Tableau 1 Maîtrise du sondage vésical chez les étudiants en 2e cycle des études médicales en fonction de leur degré de formation théorique et pratique.

Variable étudiée		Maitrise du sondage vésical chez l'homme n (%)	p	Maitrise du sondage vésical chez la femme n (%)	p
Stage en urologie	Oui	208 (33,2)	0,07	130 (20,7)	0,198
	Non	113 (27,8)		98 (24,1)	
Connaissances préalables sur le sondage vésical	Déjà formé et réalisé	195 (59,1)	0,000	130 (39,4)	0,000
	Déjà réalisé mais non formé	93 (40,8)		72 (31,6)	
	Déjà vu et formé mais non réalisé	25 (10,2)		19 (7,8)	
	Déjà vu, mais non formé et non réalisé	8 (4,2)		7 (3,6)	
	Jamais vu	0 (0)		0 (0)	
Le nombre de sondes posées	Aucune	35 (6,5)	0,000	27 (4,2)	0,000
	Entre 1 et 5	142 (43,4)		101 (38,5)	
	Entre 6 et 10	51 (78,5)		27 (69,2)	
	Plus de 10	93 (92,1)		73 (83,9)	
Formation pratique sur un patient	Oui	256 (47,3)	0,000	52 (10,6)	0,000
	Non	65 (13,2)		176 (32,5)	
Autoformation par des cours sur livre ou en ligne	Oui	40 (25)	0,071	198 (22,7)	0,271
	Non	281 (32,2)		30 (18,8)	
Auto-formation par des vidéos en ligne	Oui	47 (29,9)	0,738	37 (23,6)	0,624
	Non	274 (31,3)		191 (21,8)	

Tableau 2 Évaluation des connaissances théoriques chez les étudiants en 2e cycle des études médicales sur le sondage urinaire en fonction de leur degré de formation théorique et pratique.

Variable étudiée		Taux de bonnes réponses %	p
Maitrise du sondage vésical	Non	37,62	0,000
	Oui	52,96	
Stage en urologie	Non	40,84	0,03
	Oui	43,39	
Nombre de sondes posées	Aucune	32,95	0,000
	Entre 1 et 5	50,78	
	Entre 6 et 10	53,64	
	Plus de 10	58,42	
Connaissances préalables sur le sondage vésical	Déjà formé et réalisé	54,12	0,000
	Déjà réalisé mais non formé	49,65	
	Déjà vu et formé mais non réalisé	36,58	
	Déjà vu, mais non formé et non réalisé	25,97	
	Jamais vu	17,78	
Formation pratique sur un patient	Non	35	0,000
	Oui	49,11	
Formation pratique sur un mannequin	Non	41,58	0,006
	Oui	45,5	
Autoformation par des cours sur livre ou en ligne	Non	42,63	0,33
	Oui	41,08	
Formation théorique par un enseignant	Non	41,97	0,336
	Oui	43,11	

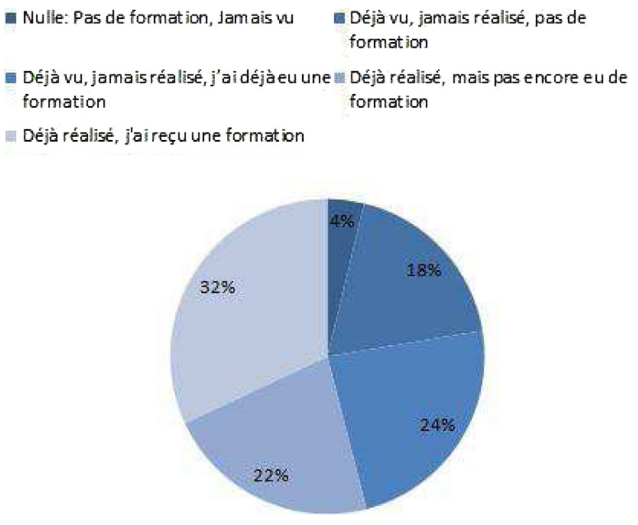

Fig. 1 Connaissance des étudiants en 2e cycle en termes de sondage vésical.

Après sondage, 21,7 % prescrivent systématiquement un ECBU de contrôle et 32,1 % démarrent un traitement antibiotique en cas de bactériurie asymptomatique. Concernant le test des connaissances théoriques sur les étapes du sondage vésical, le taux de bonnes réponses moyennes est de 42,38 %. Les variables influençant la maîtrise théorique des connaissances sont résumées dans le Tableau 2 (Fig. 1).

Conclusion L'apprentissage du sondage urinaire est enseigné de façon insuffisante au cours des études médicales puisque les étudiants en médecine se sentent incapables de le reproduire au terme de leur externat. Cette étude doit mener une réflexion sur l'amélioration de l'enseignement et des méthodes d'acquisition du sondage urinaire, qui doit être réalisé par tous médecins non urologues dans leur pratique quotidienne.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

https://doi.org/10.1016/j.purol.2020.07.198

CO-194

Le cours magistral entre les attentes des étudiants et les objectifs pédagogiques

Y. Kharbach*, Z. Bakali Issaui, Y. Retal, A. Khallouk
Faculté de médecine et de pharmacie, université Abdelmalek-Essaadi, Tanger, Maroc
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : ykharbach@uae.ac.ma (Y. Kharbach)

Objectifs Le cours magistral (CM) est toujours considéré comme un élément essentiel de la formation médicale initiale. Le challenge actuellement devant la pléthore des sources d'informations à l'ère d'internet, est de pouvoir offrir un enseignement vivant, interactif et attractif. L'intérêt de notre étude est d'évaluer les attentes de nos étudiants en ce qui concerne le CM afin d'améliorer nos démarches pédagogiques.

Méthodes Tous les étudiants inscrits à notre faculté de médecine ont été sollicités par le biais des représentants de chaque promotion. Un questionnaire en ligne élaboré par Google Forms leur a été envoyé. Le questionnaire est resté accessible pendant deux semaines. Il a permis le recueil des informations relatives aux données sociodémographiques, de l'appréciation du CM dans la formation médicale de base, du pourcentage estimé des connaissances retenues à la fin du CM, des défauts du CM ainsi que leurs suggestions pour l'améliorer.

Les CM à notre faculté durent en moyenne 1 h 45.

Au total, 182 étudiants ont répondu au questionnaire.

Résultats Environ 44,5 % des répondants étaient en 2e année de médecine. Dans 85 % des cas, les étudiants trouvaient que le cours magistral garde un intérêt dans la formation médicale. À la fin du CM, 13,7 % des répondants estimaient qu'ils retenaient plus de 50 % des informations exposées (Fig. 1).

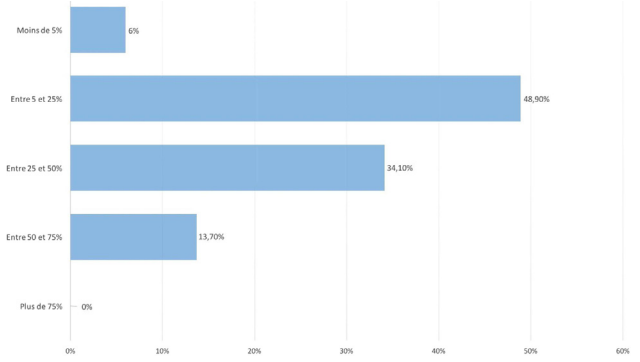

Fig. 1 Pourcentage estimé des connaissances retenues à la fin du cours.

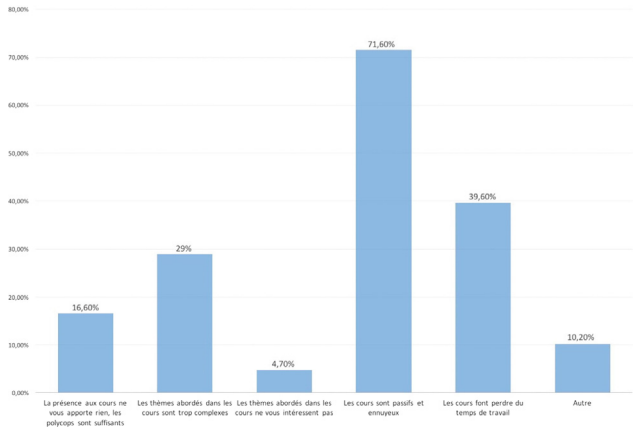

Fig. 2 Défauts du cours magistral.

Environ 52,7 % des étudiants estiment rester concentrés entre 25 et 50 % de la durée du cours alors que seulement 3,8 % estiment le rester pendant plus de 75 % de la durée. Le principal défaut du CM étaient le fait que le cours est monotone (71,6 %) (Fig. 2).
Afin d'améliorer les cours, les étudiants proposaient des cours sous forme d'enseignements dirigés plutôt que les CM (92 %), des cours associés à des séances de questions—réponses (71,1 %) ou des autoévaluations par outil de vote par exemple (31,7 %).
Conclusion La grande majorité des étudiants trouve que le cours magistral garde toujours un intérêt dans leur formation initiale. Par contre, il est temps au CM « traditionnel » d'évoluer vers un CM actif et interactif en s'enrichissant de moyens pédagogiques divers (questions—réponses, vote...).
Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

https://doi.org/10.1016/j.purol.2020.07.199

Infertilité et dysfonctions sexuelles

CO-195

Sexualité après adénomectomie prostatique transvésicale et adénomectomie prostatique transcapsulaire : y a-t-il une différence ?

S. Arem*, M. Ben Othmen, W. Blaiech, G. Tlili, K. Bouassida, W. Hmida, M. Jaidane
CHU Sahloul, Sousse, Tunisie
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : elarem.sofiene@gmail.com (S. Arem)

Objectifs L'adénomectomie transvésicale (ATV) et transcapsulaire (ATC) représentent les deux techniques opératoires les plus décrites pour le traitement de l'adénome de la prostate de volume ≥ 70 g. Les résultats en termes de sexualité ne sont qu'exceptionnellement décrits. L'objectif de cette étude est de comparer les résultats sexuels et les facteurs prédictifs de dysfonction érectile (DE) de ces 2 techniques.
Méthodes Il s'agit d'une étude prospective, randomisée, comparative qui s'est déroulée entre janvier 2018 et janvier 2020. Notre série a colligé 100 patients hospitalisés pour adénomectomie chirurgicale pour HBP, 50 ont eu une ATV (groupe 1), 50 ont eu une ATC (groupe 2). N'ont pas été inclus les patients âgés de moins de 55 ans et de plus de 75 ans, les patients aux antécédents de diabète au stade de complications dégénératives, de maladie neurologique (AVC, Parkinson). La fonction sexuelle a été évaluée par le score IIEF-15 en préopératoire, à 3 mois et à 6 mois postopératoire.
Résultats L'âge moyen était de 68,9 ans pour le groupe1 et 70,86 pour le groupe 2. En préopératoire, le score IIEF-15 était de 38,6 pour le groupe 1 38,4 pour le groupe 2. Une baisse du score IIEF-15 plus marquée dans le groupe 2 (35) que dans le groupe 1 (36,08) a été notée à 3 mois postopératoire sans différence significative ($p = 0{,}603$). À 6 mois, une augmentation du score IIEF-15 a été notée (groupe 1 = 43,2, groupe 2 = 42,98) sans différence significative. Le taux de DE en postopératoire, chez les moins de 70 et les plus de 70 ans était respectivement de 4 % vs 50 % pour le groupe 1 ($p = 0{,}000$) et de 0 % vs 34 % pour le groupe 2 ($p = 0{,}009$) (Tableaux 1—3).
Conclusion La baisse du IIEF-15 à 3 mois peut être due à la baisse de l'activité sexuelle chez les 2 groupes. Elle est plus marquée dans le groupe 2 probablement par lésion des bandelettes neurovasculaires lors de la capsulotomie. L'amélioration à 6 mois peut être imputée à la restauration progressive des performances. L'âge > 70 est le seul facteur prédictif de DE.

Tableau 1 Comparaison des score IIEF-15 à 3 mois et 6 mois.

	3Mois			6Mois		
	ATV (50)	ATC (50)	P	ATV (50)	ATC (50)	P
IIEF 15: moyenne	36,08	35	0,603	43,2	42,98	0,898
FE	15,8	15,36	0,638	18,68	18,28	0,654
FO	4,4	4,14	0,367	6,22	6,18	0,899
DS	4,58	4,6	0,944	5,2	5,36	0,578
SR	7,3	7,02	0,545	8,18	8,18	1
SG	4,02	3,88	0,605	5,04	5,04	1

IIEF-15 : International Index of Erectile Function ; FE : fonction érectile ; FO : fonction orgasmique ; DS : désir ; SR : satisfaction concernant les rapports ; SG : satisfaction globale.

Tableau 2 Facteurs prédictifs de dysfonction érectile postopératoire dans le groupe ATV.

	Fonction érectile ATV		Total	P
	IIEF15 <26	IIEF15 ≥26		
Age <70 ans ≥ 70 ans	1 (4%) 11 (50%)	27 (96%) 11 (50%)	28 (56%) 22 (44%)	0,000
Volume de prostate <100 g ≥100 g	5 (25%) 7 (24%)	15 (75%) 23 (76%)	20 (40%) 30 (60%)	0,892

Tableau 3 Facteurs prédictifs de dysfonction érectile postopératoire dans le groupe ATC.

	Fonction érectile ATC		Total	P
	IIEF15 <26	IIEF15 ≥26		
Age <70 ans ≥ 70 ans	0 (0%) 12 (34%)	15 (100%) 23 (66%)	15 (30%) 35 (70%)	0,009
Volume de prostate <100 g ≥100 g	6 (20%) 6 (30%)	24 (80%) 14 (70%)	30 (60%) 20 (40%)	0,070

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

https://doi.org/10.1016/j.purol.2020.07.200