces pages pour la première fois, nous les avons rencontrés de nouveau pour partager leur actualité.



Benoît HENNION
Directeur des Opérations
France Ipsen

UroJonction : Que faut-il retenir de l'actualité d'Ipsen en urologie en 2012 ?

B. H. : En 2012, nous nous sommes principalement consacrés à renforcer notre offre thérapeutique. Vous connaissez de longue date Decapeptyl, analogue de la GnRH. Nous promouvons désormais aussi Hexvix, dernier entré dans le portefeuille Ipsen dans un domaine où les options thérapeutiques à disposition sont peu nombreuses. Nous avons aussi fortement progressé dans le développement clinique de Tasquinimod, mené en partenariat avec Active Biotech et pour lequel le recrutement de la Phase III est achevé.



Brigitte PALESTRO
Directeur Médical
France Ipsen

Vous êtes partenaire Platine de l'AFU depuis maintenant 3 années. Comment cela s'est-il traduit cette année ?

B. H. : Ce partenariat Platine avec l'AFU est pour nous un élément très fort de notre engagement auprès des professionnels de santé en onco-urologie, et nous avons à cœur de le développer. En 2012, il s'est concrétisé de plusieurs manières très différentes. D'abord avec l'attribution d'une bourse de recherche à un jeune urologue : cette année, le Dr Evangelos Xylinas sur la

génotypie des tumeurs de vessie. Ensuite avec le soutien de manifestations comme les JOUM et le Congrès annuel de l'AFU, pour lequel nous avons construit un Symposium sur l'approche individualisée dans le cancer de la prostate et expérimenté une nouvelle session de partage d'expérience "Meet the Experts" autour de l'optimisation de la résection transurétrale des tumeurs de la vessie qui a connu un grand succès. Nous avons aussi réitéré notre grand rendez-vous des Challenges de l'Urologie, qui a réuni en mars près de 200 participants autour de la prise en charge des marges positives en onco-urologie. Enfin, Ipsen a mis en place, toujours en collaboration avec l'AFU, l'étude observationnelle de premier plan "Devenir" dont l'objectif est de suivre pendant 30 mois plus de 1200 patients pris en charge dans le cadre d'un cancer de la prostate par une hormonothérapie à base d'analogue de la LhRH et de décrire les évolutions de traitement observées dans la pratique.

Pendant votre dernier symposium au congrès de l'AFU, vous avez mis en avant un programme appelé "3iPathways". De quoi s'agit-il ?

B. P. : "3iPathways" est le nom que nous avons donné au programme qu'Ipsen déploie en cancérologie (prostate ou vessie) pour mieux "Identifier" les profils de patients, "Individualiser" les traitements et améliorer ("Improve") le support au patient. Ce programme a pour origine le constat qu'il n'y a pas une seule forme de cancer mais bien une multiplicité de cancers, et que l'ap-



proche individualisée doit être au cœur de nos actions de recherche, de développement et d'accompagnement des professionnels de santé au quotidien.

Quelle forme cela prend-il ?

B. P. : En ce qui concerne l' "Identification", notre groupe a signé des partenariats de recherche avec plusieurs institutions ou sociétés privées : le Salk Institute, l'IGR et Biomérieux qui devraient aboutir à l'identification de biomarqueurs dans le cancer de la prostate en particulier, pour mieux cerner les cibles thérapeutiques. Grâce à l'étude internationale Triptocare, nous allons d'ailleurs pouvoir analyser la possible utilisation de deux nouveaux biomarqueurs : le PCA3 et le TMPRSS2-ERG comme marqueurs pronostiques d'agressivité du cancer de la prostate. Nous en aurons les résultats l'année prochaine.

En terme d'approche patient - notre dernier I - nous travaillons sur une série de réunions pour 2013 : les ISCORE (IpSen Compétence en Onco-uRologiE), qui allieront formation médicale et approche patient, pour mieux mesurer notamment l'impact et l'influence des nouvelles technologies et des réseaux sociaux dans la relation médecin-patient.

Quant au I de "Individualiser", notre action au quotidien est de favoriser les discussions entre professionnels de santé, que ce soit en EPU locales ou régionales autour de cas cliniques, d'aider les partages d'expérience et de pratique, de diffuser des outils qui permettent d'évaluer le risque de progression des différents cancers urologiques pour aider les médecins à adapter leur prise en charge, tant dans le cancer de la vessie que dans le cancer de la prostate.

Un message à retenir pour les années à venir ?

B. H. : L'implication d'Ipsen en l'urologie n'a sans doute jamais été aussi forte qu'aujourd'hui, tant dans le développement du portefeuille que dans nos actions de soutien à votre communauté. Et nous ne cachons pas notre ambition sur le long terme : être considérés par la communauté des urologues comme votre partenaire de référence dans la pratique quotidienne, au service des patients.

Réunions scientifiques

Réunions scientifiques de l'AFU en 2013 : retenez les dates !



Thierry LEBRET
Secrétaire
Général de l'AFU

L'AFU organise, sous l'impulsion de nos Président et Vice Président Patrick COLOBY et de Georges KOURI, et de notre Trésorier adjoint Denis PRUNET, la première Journée des Innovations Techniques et Technologiques en Urologie (JITTU). Cette journée annuelle va permettre de faire un point pratique et critique sur toutes ces innovations dans notre spécialité. Grâce à des experts nous pourrons nous former aux nouvelles pratiques et, dans un esprit de discussions interactives, échanger les expériences de chacun.

Après plus de 400 participants en 2012, la cinquième édition des JOUM connaîtra certainement le même succès que les années précédentes, Laurent GUY et moi-même, entourés d'un comité scientifique d'experts et d'un comité d'organisation tonique, garderons la même densité dans le programme afin de couvrir toute l'oncurologie médicale.

Enfin, en septembre nous retrouverons la JAMS qui se déroulera dans notre nouvelle MUR. En effet, grâce à ces nouveaux locaux, nous allons pouvoir internaliser bon nombre de nos manifestations et éviter ainsi les surcoûts des locations de salles et de logisticien.

Nous vous attendons nombreux pour ces trois manifestations avant, bien sûr, le 107^e Congrès Français d'Urologie qui se tiendra du 20 au 23 novembre toujours au Palais des Congrès de Paris.

JITTU 2013

Journée des Innovations Techniques et Technologiques en Urologie

Informations :
JITTU 2013
Maison de l'Urologie
61 rue de Vaugirard
75006 Paris
Tél. : 01 45 48 06 09
afu@afu.fr
www.urofrance.org

Espace Congrès UIC Patrimoine
16 rue Jean Rey, Paris 15^e

20 avril 2013

Programme réalisé par Association Française d'Urologie
Organisé par URO DIFFUSION

JOUM 2013

Journées d'Onco-Urologie Médicale

La pratique, les protocoles

Organisation :
Colloquium - JOUM 2013
13-15 rue de Nancy
75010 PARIS
joum@city-group.com
www.urofrance.org

Salons de l'Aveyron
17 rue de l'Aubrac, Paris 12^e

28-29 juin 2013

Programme réalisé par Association Française d'Urologie
Organisé par URO DIFFUSION

JAMS 2013

Journée d'Andrologie et de Médecine Sexuelle

Informations :
JAMS 2013
Maison de l'Urologie
11 rue Viète
75017 Paris
Tél. : 01 45 48 06 09
afu@afu.fr
www.urofrance.org

Maison de l'Urologie
11 rue Viète, Paris 17^e

21 septembre 2013

Programme réalisé par Association Française d'Urologie
Organisé par URO DIFFUSION

107^{ÈME}

CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

PAUSI Paris Urology Special International days in English

RAPPORT : Pharmacologie en urologie
CONGRESS LECTURE: Urological pharmacology

20-23 novembre 2013

Palais des Congrès de PARIS

Programme réalisé par Association Française d'Urologie
Organisé par URO DIFFUSION