UROjonction

n° 110
Janvier
2020

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

www.urofrance.org - www.urologie-sante.fr

AFU ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Éditorial

Meilleurs vœux pour 2020

Sommaire

Dossier - VISUCHIR
- *Introduction* 3
- *VISUCHIR : présentation et utilisation* 3
- *Entretien avec le Dr Gilles Bontemps* 12
- *Le point de vue de l'ARS* 13
- *VISUCHIR, vision d'un urologue* 14
- *Le point de vue du SNCUF* 15

Éthique et déontologie
- *Contraception masculine, contraception : où sont les hommes ?* 16

Formation continue
- *Formation continue : ce que veulent les urologues* 19

Lithiase
- *Délégation du CLAFU en Russie et découverte du laser superpulse Thulium* 22

Pénurie
- *Pénurie des traitements adjuvants pour les tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle* 23

Au revoir et merci !
- *Chère Christine, Chère Anne-Marie* 26

Partenaire
- *Takeda - Uro Innovation Community : penser l'urologie de demain* 27

Fax AFUF 28

Publicité
- *AFU et publicités commerciales* 32

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

Chers collègues et ami(e)s, en ce début d'année, le nouveau conseil d'administration et moi-même sommes très heureux de partager avec vous, membres de l'Association Française d'Urologie, quelques projets pour les 3 années à venir.

Georges FOURNIER
Président de l'AFU

Vous avez été nombreux à participer au vote pour le nouveau conseil d'administration et nous vous en remercions. Pour celles et ceux qui candidat(e)s, parmi vous, n'ont pas pu nous rejoindre, je vous invite à participer malgré tout aux différentes actions menées par l'AFU, car l'efficacité de notre association tient à l'action de la totalité de ses membres et ne se résume pas aux administrateurs, naturellement. Les membres du bureau et moi-même sommes à votre écoute.

Je souhaiterais remercier notre Président sortant, Thierry Lebret, qui a mis son enthousiasme et sa persévérance au service de l'AFU. Des remerciements appuyés également pour Christine Autin et Anne-Marie Mérienne, dorénavant jeunes retraitées. Bienvenue à Alexandra Devillers et à son équipe !

L'année 2020 verra se poursuivre les multiples actions entreprises par l'AFU pour l'amélioration constante de l'information et des soins aux patients, la formation des urologues, le maintien d'un haut niveau d'exercice professionnel et le développement des relations avec les sociétés savantes étrangères. Pour conserver la force de notre Association, il nous faut encourager les jeunes urologues autour de nous à rejoindre l'AFU. Soyons convainquants ! Il nous faut également remercier nos partenaires qui, dans le cadre d'une règlementation toujours plus contraignante, poursuivent leur action de soutien de notre société savante.

Au cours des 3 années du mandat qui nous est confié, nous souhaitons entreprendre quelques actions prioritaires.

Les cancers de l'appareil urinaire et génital masculin constituent toujours une menace avec des chiffres de mortalité très élevés, en particulier les cancers de la prostate, de la vessie et du rein. Le vieillissement de la population, qui a vu son espérance de vie augmenter de façon considérable en une seule génération, va conduire inévitablement à une augmentation du nombre de cancers. Toutes les actions qui permettront de réduire la mortalité doivent être conduites. Cela passe par la connaissance des facteurs de risque et leur prévention quand elle est possible, mais également par la précocité du diagnostic pour les formes de ces cancers qui menacent le pronostic vital et l'utilisation des nouveaux traitements dans les situations d'échec, grâce aux nouvelles hormonothérapies, à l'immunothérapie, aux approches théranostiques, etc.

Collège Français des Urologues CFU
Syndicat National des Chirurgiens Urologues Français
AFUF
uro DIFFUSION
Association Française des Infirmières et Infirmiers en Urologie

Une information du public et des professionnels de santé est, de ce point de vue, essentielle. Une coordination avec les tutelles (ministère de la santé, INCa) mais également avec les associations de patients est indispensable.

Nous avons à nous attacher à réduire la morbidité des traitements, certes efficaces, mais également pourvoyeurs parfois d'une altération de la qualité de vie « après le cancer ». Pour cela il nous faut ne traiter que lorsque c'est nécessaire et cela est particulièrement vrai pour le cancer de la prostate par exemple où les cancers de petite taille et bien différenciés sont majoritairement surveillés actuellement. En cas de nécessité de traitement, il nous faut ouvrir largement la voie à des études cliniques afin d'étudier les alternatives aux traitements conventionnels tels que le traitement focal du cancer de la prostate. Une action concertée et coordonnée des urologues, supportée par l'AFU, les partenaires industriels et/ou les tutelles, devrait permettre d'apporter une réponse sur la place de cette modalité de traitement ciblé dans l'avenir, au même titre que la néphrectomie totale, dans le passé, a cédé du terrain à la néphrectomie partielle (et sa meilleure conservation néphronique) pour les petites tumeurs de rein.

Le vieillissement constitue également un axe important dont l'AFU va se saisir dans une optique d'accompagnement « pour un mieux vieillir ». La population vieillissante est en pleine croissance et peut bénéficier de la prévention et du traitement des pathologies liées par exemple au déficit androgénique. Le maintien d'une bonne santé sexuelle constitue également un objectif d'une meilleure qualité de vie. Information du public et formation des professionnels sont nécessaires.

L'évolution de la profession d'urologue qui comporte depuis toujours une partie médicale et une partie endoscopique, instrumentale non chirurgicale et enfin chirurgicale continue sa mutation progressive pour devenir toujours moins invasive. En effet, année après année les médicaments et les techniques mini-invasives prennent le pas sur la chirurgie traditionnelle et ce ne sont pas les patients qui s'en plaindront ! Encourager le progrès a toujours été constitutif de la profession d'urologue, et qui aurait pu imaginer il y a seulement 30 ans les nouvelles hormonothérapies, chimiothérapies, immunothérapie, le développement de la chirurgie robotique, les endoscopes miniaturisés, l'utilisation des lasers, ultrasons, ondes de choc, botox, neuromodulation, bandelettes sous-uréthrales, etc. L'AFU doit poursuivre ce chemin en se portant candidat à l'évaluation de l'efficacité et l'innocuité des nouveaux dispositifs à travers la recherche clinique. À titre d'exemple, les gestes diagnostiques (biopsies ciblées guidées par écho, IRM ou scanner) et thérapeutiques (embolisation, cryothérapie, radiofréquence) guidés par l'image occupent une place centrale dans nos pratiques. La collaboration constructive avec nos collègues radiologues pour certains de ces gestes devrait nous permettre d'établir rapidement leur place en alternative aux traitements conventionnels. C'est la recherche clinique qui permettra de mettre à disposition ces innovations précocement au service de nos patients ainsi que la reconnaissance des tutelles et le remboursement une fois validées. De la même façon, nous, les urologues, avons à initier, développer, participer et encourager les essais cliniques sur les nouveaux médicaments (en oncologie urologique, nouvelles hormonothérapies, immunothérapie, etc.), ou les nouvelles imageries (PET scan, PET IRM, approches théranostiques).

Le développement de la recherche clinique constituera pour l'AFU une priorité où chaque urologue, quel que soit son mode d'exercice, public universitaire ou non, ou encore libéral, devrait participer. Pour arriver à atteindre cet objectif au milieu de plannings d'urologues souvent surchargés, l'AFU doit réfléchir aux moyens pour favoriser matériellement et financièrement cette recherche en particulier dans le secteur libéral. La constitution de bases de données cliniques dans les différentes pathologies urologiques (cancer et hors cancer, transplantation), associée aux progrès de l'intelligence artificielle, devrait constituer un support pour la recherche, à l'initiative en particulier des comités scientifiques. L'exemple du registre du comité de neuro-urologie récemment établi en est un exemple. Les données issues des registres devraient permettre de promouvoir les essais cliniques pour les médicaments également.

Pour la formation et l'information des urologues, nous allons construire l'AFU Académie, projet de la mandature, support d'e-learning pour la formation initiale et continue des urologues mais aussi base documentaire d'accès à l'information selon des formats innovants (podcasts, applications pour smartphones, etc.), attractifs et régulièrement actualisés. Un comité de rédaction sera constitué en lien avec la communication. Le site Urofrance sera également réactualisé. En 2020 vous retrouverez les congrès (JOUM, JAMS, CFU, etc.) et les formations organisées à votre intention. La plupart des formations (SUC, formations thématiques à la journée, etc.) sont organisées dans le cadre d'URO-DPC vous permettant ainsi de valider votre parcours DPC règlementaire, quel que soit votre mode d'exercice.

Le positionnement de l'AFU à l'international est essentiel tant dans le cadre de la francophonie qu'avec les autres sociétés savantes (*European Association of Urology*, *American Urological Association*, Société internationale d'Urologie, ASCO, ESMO, etc.) et un comité de relations internationales est en construction.

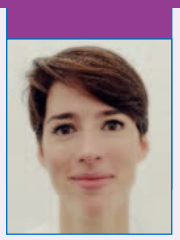
Enfin, du point de vue professionnel, le Conseil national professionnel pour l'urologie (CNPU) sera renouvelé en 2020, associant l'AFU, le syndicat des urologues et le Collège français d'urologie. Il est en charge, en particulier, des pratiques professionnelles et des orientations du développement professionnel continu (DPC). À ce titre, il est l'interlocuteur privilégié des tutelles dans ces domaines. La défense de notre profession vis-à-vis des autres spécialités et le maintien d'une qualité professionnelle de haut niveau constituent des objectifs majeurs.

An nom du conseil d'administration et du bureau, je vous souhaite une très heureuse année 2020, tant sur le plan personnel que professionnel. Restons unis et solidaires, inventifs et dynamiques. Mobilisons-nous, tant de choses restent à faire.

Vive l'AFU !

Georges FOURNIER
Président de l'AFU

VISUCHIR : une application pour visualiser l'activité chirurgicale, notamment ambulatoire, des établissements de santé



Dossier préparé par

Caroline PETTENATI

Introduction

Un communiqué de presse en date du 12 décembre 2018 faisait part de la mise en ligne de l'outil VISUCHIR : « *Afin d'accompagner cliniques et hôpitaux dans le virage ambulatoire, la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ont réalisé un outil de visualisation des pratiques de chirurgie, notamment ambulatoire, des établissements de santé. Baptisée VISUCHIR, cette application, ergonomique et facile d'utilisation, est librement accessible en open data depuis le site ScanSanté de l'ATIH :* https://www.scansante.fr/applications/visuchir ». On y retrouve notamment un tutoriel vidéo.

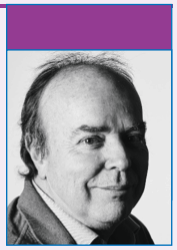
Quel est cet outil ? A quoi sert-il ? Quels résultats pouvons-nous en attendre ? L'AFU vous propose de répondre à toutes ces questions avec l'aide du Dr Gilles Bontemps, directeur de mission DDGOS de la CNAM (Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins), et du Dr Xavier Rébillard, vice-président délégué à la recherche au sein du bureau de l'AFU. La voix de l'ARS vous sera transmise au travers des interviews de Laurent Dal Mas et Christophe Lannelongue, respectivement directeur de la qualité, de la performance et de l'innovation et directeur général à l'ARS Grand Est. Enfin, place est donnée bien évidemment aux urologues avec le Dr Gilles Cuvelier, coordonateur d'unité de chirurgie ambulatoire et membre de la commission AFU RAAC-chirurgie ambulatoire, et le Dr Didier Legeais en tant que président du SNCUF.

Bonne lecture et à vos claviers !

Caroline PETTENATI

VISUCHIR : présentation et utilisation

Gilles BONTEMPS



Xavier RÉBILLARD

1. Présentation de VISUCHIR

1.a. Présentation générale de l'outil VISUCHIR

VISUCHIR est un outil de data-visualisation. Son contenu couvre la totalité des pratiques chirurgicales françaises. Son contenant, basé sur le concept qu'une « image vaut mieux que 1000 mots » (Confucius) utilise des objets visuels : jauge, mosaïque colorée, boîte-à-moustaches, cartographie, palmarès, etc. La data-visualisation est une démarche pédagogique qui a pour objectif de rendre plus facilement appropriable des données pour des non-initiés, en s'affranchissant de tableaux complexes et illisibles de type fichier Excel avec des dizaines de lignes et colonnes.

VISUCHIR explore à la fois les pratiques professionnelles (technique et voie d'abord) et les pratiques organisationnelles (organisation de la chirurgie ambulatoire, organisation des lits de chirurgie avec hébergement).

Il analyse les pratiques chirurgicales au niveau de chaque site chirurgical, les compare avec des pratiques comparables, les suit dans le temps (4 années) et donne des perspectives personnalisées de développement de la chirurgie ambulatoire. C'est donc un outil à la fois diagnostique et prospectif.

Il cumule aussi une vision synthétique et une vision analytique en passant d'une approche globale et macro (par exemple le taux de chirurgie ambulatoire de l'établissement, le niveau global de comorbidités des patients en hospitalisation complète) à une analyse très fine, spécialité par spécialité, acte par acte (par exemple le nombre de néphrectomies partielles, par cœlioscopie ou par rétropéritonéoscopie pratiqués par l'établissement).

C'est un outil d'aide à la décision dont la finalité est d'enrichir un dialogue constructif entre tous les acteurs concernés par la chirurgie :

- en premier lieu les professionnels de santé : chirurgiens, anesthésistes, infirmiers, etc. ;
- les directeurs d'établissements : directeurs généraux, financiers, qualité, etc. ;
- les institutions locales : Assurance Maladie Régionale, Agences Régionales de Santé, Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins, etc. ;

- les institutions nationales : sociétés savantes, ministère de la santé, associations de patients, etc. ;
- et tous les autres acteurs intéressés par le sujet : journalistes, etc.

C'est un outil qui pose un certain nombre de constats par comparaison avec d'autres établissements. Ces constats ont pour principale caractéristique d'être médicalisés, avec la prise en compte de toute la diversité des spécialités chirurgicales et des niveaux de sévérité/complexité des séjours. Ainsi, les comparaisons prennent en compte les procédures chirurgicales détaillées (topographie, voie d'abord et technique) et les comorbidités des patients.

Ces constats objectifs et pertinents nourrissent les échanges entre les acteurs, amènent un certain nombre de questionnements, posent des hypothèses que seule la connaissance des acteurs de terrain permettra ensuite d'infirmer ou de confirmer. VISUCHIR est un outil et non une fin en soi. Comme tout outil, il nécessite une connaissance de terrain pour être pertinent et ne pas faire d'erreurs d'interprétation.

Ces constats partagés entre tous les acteurs permettent de dégager des actions futures sur le plan chirurgical et d'impulser une dynamique de changement au sein des équipes médico-chirurgicales de l'établissement de santé.

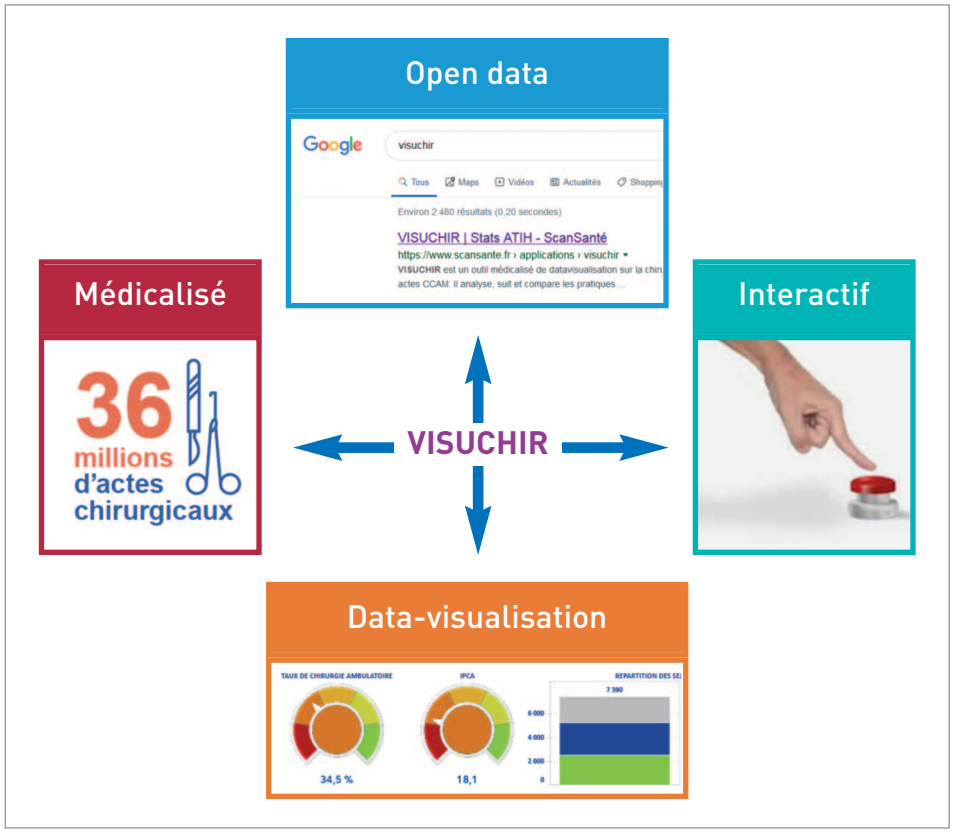
Il est différent des autres outils disponibles, puisque, bien qu'étant issu des bases de données PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information), il travaille exclusivement au niveau des actes chirurgicaux de la CCAM (Classification commune des actes médicaux) et non des regroupements médico-économiques des GHS (Groupes homogènes de séjours) servant à la facturation des séjours. Aucune référence à un coût ou un tarif n'est disponible, seule la description clinique de l'intervention chirurgicale est prise en compte.

Ce que l'outil permet :

- un dialogue constructif entre tous les acteurs avec le même niveau d'information. Il n'y a pas d'asymétrie d'information entre les détenteurs et les non-détenteurs d'information ;
- une approche médicale prenant en compte le « case-mix » (éventail des cas chirurgicaux traités) de chaque établissement de santé. On compare donc ce qui est comparable sur des éléments médicaux ;
- des comparaisons multiples. Chaque établissement est comparé avec les établissements au niveau de la France entière, d'une région, d'une catégorie d'établissement (Centres Hospitalo-Universitaires, Centres Hospitaliers, Cliniques privées, Centres de Lutte contre le Cancer, Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif, etc.) ou d'établissements de case-mix comparables ;
- une exploration fine d'une spécialité chirurgicale ; on descend jusqu'au niveau de l'acte chirurgical ;
- une estimation médicalisée du potentiel de développement ambulatoire , l'estimation est réalisée à partir des meilleures pratiques chirurgicales françaises ambulatoires constatées, qu'elles soient classiques (chirurgie de la cataracte, chirurgie des varices, etc.) ou innovantes (chirurgie prothétique articulaire, colectomies, etc.).

Ce que l'outil ne permet pas :

- une approche normative qui se substituerait à la propre réflexion des acteurs. Tout outil, pour être pertinent, nécessite une connaissance que seuls les acteurs de terrain maîtrisent ;
- une identification de la pertinence des actes ; l'outil ne dit pas si l'acte est utile ou non ;
- une mesure de la qualité directe des pratiques chirurgicales ; VISUCHIR mesure l'activité chirurgicale et non la qualité. Mais bien sûr il existe des liens entre activité et qualité (plusieurs études démontrent notamment qu'une trop faible activité retentit sur la qualité des pratiques), ce qui donne quand même un éclairage indirect sur la qualité des pratiques ;
- une connaissance précise des facteurs psycho-socio-environnementaux des patients pour l'éligibilité ambulatoire ; cette éligibilité repose sur le triptyque acte/patient/structure. Par rapport à cette éligibilité, l'outil donne :
  - des informations complètes sur les actes (nature, topographie, etc.) ;
  - des informations complètes sur les comorbidités médicales des patients (4 niveaux de sévérité des séjours) ;



le niveau de sévérité 4 correspond aux patients de classification anesthésique ASA 3 instable/ASA 4 qui ne sont pas éligibles à l'ambulatoire selon les recommandations de la Société française d'anesthésie réanimation ;

— des informations partielles sur l'organisation ambulatoire (indice d'organisation ou IO). L'IO mesure l'écart entre un établissement de santé et la moyenne nationale des pratiques ambulatoires, à case-mix identique ; une pratique ambulatoire plus fréquente que la moyenne nationale à case-mix comparable renvoie à une organisation ambulatoire optimisée ;

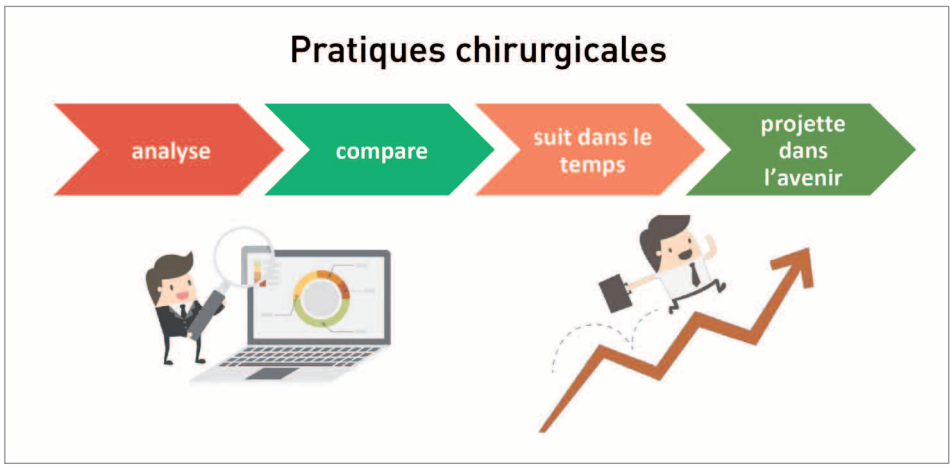
— mais ne donne pas des informations sur les conditions psycho-socio-environnementales des patients. En fait, cet outil les approche car elles sont, bien entendu, prises en compte dans le calcul des taux constatés de chirurgie ambulatoire.

1.b. Contexte de production de l'outil

L'Assurance Maladie souhaite développer, à côté de ses missions traditionnelles, une démarche innovante d'offre de services aux établissements/professionnels de santé et aux institutions régionales (réseau des caisses et services médicaux d'Assurance Maladie, réseau des Agences Régionales de Santé). Cette approche médicalisée renouvelée utilise des bases de données médicalisées, met à disposition des éléments médicalisés de benchmark, renforce les liens avec les professionnels (partenariat avec les sociétés savantes) et porte des innovations organisationnelles en établissement de santé (virage ambulatoire, nouvelles technologies, etc.) en vue de mieux adapter l'organisation sanitaire par rapport aux besoins populationnels.

Dans ce cadre, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) diffuse des combinés thématiques associant des outils, des formations et des accompagnements sur des thèmes jugés prioritaires (développement de la chirurgie ambulatoire, amélioration de la performance, etc.).

VISUCHIR est le premier de ces combinés thématiques.



Il a été développé par la CNAM en lien avec le service médical de la région Bourgogne-Franche-Comté et en partenariat avec l'Agence Technique d'Information Hospitalière (ATIH) qui héberge l'outil.

Il contribue à la stratégie nationale de santé mise en place par le ministère avec, notamment, pour **objectif d'atteindre un taux national de chirurgie ambulatoire de 70 % en 2022**. Passer d'un taux de 57,1 % en 2018 à celui de 70 % en 2022 implique une nouvelle dynamique avec une progression ambulatoire d'environ 3 points/an, alors que la progression était d'environ 2 points annuels les cinq dernières années. Cela nécessite des outils d'accompagnement.

Jusqu'à présent, l'estimation du potentiel de développement ambulatoire n'avait été faite qu'à partir d'outils analysant administrativement les durées de séjour, sans prise en compte d'éléments médicalisés comme les spécialités des établissements, les pratiques innovantes de chirurgie ambulatoire « lourde » et les bonnes pratiques professionnelles.

VISUCHIR procède à l'inverse puisqu'il estime, pour chaque spécialité dans chaque établissement de santé, le potentiel de développement ambulatoire **à partir des 20 % de meilleures pratiques** ambulatoires françaises pour chaque acte CCAM. À partir des meilleures pratiques ambulatoires constatées en 2018, VISUCHIR projette un taux cible national de 78 %, rendant donc plausible et atteignable le taux ministériel souhaité de 70 % et proche des pratiques déjà constatées dans les pays anglo-saxons (80 % de la chirurgie est ambulatoire en Angleterre et Pays-de-Galles avec 6 millions d'interventions annuelles contre 57,1 % en France avec 3,8 millions d'interventions).

Définition de « case-mix »

Éventail des cas traités par un établissement (donc l'éventail des spécialités). Il est construit à partir des CMD (Catégories Majeures de Diagnostics qui correspondent aux spécialités). L'objectif est de comparer des établissements comparables donc des établissements qui ont des case-mix comparables. Cela n'a pas de sens par exemple de comparer l'ambulatoire d'un établissement spécialisé sur la cataracte avec un CHU qui pratique toutes les spécialités chirurgicales. Quatre classe de case-mix ont donc été créées selon le nombre de spécialités pratiquées en ambulatoire ET selon leur volume de pratiques. Par exemple, la classe A regroupe tous les établissements dont au moins 80 % de l'activité ambulatoire est le fait d'1 à 3 spécialités. Classe B = 4 spécialités, Classe C = 5 spécialités, Classe D = 6 à 8 spécialités. La comparaison pour l'ambulatoire se fera entre établissements ayant un case-mix de la même classe. On pourrait penser que plus il y a de spécialités, plus il sera complexe de mettre en œuvre une démarche ambulatoire (circuits, procédures, équipes, etc.). Visuchir semble démontrer l'inverse.

1.c. Accès à VISUCHIR et premier bilan d'utilisation

VISUCHIR est disponible depuis décembre 2018 et en accès libre sur la plateforme Scansanté : https://www.scansante.fr/applications/visuchir.

La première année d'utilisation permet de dresser un premier bilan quantitatif et qualitatif.

- **Connexions à l'outil**. VISUCHIR a trouvé son public depuis 1 an avec 30 000 connexions enregistrées dont 70 % par les établissements et professionnels de santé et 30 % par les institutions. On dénombre une moyenne hebdomadaire d'environ 700 connexions et une fidélisation des utilisateurs puisque 15 % des acteurs se connectent plus de 10 fois sur 2 mois consécutifs.
- **Formations à l'outil**. La plate-forme Scansanté met à disposition des utilisateurs un tutoriel vidéo de 45 mn présentant les fonctionnalités de l'outil et construisant un parcours pédagogique d'interprétation des données https://www.scansante.fr/sites/default/files/public/video/visuchir/tutoriel_video/story_html5.html.
  En complément, environ 500 personnes ont été formées pour s'assurer du bon usage et de la bonne utilisation de VISUCHIR.
- **Usages de l'outil**. Les remontées des utilisateurs ont permis de faire émerger cinq grands axes d'utilisation :
  — dialogue au sein des établissements de santé : préparation du projet médical, du projet de services et des contrats de pôle, simulation d'évolution capacitaire (nombre de lits d'hospitalisation complète et nombre de places de chirurgie ambulatoire), aide à la réorganisation des plateaux techniques ;
  — dialogue de gestion externe entre un établissement et sa tutelle : aide à la contractualisation entre les établissements et les tutelles avec les CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens), les CAQES (contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins), préparation des dossiers du COPERMO (Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers), restructuration sanitaire, regroupement d'activité ;
  — suivi et analyse des pratiques : mesure de l'observance des bonnes pratiques émises par les sociétés savantes, sensibilisation des équipes médico-chirurgicales et évaluation de leurs pratiques professionnelles, préparation des visites de certification des établissements de santé ;
  — diffusion publique et open data : publication de palmarès plus médicalisés, à l'exemple de l'Hôpital privé du Confluent qui, sur son site internet, affiche « 2e établissement sur 46 en Pays de la Loire => classement VisuChir réalisé par l'ATIH et l'Assurance Maladie (chiffres 2017) » ;
  — accès à l'information et à la connaissance des établissements : aide à l'installation de jeunes chirurgiens, contribution à la réflexion sur l'évolution des modes de tarification et de rémunération (financement IFAQ-incitation financière à l'amélioration de la qualité, rémunération ROSP-rémunération sur objectif de santé publique, etc.).

1.d. Périmètre et indicateurs de VISUCHIR

VISUCHIR contient la totalité des établissements chirurgicaux français publics et privés, soit environ 1000 sites chirurgicaux.

Vingt-quatre millions de séjours chirurgicaux et 36 millions d'actes CCAM constituent la base de données de VISUCHIR.

Les actes d'urgence sont dans le périmètre de l'outil, mais non forcément identifiés en tant que tel, sauf si le libellé de l'acte CCAM est explicite.

Les indicateurs présents dans VISUCHIR sont des indicateurs d'activité issus du PMSI. Ils ne permettent pas une mesure directe de la qualité des soins, c'est pourquoi une réflexion est en cours pour alimenter VISUCHIR avec des indicateurs de résultats (taux de ré-hospitalisation à 5 jours, taux de ré-hospitalisation à 30 jours, taux de ré-intervention à 30 jours).

Trois séries d'indicateurs sont disponibles dans VISUCHIR et déclinées du niveau le plus global (établissement de santé) au niveau le plus fin (acte CCAM) :

- indicateurs de pratiques chirurgicales :
  — hospitalisation complète : volume d'actes, durées de séjour, comorbidités et âges des patients ;
  — hospitalisation ambulatoire : volume d'actes, taux ambulatoire, âges des patients ;
- Indicateurs de performance ambulatoire :
  — organisation ambulatoire ;
  — innovation ambulatoire ;
- indicateurs de potentiel de développement ambulatoire :
  — volume de potentiel ambulatoire ;
  — taux cible potentiel ambulatoire.

Plusieurs types d'images illustrent les valeurs des indicateurs : jauge, palmarès, histogramme, courbe, camembert, mosaïque, pyramide des âges, cartographie, box-plot ou boîte à moustaches[1] permettant une représentation graphique simplifiée d'une distribution d'une série importante de données (en positionnant par exemple un site chirurgical par rapport à la totalité des sites chirurgicaux français), matrice BCG[2] (ndlr - rien à voir avec notre Bacille de Calmette et Guérin, il s'agit du *Boston Consulting Group*) permettant d'avoir une analyse bi-dimensionnelle en croisant deux indicateurs (performance actuelle et potentiel en devenir).

L'outil présente aussi des filtres permettant de choisir :

- un site chirurgical (parmi les 1000 sites chirurgicaux disponibles) ;
- une année (quatre années disponibles) ;
- un mode de comparaison (4 niveaux disponibles : national, régional, catégorie juridique, classe de case-mix ambulatoire) ;
- un focus sur un groupe d'établissements ciblés (explorer par exemple un environnement concurrentiel) ;
- un focus sur des composantes d'indicateurs (analyser finement un indicateur synthétique).

[1] Outil de représentation graphique de données statistiques inventé par Tukey en 1977
[2] Outil d'analyse statistique inventé par Henderson à la fin des années 1960

2. VISUCHIR en pratique

2.a. Introduction

VISUCHIR est un outil, mais il constitue aussi une base de données exploitable.

C'est un outil qui permet à un établissement de santé ou à un professionnel de santé d'analyser et de suivre ses pratiques chirurgicales, les comparer à ses partenaires ou concurrents ou autres, estimer son potentiel de développement ambulatoire et construire sa stratégie.

C'est aussi une importante base de données comportant 36 millions d'actes CCAM permettant de dresser un panorama complet de l'activité chirurgicale française présente et en devenir.

L'ébauche de panorama ci-dessous avec quelques résultats globaux de chirurgie France entière illustre le type de constats qui pourraient être faits dans la spécialité d'urologie.

Pour prendre un exemple en urologie contenu dans VISUCHIR, huit établissements chirurgicaux ont en 2018 innové en pratiquant en chirurgie ambulatoire des néphrectomies partielles par cœlioscopie ou par rétropéritonéoscopie. Cette pratique ambulatoire s'est développée dans 6 régions : Île-de-France, Bretagne, Occitanie, Nouvelle Aquitaine, Pays-de-Loire et Grand Est. Les 3 premiers établissements en volume ambulatoire sont le CHU de Bordeaux Pellegrin avec 25 néphrectomies partielles ambulatoires (soit un taux d'ambulatoire de 18 %), la Pitié-Salpétrière avec 6 interventions (soit un taux d'ambulatoire de 5 %), et la clinique Claude Bernard (Ermont) du Val d'Oise avec 4 interventions ambulatoires (soit un taux d'ambulatoire de 31 %).

2.b. Premier panorama chirurgical français

2.b.1. Pratiques chirurgicales

L'activité chirurgicale française en 2018 montre une très grande disparité des pratiques chirurgicales selon les sites chirurgicaux avec des variations importantes de volumes : le plus petit site opère 100 actes chirurgicaux/an et le plus gros site environ 32 000 actes/an.

L'activité chirurgicale se répartit en quatre quarts : les 25 % d'établissements français les moins productifs réalisent moins de 2 800 séjours annuels, les 25 % sous la médiane réalisent entre 2 800 et 5 200 séjours annuels, les 25 % au-dessus de la médiane entre 5 200 et 8 900 séjours et les 25 % les plus productifs entre 8 900 et 17 800 séjours ; 49 établissements sont des « *outliers* » avec une activité dépassant les 17 800 séjours jusqu'à 31 800 séjours (figure 1).

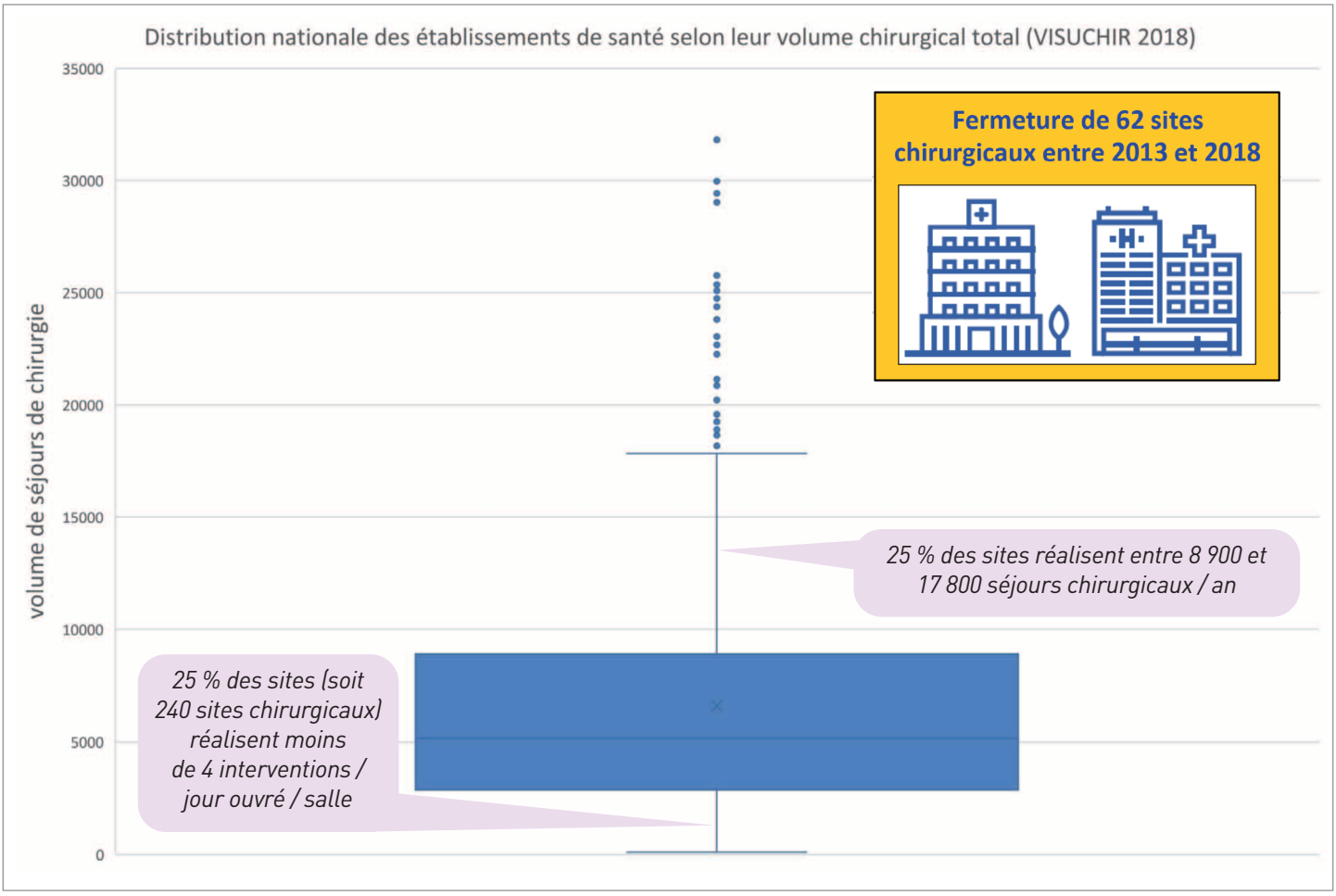


Figure 1. L'activité chirurgicale se concentre sur les plus gros sites

Réparti en journée ouvrée et par site chirurgical, les 25 % d'établissements français les moins productifs réalisent en fait moins de 11 interventions journalières par site chirurgical. Calculé en journée ouvrée et par salle opératoire (moins de 3 salles d'opération en moyenne pour ces sites chirurgicaux), ces 25 % de sites chirurgicaux (soit 240 sites) pratiquent moins de 4 interventions chirurgicales par jour ouvré et par salle d'intervention.

La question de la viabilité économique de ces sites chirurgicaux se pose, ainsi que celle de la qualité/sécurité des pratiques professionnelles. À titre d'exemple, 190 sites chirurgicaux français posent moins d'une prothèse de genou par semaine, dont 52 sites moins d'une prothèse par mois.

Cette très grande disparité des pratiques s'accentue dans le temps avec un effet ciseaux entre 2013 et 2018 entre les centres les moins productifs et les plus productifs.

Les 25 % de centres les moins productifs perdent des parts de marché face aux plus productifs : 62 sites chirurgicaux ont ainsi fermé sur la période 2013 -2018 et les autres centres n'ont augmenté leur activité que d'environ 200 séjours sur la période.

À l'opposé, les 25 % de centres les plus productifs ont augmenté leur activité d'environ 1 300 séjours sur la période. L'activité chirurgicale française se concentre donc de plus en plus sur les sites les plus productifs (figure 2). Ce phénomène se retrouve dans toutes les régions, sauf l'Occitanie. Il est particulièrement marqué dans les régions Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Île-de-France, Rhône Alpes et Pays-de-Loire.

2.b.2. Pratiques ambulatoires

L'étude des pratiques chirurgicales ambulatoires françaises au travers de VISUCHIR rend caduque l'idée souvent partagée d'un développement prioritaire de la chirurgie ambulatoire sur des sites spécialisés de case-mix étroit (quelques spécialités chirurgicales dites de niche ambulatoire ayant une forte appétence ambulatoire comme la chirurgie de la cataracte). On postule souvent à tort qu'un établissement mono- ou bi-disciplinaire pratiquant des spécialités comme la chirurgie ophtalmologique ou la chirurgie de la main est avantagée par rapport à un établissement pluri-disciplinaire qui a un case-mix très large, car il produit des actes de faible niveau d'environnement en grands volumes. Ces établissements mono- ou bi-disciplinaire auraient un développement facilité de la chirurgie ambulatoire avec une protocolisation et un transfert ambulatoire plus facile.

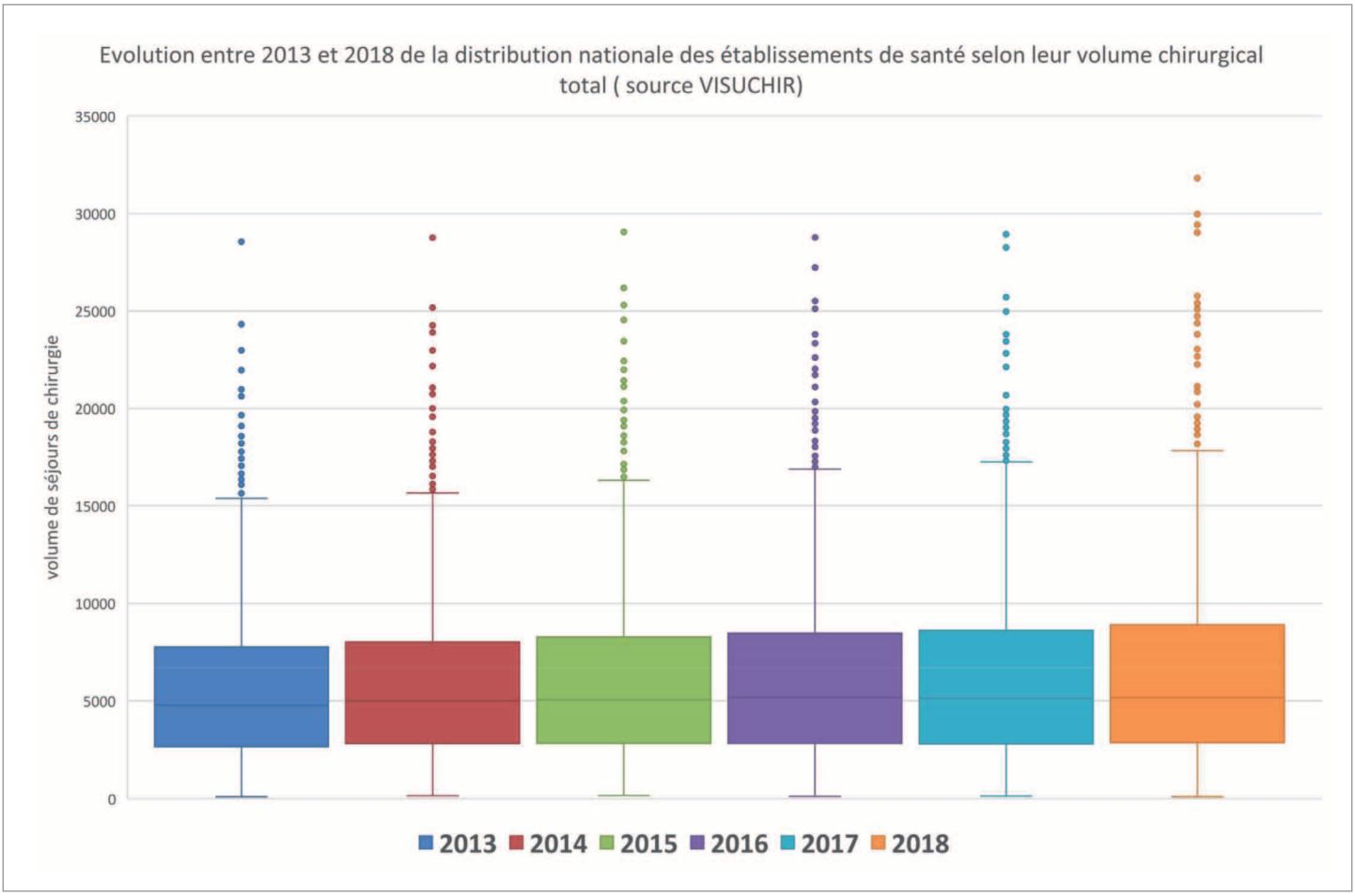


Figure 2

La figure 3 démontre l'inverse, le développement de l'ambulatoire est moindre dans les établissements de case-mix étroit. Les établissements de classe A (1 à 3 spécialités chirurgicales ambulatoires) produisent moins d'ambulatoire que les établissements de classe D (6 à 8 spécialités chirurgicales ambulatoires). Ces sites pluri-disciplinaires les plus en avance en ambulatoire ont bien engagé une démarche collective au niveau de toutes leurs spécialités, non limitée à une ou deux spécialités, même si on observe un effet « booster » sur celles-ci.

2.b.3. Potentiel de développement ambulatoire

Jusqu'où les pratiques ambulatoires peuvent-elles progresser ? Le chiffre de 80 % des interventions chirurgicales faites en ambulatoire dans les pays anglo-saxons est-il irréaliste ? La France est-elle différente des autres pays ?

VISUCHIR apporte des éclairages sur le potentiel théorique de développement de l'ambulatoire. La méthode développée dans VISUCHIR part des bonnes pratiques ambulatoires françaises constatées en 2018. En construisant chaque année un référentiel calculé acte par acte à partir de la moyenne des 20 % de meilleures pratiques ambulatoires constatées, on peut ensuite appliquer ce référentiel sur le case-mix de chaque site chirurgical et estimer ainsi un potentiel médicalisé de développement ambulatoire. Cette méthode présente l'avantage d'être actualisée chaque année et donc d'intégrer progressivement les innovations ambulatoires. Elle repart du terrain et le potentiel national résulte de la concaténation des potentiels individualisés de chacun des établissements. Le potentiel national ainsi retrouvé (taux national de 78 % d'ambulatoire) n'est pas un chiffre hors sol décliné du national au local (« *top/down* ») mais bien un chiffre « *bottom up* » construit à partir des meilleures pratiques chirurgicales françaises ambulatoires de terrain et remonté au niveau national.

Les projections de potentiel de développement ambulatoire retrouvent l'asymétrie constatée sur celle des pratiques chirurgicales globales. Le potentiel de développement ambulatoire se concentre sur 25 % de sites chirurgicaux. En effet, ces 25 % de plus gros potentiel ambulatoire concentrent 55 % du potentiel ambulatoire national. Ces établissements ont un potentiel ambulatoire compris entre 1900 et 7300 séjours théoriquement transférables, *versus* moins de 600 séjours transférables pour les 25 % des sites chirurgicaux avec le plus faible potentiel transférable. Cela impliquera à l'avenir une probable réorganisation sanitaire en faveur des « gros » établissements.

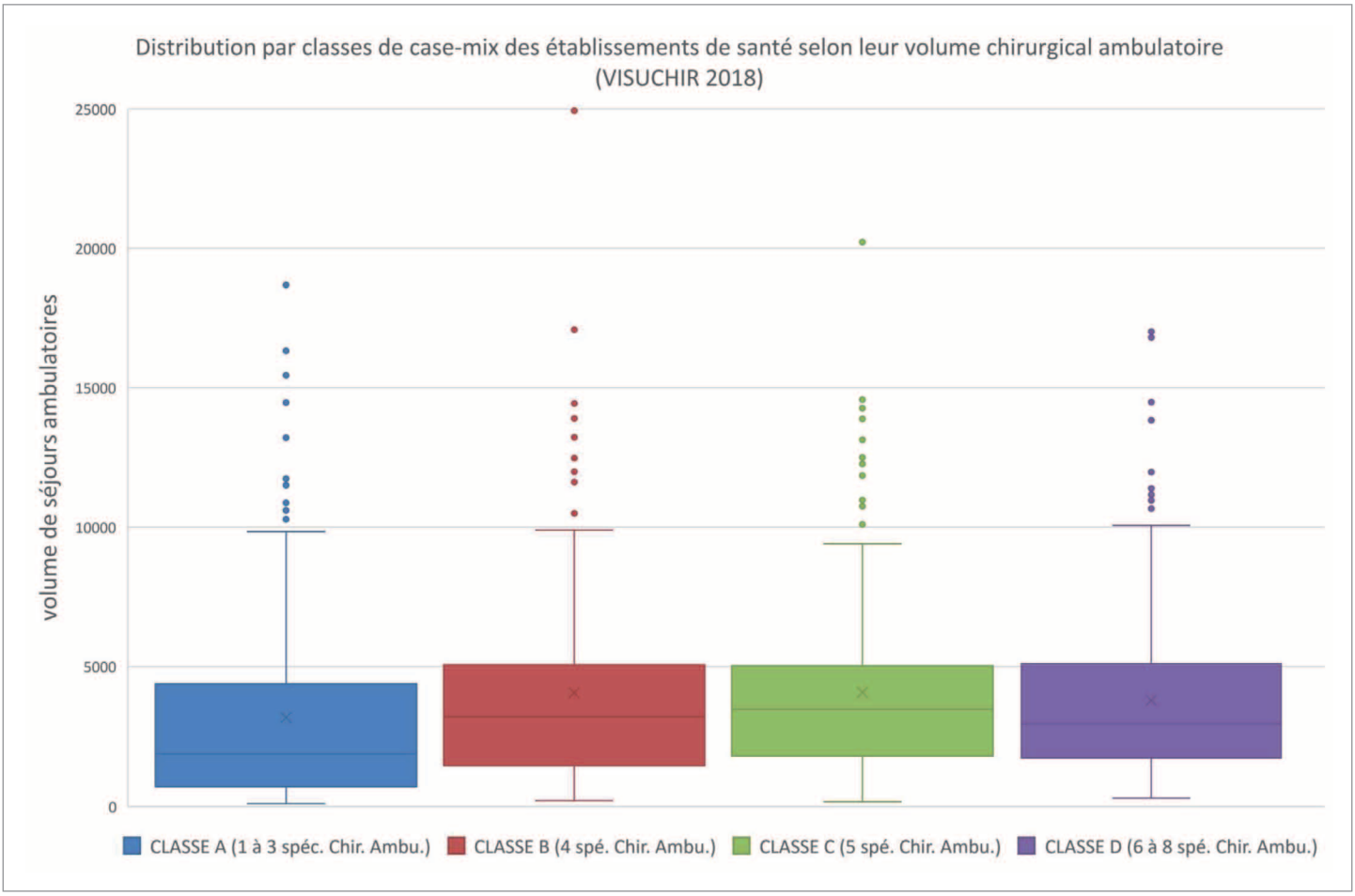


Figure 3

Potentiels ambulatoires (volumes transférables) et taux cibles de potentiel ambulatoire (pourcentages de taux ambulatoire atteignable) sont deux indicateurs complémentaires pour illustrer le virage ambulatoire et ne se substituent pas entre eux. Il faut sortir de l'affichage uniformisé d'un taux cible de 70 %. La figure 4 retrouve les plus gros volumes de potentiel ambulatoire dans les CHU, alors que la figure 5 montre que les taux potentiels cibles les plus élevés sont dans les cliniques privées.

En regardant l'angle selon le « volume de potentiel ambulatoire », 50 % des CHU possèdent un volume potentiellement transférable en ambulatoire supérieur à 2 000 actes, contre 25 % pour les cliniques privées.

Selon l'angle « taux cible de potentiel ambulatoire », 50 % des cliniques privées pourraient théoriquement dépasser un taux ambulatoire de 86 %, contre 50 % des CHU de dépasser celui de 65 %.

En résumé, tous ces premiers constats incitent à encourager les sociétés savantes, chacune dans sa spécialité, ou l'Académie Nationale de Chirurgie, pour avoir une vision globale de la chirurgie, à se saisir de l'interprétation des chiffres issus de VISUCHIR, afin de définir les bonnes pratiques professionnelles et d'accompagner les professionnels pour les aider dans l'évolution de leurs pratiques vers les gold standards.

Gilles BONTEMPS,
Xavier RÉBILLARD

Références

- *Bontemps G. VISUCHIR : transparence sur les pratiques chirurgicales, notamment ambulatoires. Le Praticien en anesthésie réanimation, volume 23, p 227-24, Elsevier Masson, octobre 2019.*
- *CNAM/ATIH, outil de data-visualisation VISUCHIR, présentation générale, décembre 2018.* https://www.scansante.fr/sites/default/files/content/450/visuchir_presentation_generale_v2.pdf
- *CNAM/ATIH, outil de data-visualisation VISUCHIR, Guide utilisateur, décembre 2018.* https://www.scansante.fr/sites/default/files/content/450/visuchir_guide_utilisateur_v2.pdf

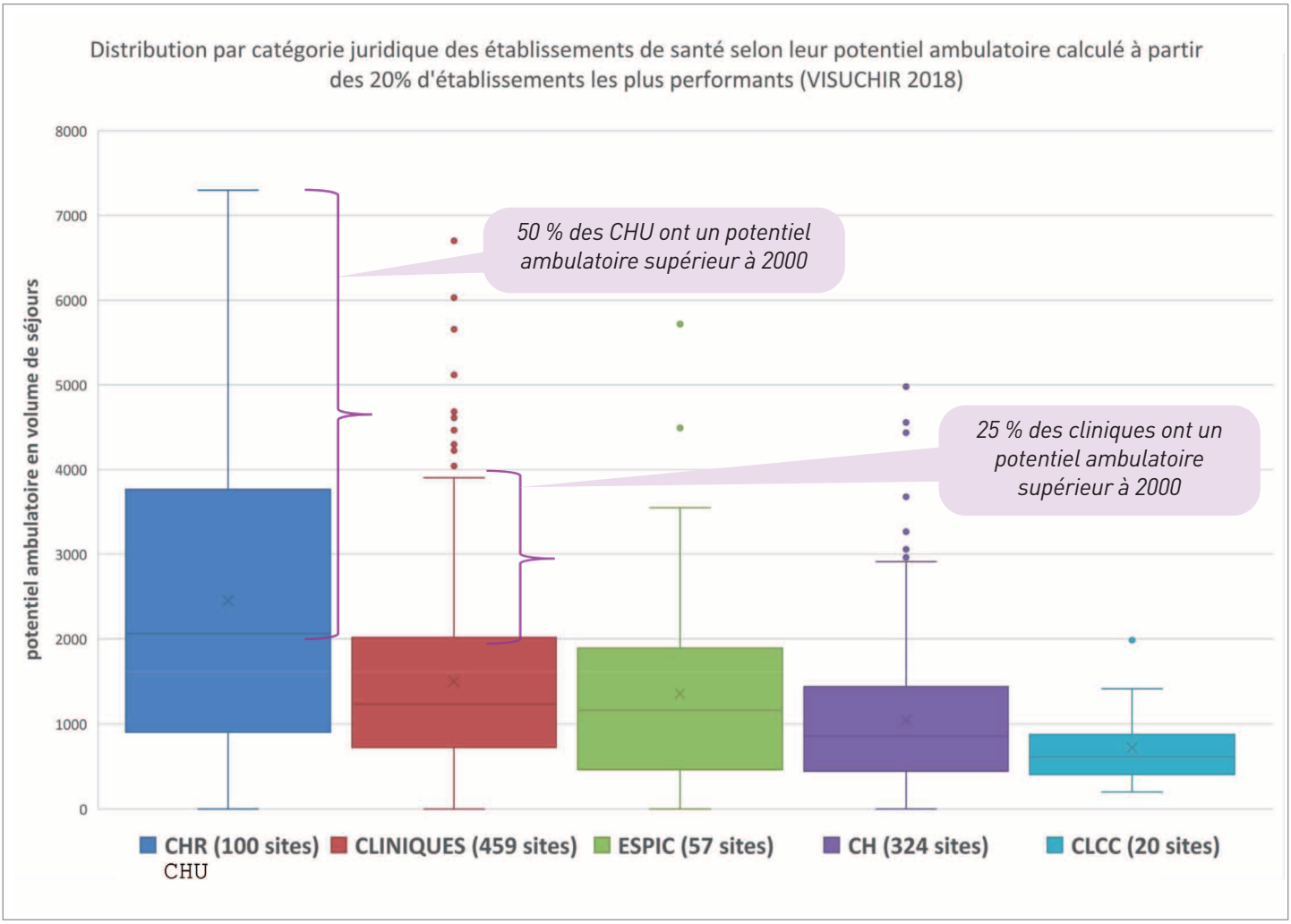


Figure 4. Potentiel ambulatoire en volume

- *CNAM/ATIH, outil de data-visualisation VISUCHIR, mode d'emploi, décembre 2018.* https://www.scansante.fr/sites/default/files/content/450/visuchir_mode_emploi.pdf
  CNAM/ATIH/Ministère des solidarités et de la santé, Communiqué de presse du 12 décembre 2018. https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Visuchir_12122018.pdf
- *CNAM, Améliorer la qualité du système de santé et maitriser les dépenses, propositions de l'assurance maladie pour 2020, Rapports au ministre chargé de la Sécurité Sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie, p 82-85, juillet 2019.* https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Rapport_Charges_et_produits_pour_2020.pdf
- *CNAM, Améliorer la qualité du système de santé et maitriser les dépenses, propositions de l'assurance maladie pour 2019, Rapports au ministre chargé de la Sécurité Sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie, p 63-64, juillet 2018.* https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2018-a-2020/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2019.php
- *CNAM, Améliorer la qualité du système de santé et maitriser les dépenses, propositions de l'assurance maladie pour 2018, Rapports au ministre chargé de la Sécurité Sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie, p 94, juillet 2017.* https://www.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-18_assurance-maladie.pdf

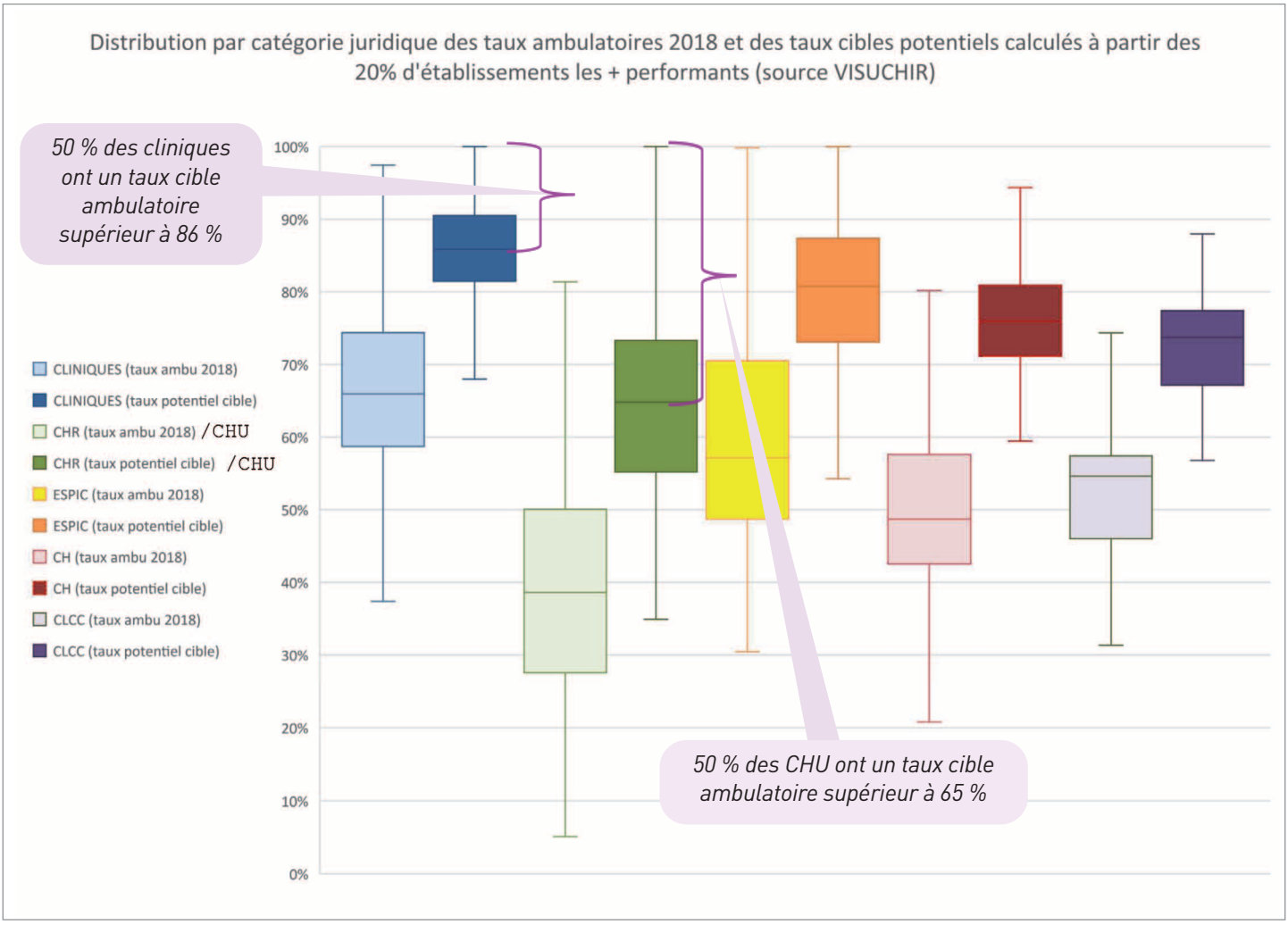


Figure 5. Potentiel ambulatoire en taux

Entretien avec le Dr Gilles Bontemps, directeur de mission DDGOS à la CNAM

Comment est né le projet VISUCHIR ?

Le projet VISUCHIR est remonté d'une demande terrain à la fois de chirurgiens souhaitant pouvoir se comparer entre eux sur des éléments médicaux et non plus administratifs comme par exemple des durées de séjour, et à la fois de chirurgiens recherchant les bonnes pratiques ambulatoires, en vue notamment d'échanger avec leurs pairs ayant étendu leurs pratiques sur de l'innovation ambulatoire. En fait, ce projet est beaucoup plus ancien, il trouve sa genèse il y a une vingtaine d'années au travers de 3 circonstances. Tout d'abord, les journalistes de Sciences et Avenir avaient publié en 1999 le premier palmarès des hôpitaux français à partir du PMSI. Cela a eu beaucoup de retentissement, négatif au début, mais c'est maintenant rentré dans les pratiques habituelles, les classements des hôpitaux faisant partie des meilleures ventes annuelles. Le benchmark est rentré dans les mœurs des chirurgiens. Pourquoi les pouvoirs publics ne publient-ils toujours pas de classement officiel des hôpitaux, à l'instar de ce que fait par exemple le ministère de l'enseignement supérieur avec les classements des lycées ? Ensuite, je pilotais l'enquête nationale sur la chirurgie ambulatoire en 2001-2003 et nous avions déjà essayé de médicaliser les comparaisons avec l'élaboration d'une liste des 18 gestes marqueurs. La comparaison devenait pour la première fois pertinente car médicalisée. Enfin, je me souviens des premiers travaux de l'AFU avec la constitution d'une première base de données centrée sur l'urologie, en vue d'objectiver et d'accompagner leurs adhérents dans l'évolution des pratiques.

Ce projet VISUCHIR est-il complétement finalisé ou va-t-il encore évoluer ?

Cet outil comporte 36 millions d'actes en accès totalement libre. C'est la plus grande base de données de santé hospitalière en open data au niveau mondial. Nous ne souhaitons pas l'alourdir davantage avec d'autres indicateurs ou d'autres fonctionnalités pour qu'il reste agile et réactif : il faut que la réponse à une question d'un utilisateur soit immédiate et qu'un temps de réponse trop long ne décourage pas l'utilisateur de l'outil. L'importante volumétrie de la base de données est un défi pour ce type de logiciel de data-visualisation. Il aura une mise à jour annuelle en avril/mai pour les données de l'année N-1. En revanche, cet outil va être complété avec deux autres outils. Le premier outil apportera des indicateurs de résultats, comme des indicateurs de ré-hospitalisation ou de ré-intervention chirurgicale, ces indicateurs de qualité seront en miroir des indicateurs d'activité présents dans VISUCHIR. Le deuxième outil (VISUCHIR national) complétera le VISUCHIR actuel (qui rentre dans l'outil en choisissant un établissement de santé) avec trois autres modes d'entrée : par région, pour analyser les disparités et similitudes régionales ; par spécialité, acte ou regroupement d'actes, pour une analyse nationale des pratiques chirurgicales par spécialité ; en choisissant un regroupement libre d'établissements, pour une vision de groupe/regroupement d'établissements soit déjà constitués (APHP, Ramsay, etc.) soit futurs (GHT, etc.). Ces deux autres outils devraient être disponibles fin 2020 et intéresser les sociétés savantes.

À travers ce projet VISUCHIR, l'Assurance Maladie va-t-elle ouvrir ses bases de données ?

VISUCHIR correspond à une démarche novatrice pour l'Assurance Maladie, sortant de son rôle habituel de financeur et contrôleur. Nous allons vers une logique de bouquet de services pour les professionnels de santé, en les accompagnant et en les aidant dans leur quotidien, car nous restons persuadés que le système de santé ne peut pas évoluer sans une participation active et responsabilisée des professionnels de santé. L'exploitation des données devient une composante essentielle de l'accompagnement au changement. L'ouverture des données et les benchmarks qu'elle induit vont amener les professionnels de santé à se comparer, s'interroger sur leurs pratiques. Les sociétés savantes ont un rôle essentiel à jouer pour accompagner les professionnels de santé vers les bonnes pratiques.

Comité de rédaction d'**URO**jonction

Rédacteur en chef :
Yann NEUZILLET - yann.neuzillet@gmail.com

Secrétaires de rédaction :
Julien BRANCHEREAU - julienbranchereau@gmail.com
Olivier CELHAY - olivecelhay@hotmail.com
Caroline PETTENATI - pettenati.c@gmail.com
Géraldine PIGNOT - gg_pignot@yahoo.fr
Yannick ROUACH - yannickrouach@hotmail.com
Arnaud SCHOENIG - arnaud.schoenig@gmail.com

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

Courrier à adresser à :
AFU - UROjonction
11 rue Viète - 75017 Paris
Courriel : afu@afu.fr

Mise en page et impression :
Accent Aigu
16 rue de Rouen -75019 Paris

Le point de vue de l'ARS : un outil au service des professionnels permettant également le renouvellement du dialogue de gestion sur la base de données partagées et objectivées

Laurent DAL MAS

Christophe LANNELONGUE

Messieurs Laurent Dal Mas, Directeur de la qualité, de la performance et de l'innovation à l'ARS Grand Est et Christophe Lannelongue, Directeur Général de l'ARS Grand Est ont accepté de nous transmettre la vision de l'ARS sur VISUCHIR. Voici leur témoignage.

VISUCHIR est d'abord un outil au service des professionnels de santé. Il leur permet une analyse détaillée des activités chirurgicales et des modes de prise en charge notamment en ambulatoire, spécialité par spécialité, acte CCAM par acte CCAM (classification commune des actes médicaux).

Ce niveau d'analyse via cette nomenclature permet ainsi une plus grande compréhension par les professionnels de leur pratique.

L'outil étant ergonomique et en open data, les chirurgiens des services peuvent analyser eux-mêmes leurs pratiques et se comparer sans intervention extérieure et sans nécessairement mobiliser le DIM (département de l'information médicale) de leur établissement.

Par conséquent, le dialogue de gestion externe avec l'ARS et l'Assurance Maladie se fait sur la base d'un langage médicalisé commun à l'ensemble des parties, avec des données totalement partagées. Les professionnels de santé confirment également l'intérêt de ces modalités de travail pour alimenter les dialogues de gestion interne aux structures (au sein des équipes hospitalières ou entre la direction de l'établissement et les équipes médicales).

La méthode de calcul du potentiel ambulatoire proposée par VISUCHIR est également un élément central dans le cadre d'un dialogue de gestion. En effet, le potentiel étant établi sur la base d'une comparaison des pratiques existantes, acte par acte, il permet de concentrer les échanges sur les pratiques et les perspectives de développement de l'ambulatoire. Par ailleurs, l'outil étant compréhensible et accessible par tous, il est désormais facilement possible de pouvoir échanger directement avec les équipes concernées par les plus forts potentiels sur la base d'un diagnostic établi à partir de VISUCHIR.

Cette nouvelle méthode de détermination du potentiel de développement ambulatoire permet ainsi aux équipes médicales, à l'ARS et à l'Assurance Maladie, d'identifier un potentiel plus réaliste que la précédente méthode [1] car elle se base sur des pratiques existantes, avec la possibilité d'identifier les établissements avec les pratiques d'ambulatoires les plus élevées. Le calcul du potentiel étant dynamique, VISUCHIR permet d'avoir un regard sur les meilleures pratiques nationales mises à jour chaque année, et de pouvoir ainsi échanger avec les équipes sur des perspectives de développement de l'ambulatoire ambitieuses tout en restant réalistes, en lien avec les progrès de la médecine.

Cette nouvelle approche apporte donc des éléments nouveaux par rapport aux précédents outils à disposition des ARS et des acteurs.

L'outil VISUCHIR vient également questionner les méthodes utilisées jusqu'à maintenant puisque les périmètres peuvent varier. De fait, les chiffres obtenus avec VISUCHIR et les autres méthodes officielles (notamment le périmètre officiel utilisé par la DGOS [2] issue du rapport IGAS-IGF de 2013) peuvent présenter des différences. L'arrivée de VISUCHIR en open data pose donc la question d'une harmonisation des méthodologies entre le Ministère des Solidarités et de la Santé et l'outil VISUCHIR de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

Un outil permettant la mise en place d'une nouvelle dynamique

L'arrivée de VISUCHIR a permis la mise en place d'une nouvelle dynamique. Ainsi, en Grand Est, les agents des Délégations Territoriales de l'Agence et de l'Assurance Maladie ont été formés à son utilisation lors du dernier trimestre 2019. Cela nous permet d'engager un cycle de rencontres avec les équipes des établissements de santé présentant un fort potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. Ces rencontres conjointes ARS/Assurance Maladie ont pour objectif de partager les résultats disponibles via l'outil et d'initier un dialogue sur la base d'un diagnostic commun. Ces échanges vont permettre de dégager des perspectives de développement en ambulatoire. Les plans d'actions des établissements qui en résulteront, feront l'objet d'un suivi et d'adaptation « dynamique » avec l'aide de l'outil VISUCHIR.

D'autres ARS ont également mis en place des démarches similaires, attestant d'une dynamique nouvelle à partir des données disponibles dans VISUCHIR.

Laurent DAL MAS, *Directeur de la qualité, de la performance et de l'innovation, à l'ARS Grand Est*
Christophe LANNELONGUE, *Directeur Général de l'ARS Grand Est*

[1] Méthode IGAS-IGF datant de 2013 sur la base d'une matrice fixe de transfert de séjours en hospitalisation complète vers un séjour ambulatoire à partir du PMSI.

[2] Direction Générale de l'Offre de Soins du Ministère des Solidarités et de la Santé

Gilles
CUVELIER

VISUCHIR, vision d'un urologue
(qui a participé aux 3 établissements tests en 2018)

Comment qualifier cet outil ?

- Un outil de chirurgien qui nous parle puisque réalisé à partir du codage CCAM que nous saisissons.
- Facile d'accès, en open source de n'importe quel ordinateur.
- Utile, il nous permet de nous évaluer ; par rapport aux autres (région, nation, établissement identique ou d'activité chirurgicale identique) ; par rapport à notre propre évolution dans le temps.
- D'utilisation simple, il nécessite un peu de temps, temps d'appropriation ou d'apprentissage, et temps d'analyse (éventuellement avec votre DIM) pour comprendre vos résultats.

À qui va servir Visuchir ?

- À vous, pour connaître votre potentiel et votre performance ambulatoire.
- Concernant la performance, seul figure l'indice de performance de votre établissement, pour en savoir plus, je vous invite à aller sur Hospidiag (en open source également).
- À votre ARS, à votre direction et à nos tutelles pour fixer des objectifs de développement de chirurgie ambulatoire dans le cadre de CPOM (contrat d'objectifs et de moyens) CAQES (contrat amélioration de la qualité et de l'efficience des soins) de la part variable d'activité (pour les praticiens hospitaliers).
- Pour exemple, l'ARS Bretagne a décidé de nous fixer comme objectif d'atteindre dans les 3 ans 70 % de notre potentiel ambulatoire Visuchir.

Quel est mon potentiel ambulatoire ?

- Je vous propose, pour exemple, d'étudier celui de mon équipe, sans doute atypique puisque nous réalisons 47 % de notre activité chirurgicale en ambulatoire. Notre potentiel affiché par Visuchir est de 70 %, soit 500 actes.
- Trions : il s'agit de l'appareil urinaire et génital, il faut éliminer 260 actes de gynécologie.
- Soit 240 actes : 120 voies urinaires supérieures, 46 prostates, 41 vessies, 26 scrotums.
- 120 voies urinaires supérieures, 20 actes associés à éliminer (prélèvement urines pyéliques et dilatation uretère avant urétéroscopie) : 56 JJ, 26 changements JJ (actes réalisés en urgence pour insuffisance rénale aiguë, colique néphrétique résistante au traitement médicamenteux, pyélonéphrites sur obstacle), 25 lithiases (15 urétéroscopies rigides réalisées en urgence, 10 urétéroscopies souples toujours programmées). Nous réalisons dans le service 70 à 78 % des urétéroscopies souples en ambulatoire (*versus* 39 % national) et 45 % des urétéroscopies rigides en ambulatoire (*versus* 31 % national).
- 46 prostates : notre potentiel est de 62 % en résection électrique (nous en réalisons déjà 21 %) et de 71 % en photovaporisation laser (nous en réalisons déjà 45 % en ambulatoire). En 2017, au niveau national, 5 % de la chirurgie prostatique était réalisée en ambulatoire.
- 41 vessies, nous réalisions, en 2018, 37 % de nos résections en ambulatoire, depuis la presque totalité est réalisée avec une nuitée en raison d'un lavage systématique de 10 litres sur 8 heures.
- Le potentiel réel de notre équipe est donc de 240 actes (20 actes associés) 41 vessies non recommandées, soit 179 actes dont 123 urgences (82 JJ, 15 calculs, 26 explorations testiculaires), 46 prostates programmées et 10 actes variés.

Quelles sont les limites de Visuchir ?

- Il ne différencie pas urgence et programmé.
- Il mélange gynécologie et urologie (il est vrai que nous avons de nombreux actes en commun).
- Il peut être à la marge « pollué » par quelques actes associés.

Quelques propositions

- Étudiez votre potentiel afin de négocier au mieux avec votre administration.
- Les orthopédistes et les chirurgiens digestifs ont fait le travail du potentiel ambulatoire « à dire d'expert ». L'AFU doit s'atteler à ce travail.
- Visuchir pourrait évoluer : obtenir le volume ambulatoire potentiel et les moustaches non seulement dans le groupe principal mais aussi dans les sous-groupes.
- Coupler Visuchir avec Hospidiag pour en savoir plus sur l'indice de performance en urologie (par exemple préciser les actes innovants du service).

Visuchir : « l'essayer c'est l'adopter »

Gilles CUVELIER,
coordonnateur d'unité de chirurgie ambulatoire, membre de la commission AFU RAAC-Chirurgie ambulatoire

Le point de vue du Syndicat national des chirurgiens urologues Français

Evaluation or not evaluation: that is the question ...

Didier LEGEAIS

Depuis les ordonnances Juppé et la mise en place des premiers PLFSS (ndlr : projet de loi de financement de la sécurité sociale), l'assemblée nationale et les sénateurs n'ont pas cessé de vouloir étudier toutes les données pour mieux pouvoir justifier leur contrôle financier.

La création de Visuchir est un outil pertinent et exigeant qui permet à chacun de contrôler son activité et de la comparer aux autres.

La nouveauté est l'open data qui permet à chacun d'avoir accès à des données pertinentes et justes.

Grâce à cet outil, fini le jeu du chat et de la souris avec les instances administratives qui « moulinaient» des données pour arriver à leur fin alors même que nous ne pouvions pas argumenter en « défense » puisque nous n'avions pas les mêmes informations.

Les urologues doivent impérativement utiliser Visuchir, pour pouvoir anticiper les décisions du ministère au niveau national ou des ARS localement.

C'est aussi une façon de s'évaluer par rapport à l'environnement local, régional ou national.

Il faut néanmoins parfois beaucoup réfléchir pour analyser et comprendre certains schémas très complexes. Certaines approches sont ardues mais il faut apprendre à utiliser cet outil pour appréhender les esprits qui transforment notre Art Urologique en données d'activité et en ressources financières.

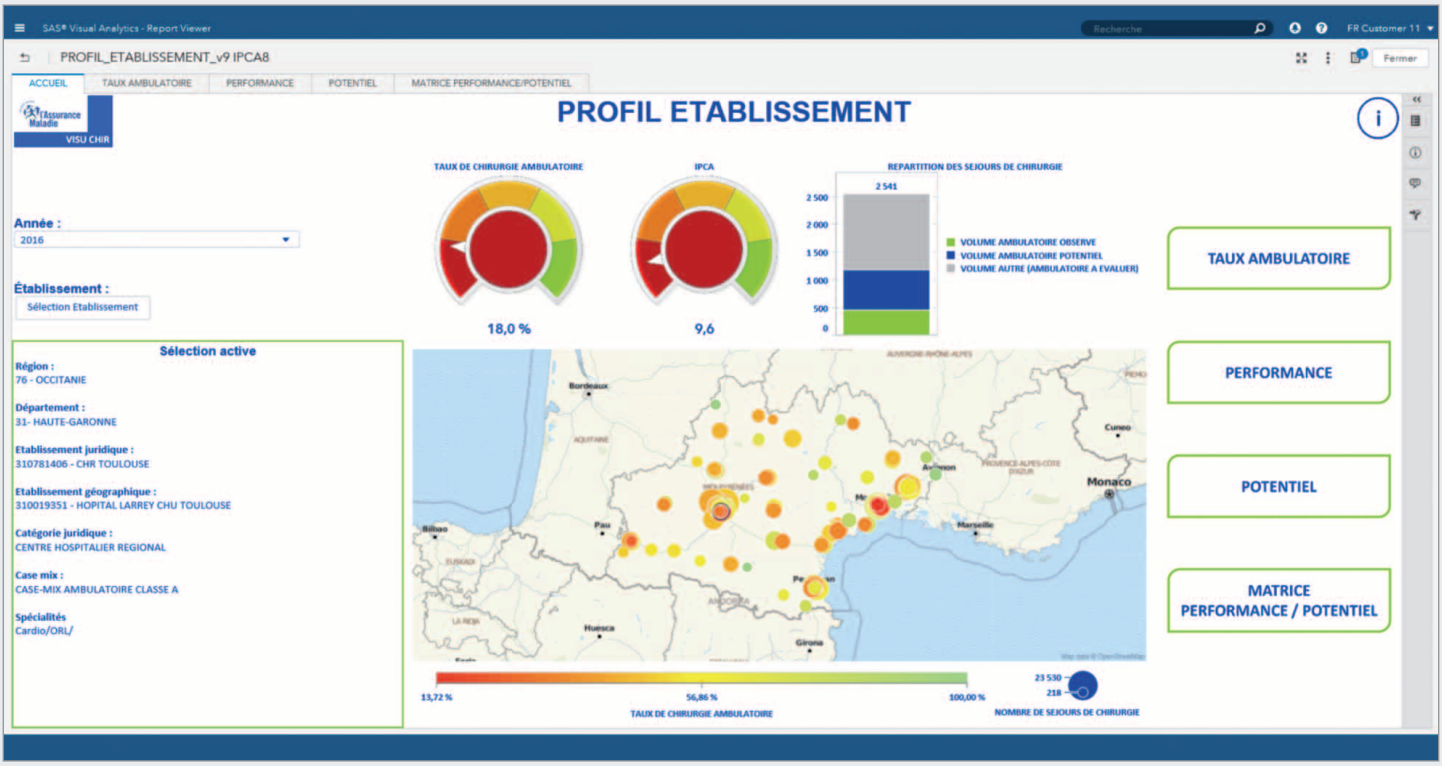
Les fondateurs reconnaissent que Visuchir est un outil et non une fin en soi. Espérons qu'utilisant le même outil que les financiers et les administratifs, nous puissions apporter un regard critique et constructif sur ces données qui rapportent des activités que nous savons, nous, en lien direct avec des réalités humaines.

Nous approprier ce site est comme apprendre à lire, pour permettre un dialogue avec tous ceux qui ne voient que la réalité économique de la réalité complexe de notre art au service des patients.

C'est en utilisant et en comprenant de tels outils que nous pourrons combattre la maîtrise comptable imposée par les PLFSS. Mais il est impératif de rester vigilants pour éviter les dérives statistiques et financières.

Visuchir devra impérativement évoluer pour s'enrichir d'autres fonctions et permettre ainsi d'améliorer la pertinence des recherches et l'insolence de certaines conclusions.

Didier LEGEAIS, *Président du SNCUF*



Xavier CUVILLIER

Eric LECHEVALLIER

Contraception masculine, contraception : où sont les hommes ?

Que l'on soit homme ou femme, jeune ou vieux, conservateur ou progressiste, le mot « contraception » véhicule des réalités, des images, des vécus, des fantasmes différents et celui de « contraception masculine » essentiellement beaucoup d'ignorance.

Contraception/sexualité

La contraception est un corollaire de la sexualité. C'est le corollaire essentiel qui permet à la « sexualité plaisir », de se développer et de s'affranchir de la « sexualité reproduction ». La « sexualité reproduction » est première et indispensable à la transmission de la vie, mais tout au long de l'évolution des espèces, elle s'est enrichie d'une « sexualité plaisir » de plus en plus élaborée et devenue nécessaire au bon épanouissement des humains, mais avec les risques de grossesses non désirées.

La contraception est en pleine évolution.

Anciennement peu efficace et rudimentaire, (retrait ou ancêtre du préservatif en vessie de porc ou intestin de brebis), elle était essentiellement masculine. Depuis une petite centaine d'années, elle devient scientifique et efficace. Elle a affranchi la sexualité de la reproduction. Elle a permis la concrétisation et le plein essor de la sexualité plaisir. Ce sont les femmes qui en ont récupéré, volontairement ou non, consciemment ou non, la maîtrise. La contraception moderne a fait passer le contrôle des naissances de l'homme à la femme.

Un peu d'histoire

Étymologiquement, dans de nombreuses cultures le mot sexe proviendrait de « différent », « séparation » mais également de « complémentaire ».

Dans la culture quasiment mondialisée encore très récente et toujours dominante, le sexe sépare les humains en deux populations distinctes et étanches : les hommes et les femmes. Elle attribue à chacun des deux groupes des tâches et des rôles différents, dichotomisant totalement la société des humains. Par exemple dans le monde de la santé, aux hommes le « *cure* », aux femmes le « *care* ». De cette différence, biologiquement complémentaire, l'histoire, la société et peut être les hommes l'ont transformée en hiérarchie homme-femme, et bien souvent ont pathologisé certaines personnes qui ne se retrouvent pas dans cette catégorisation. Dans d'autres cultures (amérindienne, indonésienne ou indienne) la distinction des genres est plus poreuse ou moins exclusive. On peut retrouver jusqu'à 5 genres pour certaines cultures : homme, homme féminin, neutre, femme masculine et femme. Dans ces cultures, la hiérarchie des genres et l'exclusion des inclassables y sont beaucoup plus atténuées.

Rôle des femmes

C'est sous la poussée des féministes dans les années 1930/1940 que les scientifiques et l'industrie pharmaceutique, puis les politiques et les journalistes, ont permis l'apparition, le développement et enfin la démocratisation de la contraception moderne.

Chaque pas en avant de chacun de ces groupes fut suivi d'une réaction de résistance, brouillant souvent les pistes pour définir clairement d'où viennent les avancées. Néanmoins les découvertes se font, explorant surtout le versant féminin de la fécondation. La contraception devient réellement efficace. Elle se développe essentiellement chez les femmes puisque les demandes et les propositions sont essentiellement féminines. Les femmes au travers des féministes y ont vu un outil majeur pour se prémunir des grossesses non désirées et s'affranchir de l'autorité masculine. Véritable fléau pour les femmes qui n'est quasiment jamais partagé par les hommes. Cette maîtrise nouvelle et efficace du contrôle des naissances ainsi que la possibilité de l'espacement des grossesses leur a permis l'appropriation de leur corps.

Évolution ou révolution

C'est parce que la contraception, maîtrisée par les femmes, est devenue efficace qu'elle déplace les rapports homme-femme. En maîtrisant la reproduction et l'espacement des grossesses elles bousculent la hiérarchie des genres dans le couple mais également dans la société. Cette maîtrise devient une véritable porte d'entrée à l'arrivée des femmes dans la cour des grands, des hommes, des décideurs, qui amène enfin au grand jour une vision féminine sur les affaires du monde. On peut penser que certaines femmes tiennent à garder cette prérogative pour cette raison et ne veulent pas la partager avec les hommes.

C'est à ce titre que la contraception moderne ne peut pas être regardée que comme une simple évolution de la médecine mais également comme une vraie révolution sociologique.

Rôle des hommes

En revanche, la contraception reste une révolution à une seule face. Une face féminine. En effet, si les femmes maîtrisent mieux la reproduction et en tirent du pouvoir, les hommes, en tant qu'individus, sont les grands absents voire des bénéficiaires de cette révolution. Bénéficiaires car ils peuvent mieux jouir du corps des femmes sans s'inquiéter des risques collatéraux de la sexualité plaisir, à savoir les grossesses non désirées.

Grands absents, car la « caste » masculine dans sa globalité, même si l'on retrouve des noms d'homme sur le chemin de l'élaboration de la contraception, n'a jamais fait beaucoup d'effort pour partager la charge de la contraception avec leur compagne.

Par crainte tout d'abord, tenant plus du fantasme que de la réalité. Ces craintes sont triples : crainte de la perturbation de la sexualité masculine (confusion libido, érection, fertilité) ; crainte d'une féminisation des hommes (dépendance à la plaquette et peur honteuse de l'infertilité) ; et enfin la crainte de la perte de la position dominante.

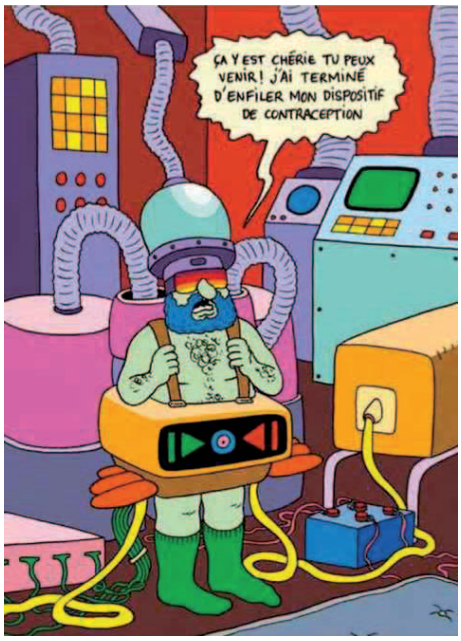
Par opportunisme ensuite, les hommes voyant trop les avantages qu'ils pouvaient tirer de la contraception féminine sans en partager les contraintes ni les effets secondaires.

Dans cet axe, ils n'ont pas été aidés non plus par les féministes, dont le discours était double. Certaines prônaient le partage des charges et l'avènement d'une contraception masculine tandis que d'autres craignaient l'irresponsabilité masculine, nécessitant de conserver pour elle-même le contrôle des grossesses.

Rôle de la science et de la société

Et pourtant, de la fabrication des spermatozoïdes jusqu'à la fécondation en passant par le coït, il y a de nombreuses étapes contraceptives possibles. Néanmoins, le versant féminin, pour des raisons plus ou moins avouables a été beaucoup plus étudié et utilisé. Il y a, certes, la colossale poussée des féministes qui voulaient maîtriser plutôt que partager le contrôle de la reproduction, mais il y aussi la disproportion homme-femme du corpus des chercheurs et des décideurs de l'époque ainsi que la plus grande disponibilité culturelle à pouvoir étudier le corps des femmes que celui des hommes. Le versant dit masculin de la contraception, très bien détaillé dans l'article de E. Huygues en 2007 dans Progrès en Urologie reprend souvent l'entre deux : retrait et préservatif ; mais le versant proprement masculin : chimique, hormonal ou physique, qui pourrait être objet de recherche, tarde à être exploré.

Pourtant le peu de recherche donne des résultats très intéressants en termes d'efficacité. Mais on trouve à ces méthodes beaucoup d'inconvénients, très bien mis en valeur par la presse généraliste. L'énergie tout comme l'argent qui sont alloués à ces recherches sont faibles et leur promotion encore plus confidentielle. L'avènement et la diffusion de la contraception masculine mettrait-elle en péril les enjeux économiques des firmes pharmaceutiques de la contraception orale féminine ?



Les circonstances ont également parasité la recherche sur la contraception masculine. L'arrivée du SIDA dans les années 1980, infection sexuellement transmissible sans traitement efficace, sonne le grand retour du préservatif, à la fois contraceptif et protecteur, et le glas de la recherche sur la contraception masculine.

Quant à la promotion de la contraception, elle aussi est sexuée et disproportionnée. Alors que la contraception féminine représente une part importante de la consultation des gynécologues et des endocrinologues, la contraception masculine reste anecdotique, voire inexistante chez les urologues, les andrologues et les sexologues. Qui connait, qui demande, qui prescrit aujourd'hui une contraception médicamenteuse masculine ? Alors qu'elle existe ! Dès lors pourquoi imposer aux jeunes femmes de modifier leur physiologie et de prendre des risques avec leur santé (risque cardiovasculaire, cancer) avec la contraception hormonale ? Ces risques ne devraient-ils pas être aussi partagés par les hommes ?

Quelques pionniers

On retrouve néanmoins par-ci par-là des expériences de recherche, de promotion et de partage de la contraception comme l'expérience ARDECOM en France qui laisse espérer que la révolution sociologique amenée par la contraception féminine pourrait se compléter de son versant masculin et poursuivre cet immense travail de lutte contre la hiérarchie des genres tout en en respectant la différence.

Cette expérience est très intéressante car au travers de la contraception, essentiellement féminine, ce petit groupe d'hommes a voulu dans les années 1970 quitter sa place dominante d'homme. Ils ont créé des groupes de parole et d'information. Ils ont participé à différents essais de contraception masculine (physique et chimique). Ils voulaient participer à la maîtrise des grossesses. Ils voulaient comprendre le rapport des femmes à la contraception et à travers ce prisme, vivre et comprendre la place des femmes dans la société.

Et l'éthique dans tout ça

Notre déontologie nous rappelle au travers de notre code de déontologie que nous devons nous tenir informés de l'évolution des connaissances qui sont à notre disposition et que nous devons en faire profiter nos patients au travers de soins consciencieux, dévoués, efficaces et proportionnés.

À l'inverse, notre éthique n'est rédigée dans aucun code. Elle nous est proprement personnelle. Elle est le fruit de nos savoirs, de nos croyances, de nos contraintes et de l'opportunité (une situation donnée à un moment donné). Elle nous permet de pratiquer la médecine d'une façon personnelle dans le cadre de la loi et le respect de notre code de déontologie. Parfois, de façon exceptionnelle et motivée, mais à nos risques et périls, notre éthique peut nous amener à pratiquer la médecine différemment

et à nous affranchir des deux cadres précédents. C'est d'ailleurs la communion de ces transgressions, fruit des éthiques personnelles qui peut faire évoluer la loi.

L'urologue n'étant pas encore le gynécologue de l'homme... Nous n'avons pas encore de consultation dont le motif serait une demande de contraception, mais il nous arrive parfois d'avoir des demandes de vasectomie.

Une vision éthique possible de la vasectomie

La vasectomie reste un mode contraceptif plus proche de la stérilisation en raison de son aspect définitif, même si la chirurgie de reperméation devient de plus en plus efficace et qu'il est également possible de conserver du sperme au CECOS, moyennant finance, pour cette indication. On peut aussi comparer la vasectomie à la ligature tubaire féminine.

La loi (2001-588 du 04/07/2001) autorise la vasectomie. Il faut être majeur et capable, en exprimer le désir librement et respecter un délai de réflexion de 4 mois.

Notre déontologie devrait nous amener à demander et à comprendre les motivations du demandeur, et sans chercher à le convaincre dans un sens ou dans un autre, lui apporter la connaissance sur le geste demandé et lui exposer également les autres alternatives contraceptives qui existent.

Une vision éthique possible pourrait être de se demander qui est le demandeur. Le patient ou le couple ?

Vision éthique et non règlementaire. Effectivement la déontologie médicale nous enjoint à un dialogue singulier, éclairant et conforme aux données actuelles de la science que la jurisprudence (depuis l'arrêt Mercier de 1936) qualifie de contractuel, protégé par le secret professionnel. Notre exercice habituel se contente bien souvent de ce contrat : un patient, une question, une réponse. Ce huis clos, renforcé par le secret médical, peut exclure de la discussion d'autres personnes qui en certaines circonstances aurait pu avoir de l'intérêt. C'est le cas lorsque la question ou la réponse concerne et dépasse l'intérêt du seul patient présent. Ce peut être le cas dans certaines demandes de vasectomie, lorsque le demandeur est en couple et qu'il souhaite cette vasectomie comme contraceptif de couple. L'éthique devrait alors nous amener à exposer toutes les méthodes contraceptives masculines et féminines possibles, avec leurs avantages et leurs inconvénients pour chacun et pour le couple, leur efficacité et leur réversibilité et leurs effets secondaires possibles. Questions qui devraient tout aussi bien se poser chez le gynécologue face à une demande de contraception de couple.

Si d'ailleurs cet aspect éthique de la question avait été pris en considération depuis les débuts de la contraception, peut-être que les hommes auraient été amenés à se sentir davantage concernés par la contraception en général et que le cours des choses sur le développement de la contraception masculine aurait été différent...

Dans le prolongement de cette idée, on peut se demander, si demain l'offre de contraception masculine se diversifie, qui sera le plus apte à proposer cette contraception masculine dans le cadre d'une contraception de couple ? Le gynécologue, déjà rompu aux problématiques de contraception et qui n'aura qu'à rajouter la panoplie masculine à son arsenal féminin ; l'urologue, actuel médecin des hommes ou un médecin nouveau, spécialiste des problématiques de couple...

Pour que ce débat évolue et que les urologues puissent y prendre toute leur part, notre éthique professionnelle devrait déjà nous amener à bien connaître les données actuelles de la science concernant la contraception masculine et peut-être même la contraception tout court.

Ce petit survol de la naissance de la contraception moderne et ces prémices de réflexion sur la contraception masculine à propos de la vasectomie, seule porte d'entrée que nous, urologues, ayons sur le sujet, ouvrent peut-être le début du chemin de ce que pourrait être le versant masculin de la révolution anthropologique amenée par la contraception. On pourrait également penser avec Nelly Oudshoorn, sociologue et fine connaisseuse de l'histoire de la contraception, que pour qu'advienne une contraception masculine, il faudrait qu'arrive un homme nouveau qui descende de son trône historique, en acceptant de changer ses schémas et ses attitudes et qu'il produise avec l'autre moitié de l'humanité une société moins patriarcale, qui respecte les différences sans les hiérarchiser.

À notre place, nous les urologues, nous avons certainement un rôle à jouer et un retard à rattraper.

Eric LECHEVALLIER, Xavier CUVILLIER,
et le Comité d'Ethique et de Déontologie de l'Association Française d'Urologie

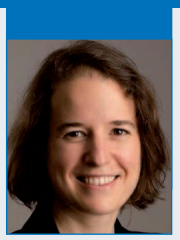
Pour en savoir plus

- *Réflexion sur la contraception masculine - Contribution à la critique du patriarcat - Camille Zeno. http://www.fqpn.qc.ca/main/wp-content/uploads/2013/11/Brochure-Contraception-Masculine.pdf*
- *Contraception masculine et querelle de genre - Percée - Nelly Oudshoorn. https://www.persee.fr/doc/genre_1298-6046_1999_num_25_1_1093*
- *Interview - contraception masculine, pourquoi pas - J. Claude Soufir - https://www.youtube.com/watch?v=c0e2D8QNewg*
- *Contraceptions masculines non déférentielles - Revue de la litterarature - Eric Huigues. https://www.urofrance.org/base-bibliographique/contraceptions-masculines-non-deferentielles-revue-de-la-litterature*
- *Code de déontologie médicale 2019. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf*

UROjonction n° 110

Formation continue : ce que veulent les urologues

Résultats de l'enquête 2019 du CFC



Gaëlle FIARD
Georges FOURNIER

Les formations organisées par l'AFU sont nombreuses et abordent différents aspects de notre vaste spécialité. En dehors du Congrès Français d'Urologie, dont le millésime 2019 s'est encore avéré d'une grande richesse scientifique et d'une grande diversité, les Séminaires d'Urologie Continue (SUC), Journées d'Onco-Urologie Médicale (JOUM), Journées d'Andrologie et Médecine Sexuelle (JAMS) , JITTU, ou autres Journées thématiques (IRM et cancer de la prostate, anticoagulants et infectieux, ambulatoire et RAAC, incontinence et prolapsus, etc.) permettent aux urologues membres de l'AFU d'accéder à une grande variété de formations présentielles. Les modules d'enseignement du CCAFU online, ainsi que plus récemment, Canal AFU, permettent également d'accéder en ligne à des formations au format innovant. Pour autant, les attentes des urologues sont-elles comblées ? Les formats proposés sont-ils compatibles avec la pratique quotidienne des urologues français ? Quels sujets insuffisamment traités gagneraient à faire l'objet de formations dédiées ? Enfin, quelle place pour les formations en ligne dans la formation continue des urologues français ?

Pour répondre à ces questions, et permettre une adaptation du contenu des formations aux besoins réels des urologues membres de l'AFU, une enquête en ligne a été réalisée au printemps 2019 et diffusée via la liste de diffusion des membres. Le taux de réponse (13 %), s'il peut être vu comme limité, est également le fruit d'une volonté de ne pas faire de relance afin que les réponses restent spontanées et non pas forcées, notamment pour la partie concernant les sujets sous-traités pouvant faire l'objet de formations spécifiques. Ce sont donc 134 questionnaires complets qui ont pu être analysés, dont les caractéristiques démographiques et professionnelles semblent faire un échantillon représentatif (et souhaitons que ceux qui n'ont pas répondu soient déjà pleinement satisfaits de leur formation continue !) (Figures 1-3).

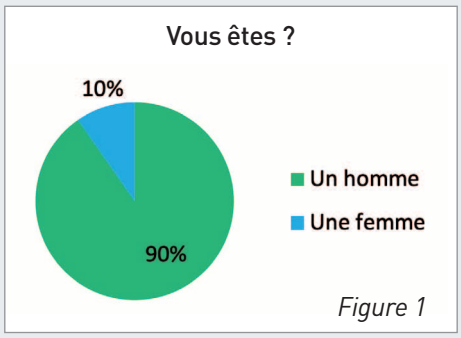


Figure 1

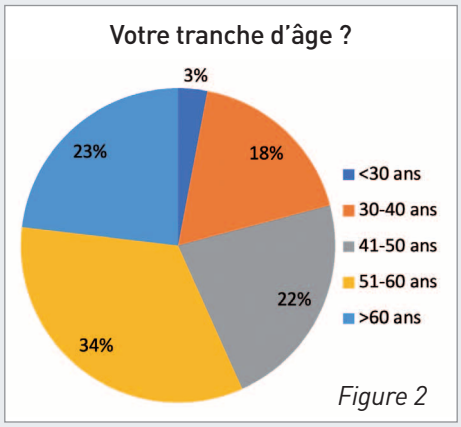


Figure 2

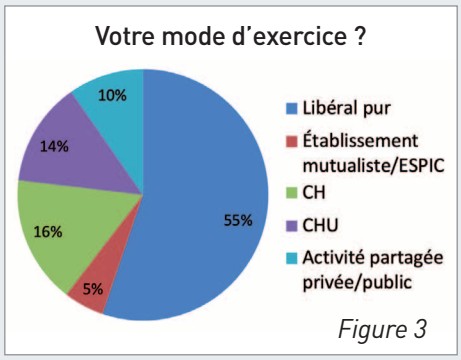


Figure 3

Accès aux formations existantes

Parmi le panel de formations organisées par l'AFU, plus de la moitié des répondants avaient assisté aux JOUM, à un module des SUC ou à la journée Urorisq au cours des 3 dernières années. Les Journées d'Innovation Technique et Technologiques (JITTU) avaient également été plébiscitées par plus d'un quart des répondants.

Le financement de ces formations était assuré par l'industrie pour presque la moitié d'entre elles (48 %), suivi par URO-DPC (26 %). Les budgets de formation continue des établissements (13 %) et autres organismes de DPC (5 %) restaient des sources marginales de financement. Quasiment un urologue sur deux (45 %) rapportait financer lui-même la plupart de ses formations.

Concernant les formations en ligne, plus de 40 % des urologues n'avaient jamais assisté à ce type de formation que ce soit dans le domaine de l'urologie ou autre. Parmi les formations proposées par l'AFU, les modules d'enseignement du CCAFU online étaient les plus souvent suivis, 30 % des répondants n'ayant toutefois accédé qu'à un seul module.

Le manque de temps, principal facteur limitant

Que ce soit pour participer à des formations présentielles classiques ou accéder à des formations en ligne, le recueil des facteurs limitants est systématiquement dominé par le manque de temps disponible. Les deux tiers des urologues rapportent ainsi consacrer moins de 5 jours en dehors du congrès à leur formation continue (Figure 4). D'autres éléments sont intéressants à noter. Ainsi, 10 % des urologues jugent l'investissement financier trop important pour accéder aux formations présentielles, et ce chiffre est

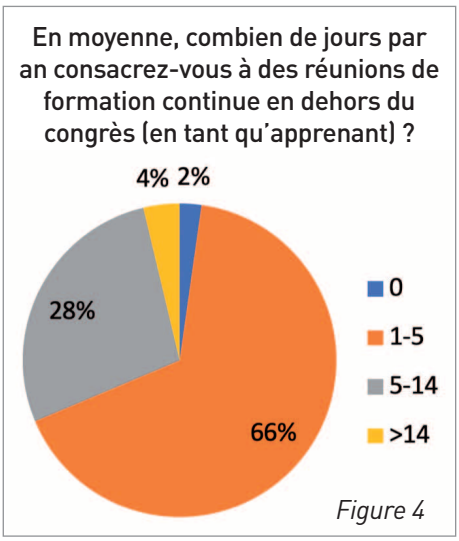


Figure 4

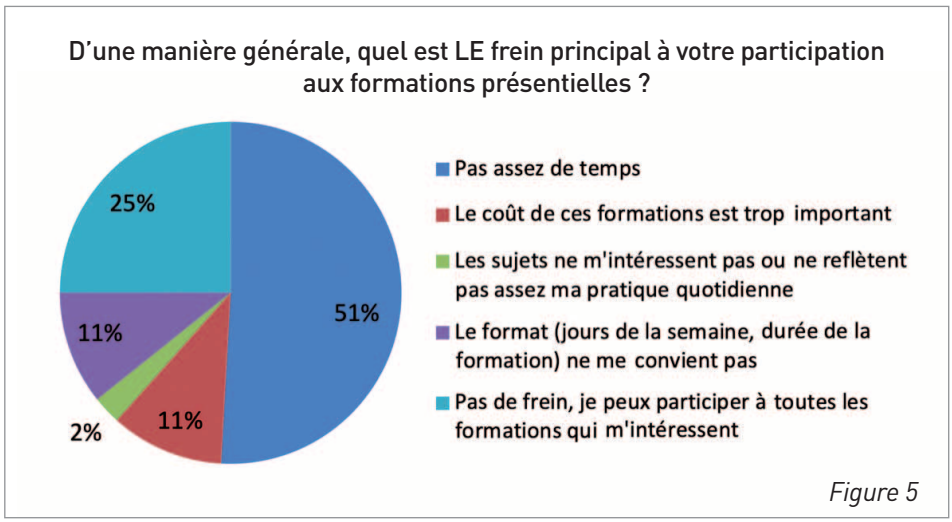


Figure 5

probablement amené à augmenter. Le format des formations est jugé inadapté pour une même proportion d'urologues (Figure 5). Pour ce qui est des formations en ligne, le manque d'incitation ou de contrepartie, ainsi que le manque d'interaction et de convivialité sont mis en avant par 9 % et 29 % des urologues, respectivement (Figure 6).

Des pistes de réflexion sur le format...

Dans ce contexte de manque de temps disponible, les formations courtes à la journée ou sur 2 jours sont logiquement privilégiées par les répondants. À l'heure de faire un choix, l'expertise des intervenants, la convivialité et l'interactivité d'une formation, ainsi que son caractère diplômant sont des éléments importants de la décision (Figures 7-8).

Concernant les formations en ligne, la possibilité d'une auto-évaluation des connaissances à la fin de la formation était considérée comme un plus voire indispensable pour la grande majorité des urologues (Figure 9).

... et sur le fond

La dernière question du questionnaire laissait la possibilité aux répondants de citer 3 sujets/domaines pour lesquels il leur semblait exister un besoin de formation non rempli par les enseignements déjà dispensés par l'AFU. Les propositions ont été nombreuses et regroupées en 17 thèmes (Figure 10). Les 3 thèmes ayant fait l'objet du plus grand nombre de propositions étaient

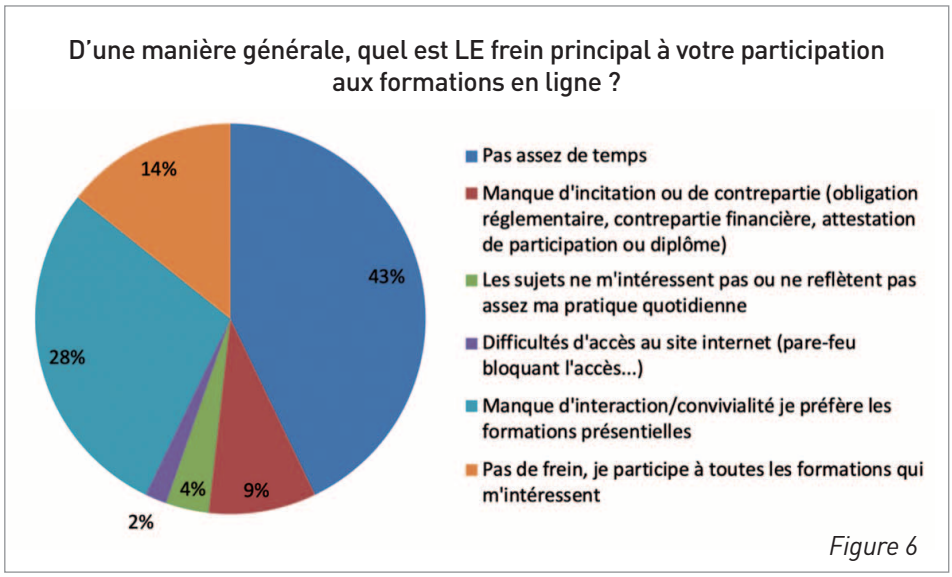


Figure 6

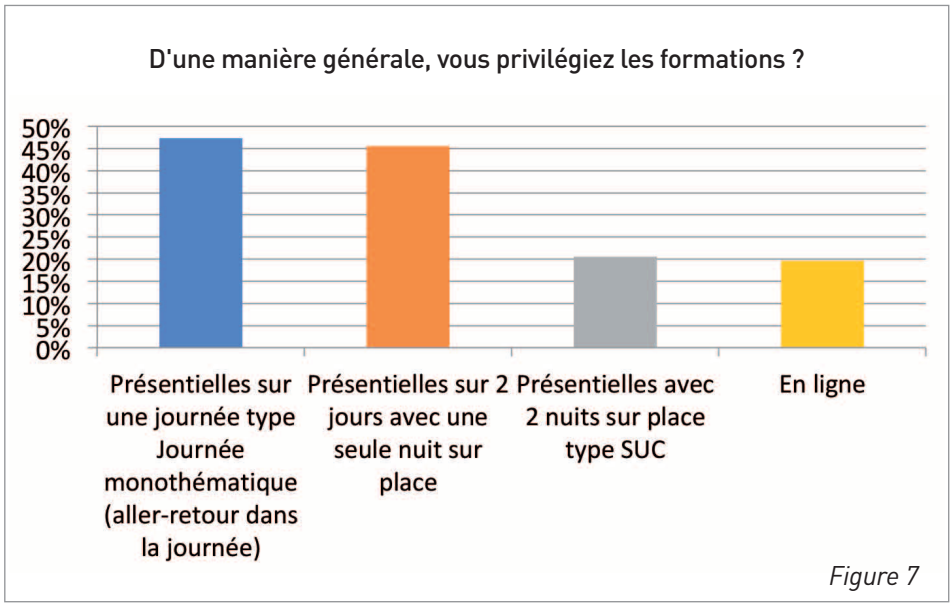


Figure 7

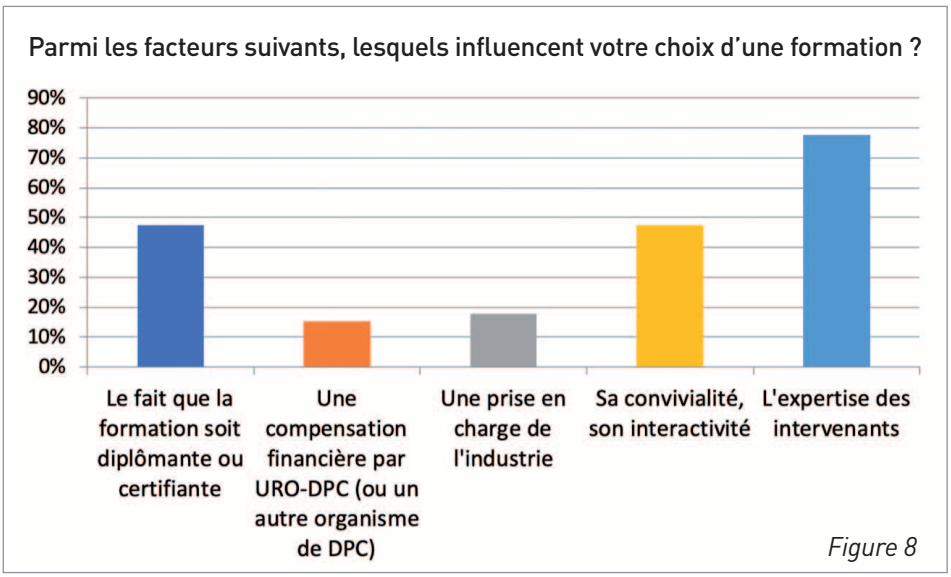


Figure 8

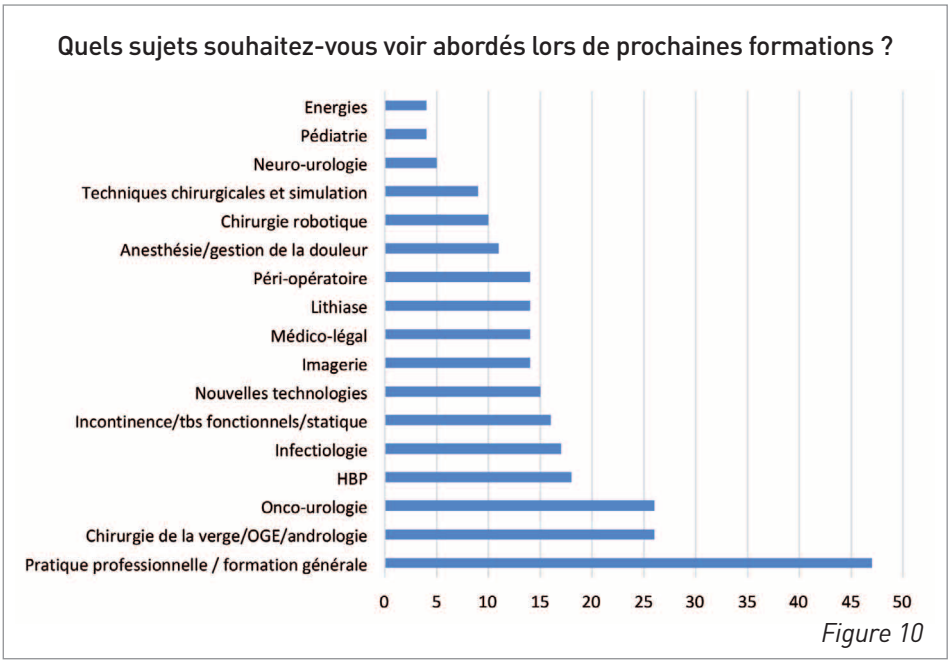


Figure 10

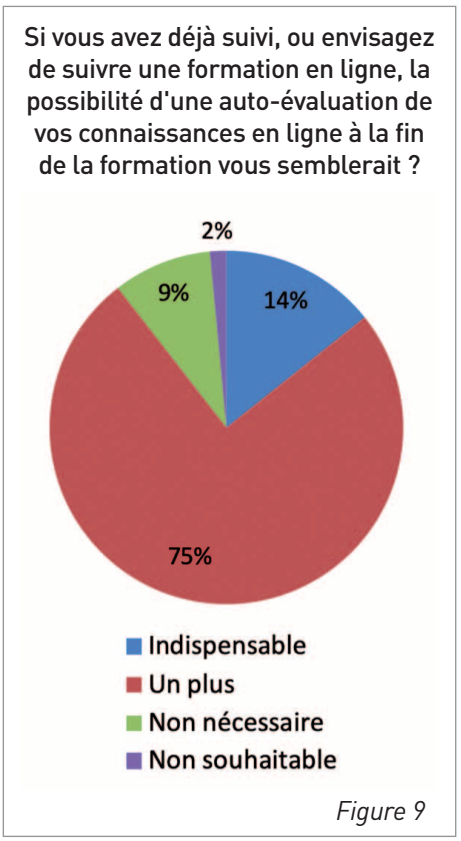


Figure 9

dans l'ordre, la formation à la pratique professionnelle et générale (gestion du cabinet/management, anglais/épidémiologie/statistiques/éthique, politique et économie de la santé, télémédecine), puis l'andrologie/chirurgie de la verge et de l'urètre (dont la dermatologie des lésions génitales, prise en charge de la maladie de Lapeyronie et l'infertilité), à égalité avec l'onco-urologie (immunothérapie, onco-gériatrie, traitements médicaux du cancer de la prostate).

Il est intéressant de noter qu'une grande partie de ces propositions concerne des connaissances non-urologiques ou sur des sujets frontières avec d'autres spécialités (radiologie, oncologie, anesthésie, infectiologie). De nombreux sujets proposés sont également déjà couverts par des formations proposées par l'AFU, témoin probable des difficultés d'accès à ces formations et de la place à donner aux formations en ligne.

Pour conclure et en perspectives

En dépit d'un taux de réponse limité, cette enquête menée auprès d'un échantillon d'urologues semblant représentatif en termes de type d'activité (public, privé, etc.) est source d'informations précieuses pour l'avenir de la formation continue urologique. Le besoin de formation réel exprimé sur des sujets aussi variés que le management, la communication, la politique et l'économie de la santé, ainsi que sur de nombreux sujets frontières à d'autres spécialités, est le témoin de l'évolution constante de notre spécialité et du métier d'urologue. Cette variété qui fait la force et l'attrait de l'urologie est également un défi à l'heure de proposer de nouveaux sujets et de nouveaux formats pour la formation continue des urologues. Les formations en ligne et les formations présentielles seront certainement amenées à être associées afin d'optimiser le temps de formation présentiel et de pallier aux difficultés prévisibles de financement des formations à l'avenir. Place donc à l'AFU Académie, plateforme de formation en ligne de l'AFU qui devrait voir le jour très prochainement pour répondre à toutes ces attentes !

Gaëlle FIARD, Georges FOURNIER,
et le Comité de Formation continue de l'Association Française d'Urologie

Christophe ALMERAS
Andras HOZNEK

Délégation du CLAFU en Russie et découverte du laser superpulse Thulium

L'annonce de l'élaboration d'un laser de nouvelle génération en Russie a suscité un vif intérêt parmi les membres du comité lithiase. C'est la société IPG qui est à l'origine de ce laser thulium, mais qui, en l'absence de marquage CE, ne voit pas sa diffusion encore possible en France. Seul le professeur O. Traxer a pu l'approcher, l'utiliser et le promouvoir jusqu'alors et c'est lors du congrès de l'EAU 2019 que la société Olympus en a annoncé officiellement l'acquisition.

Il s'agit d'un laser différent du thulium que nous connaissons en France, qui permettrait en raison notamment d'une longueur d'onde de 1940 nm (correspondant au maximum de l'absorption par l'eau), des fibres fines (150 microns) et une fréquence inégalée, une meilleure qualité de dusting avec des fragments < 250 microns (pouvant être alors aspirés), tout en ayant moins de rétropulsion et une plus grande rapidité de traitement.

Après un premier contact infructueux à Moscou, nous avons rencontré lors d'un board le docteur Nariman Gadzhiev qui exerce à St Pétersbourg. Très ouvert à l'international, il a tout de suite accepté de recevoir une délégation du comité lithiase pour un partage d'expérience et une démonstration du laser thulium qu'il utilise en prêt. Le projet de déplacement du CLAFU en Russie a alors pris corps, même si les difficultés d'obtention d'un VISA en ont malheureusement découragé plusieurs d'entre nous.

La délégation du CLAFU était minimaliste, composée des docteurs A. Hoznek (Créteil) et C. Almeras (Quint Fonsegrives). L'accueil a été d'une exceptionnelle hospitalité et convivialité. Après nous avoir présenté au doyen de la faculté Pavlov first, nous avons pu découvrir le mode d'exercice du docteur Gadzhiev à la fois en privé dans la clinique Nikiforov, comme au sein de l'hôpital public Pavlov où il est chef du service d'endo-urologie. Il réalise environ 400 traitements percutanés en supine position par an, mais aussi le reste de l'endo-urologie.

S'il existe une grande différence entre les deux environnements de travail, les équipements technologiques étaient au rendez-vous dans les deux établissements. Les urétéroscopes étaient tous à usage « unique » et le superpulse thulium laser fiber U2 présent lors de ces démonstrations. Nous avons assisté à deux minipercutanées dont un abord combiné, trois urétéroscopies souples et une lithotripsie endovésicale.

Au fil des cas, nous avons pu constater qu'il existait une grande majorité de calculs infectieux lors de ces journées. Le laser a pu être utilisé en dusting, popcorning et en paramètres tissulaires pour des calicotomies endoscopiques de reperméabilisation.

Les échanges professionnels avec le Dr Gadzhiev et son équipe ont été particulièrement constructifs, portant sur les spécificités médicales locales, sur les techniques chirurgicales et les stratégies de traitements avec à la clé, l'établissement d'une vraie relation amicale entre le CLAFU et cette équipe russe avec une volonté de futures collaborations.

Outre la motivation initiale qui était de découvrir « en vrai » le laser thulium (qui ne devrait pas arriver sur le marché avant la fin de l'année), le CLAFU a trouvé, lors de ce déplacement, une formidable source d'enrichissement culturel médical et l'opportunité pour promouvoir l'endo-urologie française au niveau international.

Christophe ALMERAS, Andras HOZNEK
et les membres du Comité Lithiase de l'Association Française d'Urologie

UROjonction n° 110

Pénurie des traitements adjuvants pour les tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle

Arnaud MÉJEAN

Notre pays connait une pénurie des traitements adjuvants pour les tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle (TVNIM).

La mitomycine C (MMC) est recommandée pour le traitement adjuvant des tumeurs de vessie de risque intermédiaire (pTa de bas grade (Gr 1-2) récidivantes et/ou multifocales). Commercialisée en France par Kyowa Kirin Pharma SAS, l'approvisionnement en MMC (Ametycyne®) connait des tensions depuis juillet 2019 en raison de problèmes réglementaires entourant sa production. Une mise en quarantaine des lots produits a été imposée par la *Food and Drug Administration* (FDA) fin septembre 2019 et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) a été informée de la rupture de stock le 18 octobre 2019.

Le BCG est recommandé pour le traitement adjuvant des tumeurs de vessie de haut risque (pT1 et/ou haut grade et/ou présence de carcinome in situ). La souche Medac (BCG Medac®), commercialisée en France par Medac SAS et seule à avoir une autorisation de mise sur le marché (AMM) pérenne en France après le retrait du marché de l'Immucyst (commercialisé par Sanofi) en septembre 2019, connaît également des tensions d'approvisionnement en raison de difficultés de production conduisant à une rupture de stock le 16 octobre 2019. Consécutivement, la souche Tice (Onco-Tice®) commercialisée par Merck Sharp and Dohme (MSD), disposant d'une autorisation temporaire d'importation a vu sa demande augmentée conduisant une tension d'approvisionnement.

L'Association Française d'Urologie (AFU), par son Comité de Cancérologie (CCAFU), en collaboration étroite avec l'ANSM qui l'a sollicité, a proposé des solutions pour maintenir le meilleur niveau de qualité possible pour le traitement des patients.

- **Pénurie de mitomycine C pour laquelle l'AFU et l'ANSM ont validé l'épirubicine comme alternative de traitement.**
- **Pénurie de BCG justifiant une gradation de la sévérité des patients pour guider la décision thérapeutique : le CCAFU propose un score.**
- **Le CCAFU insiste dans ses recommandations sur la qualité de la résection et de la surveillance endoscopique et cytologique des patients.**

Concernant le traitement par MMC, étant donné, d'une part, la nécessité de prioriser le traitement de pathologies non urologiques pour lesquelles la MMC n'a pas d'alternative validée et, d'autre part, l'alternative que constitue l'utilisation de l'épirubicine, validée scientifiquement et d'utilisation courante dans d'autres pays, le point d'information diffusé le 27 novembre 2019 et co-signé par l'AFU et d'autres sociétés savantes concernés par la pénurie, indique l'utilisation en première intention de l'épirubicine en lieu et place de la MMC. Le titulaire de l'AMM en France est Accord Healthcare France (45 Rue du Faubourg de Roubaix, 59000 Lille).

Comme la MMC, l'efficacité de l'épirubicine dépend de son mode d'utilisation et de sa concentration. Ainsi, les posologies recommandées sont :

- pour le traitement du carcinome papillaire à cellules transitionnelles de la vessie, une thérapie de 8 instillations hebdomadaires de 50 mg (dans 25 à 50 ml de solution saline) est recommandée ;
- en cas de toxicité locale (cystite chimique), une réduction de dose allant jusqu'à 30 mg est recommandée ;
- pour les carcinomes *in situ*, en fonction de la tolérance individuelle du patient, la dose peut être augmentée jusqu'à 80 mg.

La préparation de la dose suit le même circuit que celui de la MMC avec une préparation par la pharmacie hospitalière, une utilisation immédiate après préparation :

- la stabilité physicochimique du produit dilué dans une solution de chlorure de sodium à 0,9 % a été démontrée pendant 60 minutes à température ambiante ;
- d'un point de vue microbiologique, en cas d'utilisation non immédiate, les durées et conditions de conservation après dilution et avant utilisation relèvent de la seule responsabilité de l'utilisateur et ne devraient pas dépasser 24 heures à une température comprise entre 2° C et 8° C (1).

L'alcalinisaton urinaire préalable à l'instillation n'est pas nécessaire, la stabilité de l'épirubicine diminuant à pH basique.

Le circuit d'élimination de l'épirubicine est le même que celui de la MMC avec l'application d'eau de Javel dans les WC pour neutraliser le produit et l'incinération à 1 200° C du matériel.

Concernant le traitement par BCG, un contingentement s'imposant, le CCAFU a co-signé un point d'information de l'ANSM publié le 25 novembre 2019

(*https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Tumeurs-de-la-vessie-point-sur-les-recommandations-de-prise-en-charge-par-BCG-Medac-Oncotice-Point-d-information*) et propose un score afin de guider la décision d'attribution des doses disponibles en situation de pénurie. Ce score est basé sur les critères pronostics validés dans les scores EORTC (2) et CUETO (3), et prend en compte les possibilités d'alternatives thérapeutiques et intégrant les impératifs d'utilisation du BCG liés à l'inclusion des patients dans un essai clinique.

Ce score pourra vous être demandé par votre pharmacien(ne) afin qu'il puisse renseigner l'ANSM quant à la sévérité des patients traités, ce score CCAFU étant corrélé à la gravité du pronostic des TVNIMs de haut risque. Les comptes-rendus opératoires et d'analyses anatomo-pathologiques vous permettrons de justifier ce score si besoin.

Critères d'attribution de la BCG thérapie	Nombre de points
Présence de carcinome in situ (CIS)	6
Haut Grade / Grade 3	5
Stade T1	4
Plus de 8 tumeurs	3
Dimension tumorale ≥ 3 cm	3
Récidive tumorale dans un délai de moins d'un an	2
Âge ≥ 70 ans	2
Patient inéligible pour un traitement radical (chirurgie/radio-chimiothérapie)	4
Accès impossible à la thermo-chimiothérapie	1
Participation du patient à un essais clinique imposant le BCG	4
TOTAL	**34**

Yann NEUZILLET

Utilisation du score CCAFU : une aide à la décision

Un questionnement fréquent accompagnant la mise à disposition du score CCAFU pour l'attribution des doses de BCG en situation de pénurie concerne le seuil à partir duquel on prescrit le BCG ou une alternative.

Ce score n'a pas pour objet de remplacer la décision de l'urologue dans son colloque singulier avec le patient pour ce qui est d'indiquer une cystectomie. En la matière, le communiqué du CCAFU rappelle les recommandations 2018-2020 qui définissent la cystectomie totale comme un traitement contre les TVNIM les plus agressives.

Il n'a pas non plus pour objet de définir si les patients ont ou non une indication de BCG-thérapie : c'est l'inverse. Un patient qui a une indication de BCG-thérapie doit avoir son score calculé pour justifier qu'il puisse recevoir, ou non, le BCG qui lui est indiqué… s'il n'y en a pas assez pour tous !

En effet, le score a pour but de classer les patients sur des critères scientifiques, de façon à ce que les patients qui ont le plus de bénéfice médical à recevoir la BCG-thérapie aient le score le plus élevé.

En situation de pénurie, lors de l'arbitrage que nous avons à mener si le nombre de doses disponibles n'est pas en adéquation avec le nombre nécessaire pour traiter tous les patients, le score permet de sélectionner sur des critères médicaux les patients qui se verront attribuer leurs doses de BCG.

Si, par exemple, 6 patients ont une indication de BCG-thérapie alors qu'il n'y a que 3 doses disponibles, le score indique que ce sont les 3 patients qui ont les scores les plus élevés qui devraient se voir attribuer ce traitement.

Le score s'adapte à la profondeur de la pénurie : ainsi, dans le même exemple, s'il y avait eu 5 doses disponibles, seul le patient ayant le score le plus faible aurait nécessité une alternative thérapeutique (prioritairement des instillations endovésicales de chimiothérapie).

La responsabilité des équipes pourrait être questionnée si un patient s'estimait lésé par la décision de ne pas le traiter par BCG. La mention du score dans les dossiers des patients doit permettre de justifier cette décision. D'autres informations « administratives » concernant la pénurie de BCG et de mitomycine C sont disponibles sur le site urofrance.org, dans l'émission Canal AFU du 18 décembre avec le Dr Lotfi BOUDALI, directeur en charge du dossier à l'ANSM (*https://video.urofrance.org/Canal_AFU_EM18_BCG.mp4*).

Yann NEUZILLET, *membre du sous-comité « Vessie » du CCAFU*

Ce score permet d'adapter les recommandations du CCAFU concernant les indications de la BCG-thérapie et de ses alternatives, sachant que (4) :

- la réalisation du traitement d'entretien par BCG (6 instillations d'induction + 3 instillations hebdomadaires à 3, 6, 12, 18, 24, 30 et 36 mois) a été associée à une réduction de 32 % du risque de progression des TVNIM ;
- inversement, lorsque seul le traitement d'induction par BCG a été réalisé, cela a été associé à une augmentation de 28 % du risque de récidive comparativement au traitement par chimiothérapie endovésicale ;
- la chimiothérapie endovésicale avec entretien (8 instillations d'induction suivies d'une instillation mensuelle pendant 1 an) réduit le risque de récidive de 30 % par rapport aux instillations de BCG sans entretien ;
- les TVNIM combinant l'ensemble des facteurs de risque (pT1 de haut grade avec CIS), des tumeurs avec envahissement lymphovasculaire et des tumeurs non urothéliales ou présentant des formes anatomopathologiques agressives ont un risque de progression très élevé et précoce, soit parce que la probabilité d'éradication complète avant traitement est faible, soit parce qu'elles sont très agressives, qu'elles présentent un risque d'échec du traitement endovésical élevé ou qu'il existe un risque d'envahissement ganglionnaire dès le stade pT1. La cystectomie de première intention peut être proposée pour les traiter après avoir discuté de la morbidité de l'intervention avec le patient.

Ainsi, pour les patients classés par ce score comme étant prioritaires pour l'attribution du BCG, le traitement doit comprendre les 6 instillations d'induction et, de principe, les instillations d'entretien.

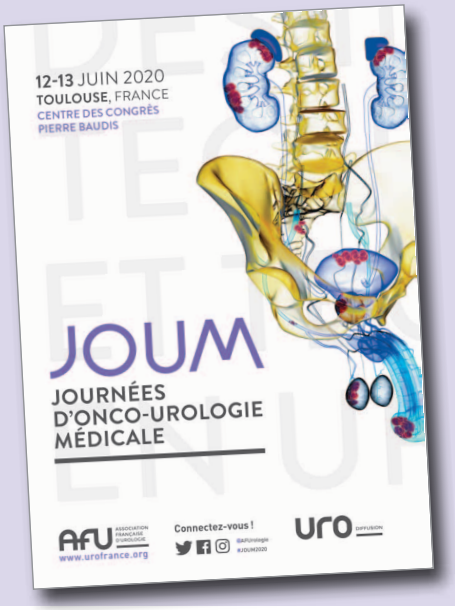
Pour les patients qui ne pourraient pas recevoir de BCG à cause de la pénurie, le traitement radical (cystectomie totale ou radio-chimiothérapie) doit être proposé en cas de score élevé. Inversement, pour les patients ayant un score faible, la chimiothérapie endovésicale par épirubicine et la thermo-chimiothérapie peuvent être proposées en association à une surveillance endoscopique et cytologique selon, a minima, le rythme trimestriel recommandé par le CCAFU.

Enfin, le CCAFU rappelle que le traitement des tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle repose sur leur résection endoscopique complète. Elle doit impérativement permettre l'analyse du détrusor pour définir le stade anatomopathologique. Lorsque la certitude du caractère complet de la résection n'est pas acquise en fin d'intervention et/ou que l'analyse anatomopathologique ne permet pas de définir l'atteinte du détrusor et/ou que le stade tumoral est pT1 (infiltration du chorion), une résection dite de 2nd *look* est recommandée et ce d'autant que nous connaissons une situation de pénurie de traitements adjuvants.

Arnaud MÉJEAN *et les membres du Comité de Cancérologie de l'Association Française d'Urologie*

Références

1. http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=64354517&typedoc=R
2. *Sylvester RJ, van der Meijden AP, Oosterlinck W, et al. Predicting recurrence and progression in individual patients with stage Ta T1 bladder cancer using EORTC risk tables: a combined analysis of 2596 patients from seven EORTC trials. Eur Urol. 2006;49(3):466-477.*
3. *Fernandez-Gomez J, Madero R, Solsona E, et al. Predicting nonmuscle invasive bladder cancer recurrence and progression in patients treated with bacillus Calmette-Guerin: the CUETO scoring model. J Urol. 2009;182(5): 2195–2203.*
4. *Rouprêt M, Neuzillet Y, Pignot G, Compérat E, Audenet F, Houédé N, Larré S, Masson-Lecomte A, Colin P, Brunelle S, Xylinas E, Roumiguié M, Méjean A. Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU - Actualisation 2018-2020 : tumeurs de la vessie. Prog Urol. 2018 Nov;28(12S):S46-S78.*



JOUM
JOURNÉES D'ONCO-UROLOGIE MÉDICALE

12-13 JUIN 2020
TOULOUSE, FRANCE

Programme et bulletin d'inscription prochainement disponibles sur Urofrance

Chère Christine, Chère Anne-Marie

Patrick
COLOBY

Cette soirée vous est consacrée. Elle n'est pas superfétatoire. Elle nous est nécessaire et trop insuffisante, en regard de tout ce que vous nous avez donné pendant toutes ces années.

Vous avez accompagné l'AFU dans sa restructuration et son développement avec justesse, humilité, dévouement, intelligence, rigueur, efficacité.

Vous avez su être à l'écoute et vous adapter à tous les acteurs qui se sont succédés, et à qui vous avez transmis votre énergie positive.

Votre complicité, votre complémentarité entre vous, chère Christine et chère Anne-Marie ont été également un élément très important.

Il y a plus de vingt ans, vous avez accueilli dans vos locaux de Convergences, avenue Gambetta, un petit urologue de banlieue, tout nouveau secrétaire général, qui a beaucoup appris grâce à vous.

Puis ce fut Colloquium, rue de la Croix Faubin.

Nous n'avions pas nos propres locaux.

Vous étiez notre secrétariat, notre organisateur du Congrès.

Les conseils d'administration se réunissaient à la Pitié et se terminaient à point d'heure...

1998-1999 était l'année du début difficile d'utilisation des courriels (Horus) pour notre communication interne.

Nous avons passé beaucoup d'heures ensemble à écrire l'ordre du jour et rédiger les comptes rendus des conseils d'administration. Nos préoccupations de l'époque n'étaient pas si différentes de maintenant : l'organisation du Congrès avec, en novembre 1999, l'arrivée du CFU au palais des congrès récemment agrandi, la formation initiale avec l'organisation des ECU avec le Collège, la formation continue avec la création des SUC en 2000, les études en cours avec les ultrasons focalisés à haute intensité (Ablatherm), la réflexion sur la rédaction de fiche d'information patient, notre suivi sur l'acquisition par les urologues de la compétence en cancérologie, la réflexion sur le choix d'une agence de communication, le développement du jeune site Urofrance, l'international avec la francophonie.

Vous nous avez accompagnés dans l'adaptation de l'AFU à son environnement : la création du conseil scientifique en 2002, de l'OA d'EPP en 2006, de l'OA d'accréditation en 2007, d'Uro Diffusion en 2010, du CNP d'urologie et d'URO DPC en 2013, dans le rôle de l'AFU dans la recherche avec la mise en place de l'étude HiFi avec l'AFU comme promoteur.

Quel magnifique chemin parcouru.

Au fur et à mesure des mandatures, l'idée a mûri de donner à l'AFU une maison.

Le président Coulange et son équipe ont initié le projet.

Le Président Rischmann et son équipe ont donné naissance à la première maison de l'urologie, en location, rue de Vaugirard en mai 2009.

Et nous vous avons laissé momentanément pour mieux vous retrouver dès 2010.

Et le projet s'est finalisé avec vous, chère Christine et chère Anne-Marie, par l'acquisition de ces locaux en juillet 2012.

Pourquoi une maison ?

La maison est traditionnellement le lieu d'habitation d'une famille.

C'est aussi, étymologiquement, du latin « manere », rester, le lieu où l'on reste, où l'on revient.

« A cette science qui prenait tant d'espace, il fallait incorporer le temps.
Rien ne dure dans ce monde, la vie des hommes et leur mémoire moins que tout.
Les institutions seules ont chance de passer les années.
Il fallait donc à l'Urologie une Maison, qui en fût la comptable, la gardienne, et, dans une mesure, l'inspiratrice »
(phrase inspirée de Jean Aversenq (Toulouse) en 1929, lors du 29e Congrès)

La Maison de l'Urologie est cela, elle a été votre maison et elle le restera.

Vous faites partie de cette belle famille de l'Urologie.

Nous vous souhaitons une très belle retraite. On vous aime.

Sur une musique de Yves Simon

Vous marchiez Christine au bord de l'Uro
Vos quatre ailes rouges sur le dos
Vous chantiez l'AFU de Felix
Sur une bande magnétique toujours lisse

Anne Marie, on va cueillir des alsines
Au pays des merveilles de Christine

La la la la la la la la
La la la la la la la la

Sur les vieux écrans de soixante dix
Vous étiez monitrice de ski en Suisse
L'AFU vous a alpaguée
De l'autre côté du miroir d'un café

Anne Marie, on va cueillir des alsines
Au pays des merveilles de Christine

La la la la la la la la
La la la la la la la la

Dans la tire qui mène à l'Urowood
Vous savez bien qu'il faut jouer des coudes
Les superstars et les petits fils de Guyon
Vous coinçeront Anne Marie et
Christine dans son giron

Anne Marie, on va cueillir des alsines
Au pays des merveilles de Christine

La la la la la la la la
La la la la la la la la

Pour l'AFU, **Patrick COLOBY**
Le 10 janvier 2020

Partenaire

Uro Innovation Community : penser l'urologie de demain

Le 13 décembre 2019 s'est tenue, à Paris, la première édition d'un cercle de réflexion sur l'innovation en urologie. Organisée par l'Association Française d'Urologie (AFU), avec le soutien du laboratoire Takeda, la journée s'est articulée autour des thématiques de l'intelligence artificielle (IA), du Big Data et de la robotique.

Suite au discours d'ouverture du Professeur Droupy – à l'initiative du Think tank - la journée a été rythmée par sept interventions menées par des experts scientifiques et technologiques et deux tables rondes : parler d'innovation en urologie, c'est bien entendu parler d'urologie mais aussi d'intelligence artificielle, de données de santé et d'équipements à la pointe de la technologie. Des thématiques sur lesquelles se sont appuyés les deux groupes de travail pour porter, en fin de séance, des propositions innovantes. Elles seront très prochainement soumises au Conseil d'Administration de l'AFU.

Intelligence artificielle et robotique : quels enjeux en urologie ?

Un point important a été souligné par les experts : avec la numérisation, l'IA devient peu à peu incontournable dans la santé.

Le déploiement de l'IA, comme de la robotique, va impacter les prises en charge courantes ainsi que les segments de la médecine qui ont actuellement recours au numérique et à la robotique. Les cas d'usages de l'IA et de la robotique en santé sont déjà nombreux et opérationnels : en ophtalmologie, notamment avec des projets pilotes sur la rétinopathie diabétique ; en cancérologie, particulièrement avec la conception d'une IA capable d'identifier les métastases dans les ganglions lymphatiques susceptibles d'évoluer en cancer du sang.

L'urologie, déjà habituée au recours à la robotique, s'inscrit dans une nouvelle étape puisque certains gestes chirurgicaux sont d'ores et déjà automatisés. Des cas d'usages possibles de l'IA sont en développement, notamment au niveau d'agents conversationnels pour la pré-consultation.

Big Data : une révolution pour la santé ?

Travailler sur les données, c'est accepter un point de convergence entre l'Homme et la machine. En effet, interpréter de grandes quantités de données générées par la médecine conventionnelle nécessite de s'appuyer sur des machines. Ces dernières ne sont pas seulement employées à séquencer des agencements complexes de tâches simples et répétitives. Elles apprennent et sont éduquées aux données. Les performances des machines s'améliorent à mesure que le volume de données nécessaires à leur apprentissage croît. Telle est bien la promesse du Big Data qui, en outre, représente une aide au diagnostic par des algorithmes - déjà bien structuré en imagerie. Des débats ont été conduits sur ces questions et ont même mené à l'idée de réorganiser la recherche en génétique humaine en France.

Xavier MATILLON
Président

Bastien GONDRAN-TELLIER
Secrétaire Général

Lucas FRETON
Trésorier

Bonne année 2020 !

L'ensemble du CA de l'AFUF vous souhaite une très belle année 2020 ! Nous espérons que vous avez apprécié cette première année à votre service et que vous serez encore plus nombreux à rejoindre l'AFUF cette année (inscription sur *https://afuf.fr/fr/user/inscription/*)

Nos résolutions pour 2020 ? Poursuivre le travail en gardant la dynamique influée par les précédentes mandatures et tout mettre en œuvre pour s'adapter aux nouvelles contraintes réglementaires sur le financement de l'hospitalité des internes afin de proposer encore plus d'occasions d'apprendre dans les meilleures conditions possibles.

Dans ce « fax-AFUF », concocté par le CA 2018-2020, vous trouverez, une nouvelle fois, une illustration de ce que peut proposer l'AFUF dans la promotion de la formation, à tous les niveaux. C'est ainsi que vous pourrez lire un article sur un nouveau projet : PODCAFUF !

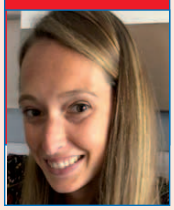
Vous aurez également les témoignages de l'équipe gagnante de l'UroContest 2019 qui s'est déroulé pendant le dernier Congrès Français d'Urologie. Vous saurez également tout sur la future team AFUF EAU 2020, composée des gagnants de l'UroContest, des vainqueurs des Olympiades des Rencontres de l'AFUF 2019 et d'une équipe sélectionnée de jeunes membres impliqués dans la recherche avec un abstract à l'EAU 2020 accepté !

Enfin, vous pourrez également tout connaître sur l'Enseignement du Collège d'Urologie et toutes ses nouveautés, conséquences de la R3C...

Fidèle à son objectif principal de vous proposer des formations autour des « 3T » : Techniques, Théoriques et Thérapeutiques, l'ensemble du Conseil d'Administration espère que vous serez encore nombreux à adhérer cette année à l'AFUF et voir notre grande famille des jeunes urologues poursuivre sa croissance et sa formation tournée toujours plus vers l'excellence.

Encore meilleurs voeux à toutes et tous et à très vite !

Xavier MATILLON, *Président*
Benjamin PRADÈRE, *Président d'Honneur*
Bastien GONDRAN-TELLIER, *Secrétaire Général*
Lucas FRETON, *Trésorier*
Au nom du Conseil d'Administration de l'AFUF



Margaux FELBER

Maxime VALLÉE

Team AFUF EAU 2020

Riche de ses nombreux, talentueux et jeunes urologues, la France se doit d'être de plus en plus représentée sur la scène européenne. Comme chaque année donc, l'AFUF sera présente à l'EAU.

Fort de son succès depuis sa création en 2016, la Team AFUF sera à nouveau là à Amsterdam pour le prochain congrès qui aura lieu du 20 au 24 mars. La Team AFUF, enviée par tous nos collègues européens, offre aux jeunes urologues que nous sommes l'opportunité de venir présenter nos travaux sélectionnés pour le congrès de l'EAU grâce au soutien financier de notre association.

C'est l'occasion de venir représenter dignement notre beau pays et l'AFUF dans une bonne et saine ambiance de camaraderie urologique !

EAU20 | AMSTERDAM
20-24 March 2020

Cette team est déjà constituée et nous félicitons les heureux élus qui ont grandement mérité leurs places !

Une tradition française commence également à s'inscrire lors de ce congrès : La French Connection.

Pour ceux qui ne connaissent pas encore, il s'agit d'une soirée organisée par l'AFUF le vendredi soir permettant de réunir les internes européens présents sur place.

Chaque année elle réunit de plus en plus de participants (plus de 250 l'année dernière) permettant dès le début du congrès de faire connaissance avec d'autres collègues.

Nous vous souhaitons à tous un très beau congrès européen 2020 rempli de sciences et de nouveaux projets et espérons vous retrouver à la French Connection le vendredi 20 au soir !

Margaux FELBER, Maxime VALLÉE
Représentants Europe

Benjamin PRADÈRE

L'AFUF lance sa chaîne de podcasts

Le futur média numérique est sans aucun doute le podcast. En 2020, l'AFUF va lancer sa chaine de podcasts « PODCAFUF » afin de vous proposer un nouveau support de formation plus adapté à nos rythmes de vie et facile d'accès pour tous.

Pourquoi avons-nous décidé de choisir le PODCAST comme nouveau moyen de promouvoir, d'enseigner et de mettre en valeur la qualité de notre formation ?

Ces 5 dernières années ont vu exploser le téléchargement de podcasts sur les différentes plateformes disponibles. Le podcast devient tellement populaire que 65 % des 15-25 ans pensent qu'il va devenir plus populaire que You Tube !

Aujourd'hui 40 % des podcasts sont créés pour le support pédagogique et cet outil est parfaitement adapté à nos rythmes de vie de chirurgiens en formation. De plus, le support audio présente de nombreux avantage, il favorise l'attention, l'interactivité est maitrisée et la mémorisation facilitée.

Nous avons décidé de vous proposer des formats courts d'environ 7 minutes afin de rendre facile l'écoute que ce soit entre deux blocs ou en vous rendant à l'hôpital. Ce format court a pour objectif de vous donner un message clair et concis sur un sujet très précis sans être chronophage.

Nous aborderons au cours de ces épisodes tous les aspects de notre spécialité. Chaque épisode sera réalisé par un expert reconnu, vous y trouverez des rappels des recommandations, des conseils pour la prise en charge de patients, la prescription médicamenteuse, les techniques chirurgicales ou encore des conseils pour l'annonce d'un cancer en consultation. Toutes les thématiques, de la cancérologie en passant par la lithiase ou encore l'incontinence ou l'andrologie, seront abordées.

Notre objectif est de vous proposer un à deux nouveaux épisodes par mois, afin que vous ayez le réflexe de venir écouter le nouveau podcast du mois.

Dans les mois à venir, vous pourrez retrouver nos podcasts sur notre chaîne PODCAFUF auprès des différents fournisseurs de podcasts (iTunes, Spotify, Sound cloud etc.). Vous pourrez alors les écouter soit directement, soit les télécharger sur vos portables. Toutes les informations sur les podcasts, la liste des épisodes et les liens vers les sites d'écoute seront disponible sur www.afuf.fr.

Si vous aimez nos podcasts et si vous souhaitez un contenu particulier n'hésitez pas à nous contacter pour que nous puissions faire de ce nouveau support un outil indispensable dans votre pratique !

Benjamin PRADÈRE

Frédéric PANTHIER

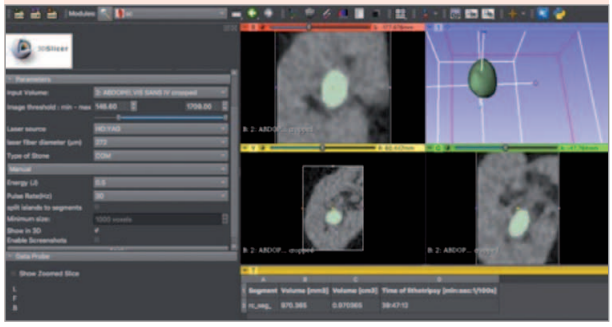
Prix de la meilleure communication AFUF

Je voudrais particulièrement remercier l'AFUF de m'avoir décerné le Prix de la Meilleure Communication pour le Congrès Français d'Urologie 2019, pour mon travail intitulé : « **développement d'un outil 3D pour la planification opératoire des chirurgies lithiasiques** ».

Ce travail a consisté en l'élaboration d'une extension du logiciel 3DSlicer (gratuit) qui permet de fournir une volumétrie et une durée estimée de lithotritie pour les procédures endoscopiques lithiasiques. À partir du scanner abdominopelvien non injecté pré-opératoire d'un patient, « *KidneyStoneCalculator* » permet de créer un segment ajustable par l'opérateur, adaptant la forme du calcul. Ce segment est ensuite quantifié (mm^3) et la durée de lithotritie est déduite selon les critères choisis par le praticien : source laser (Holmium : YAG ou Laser Thulium fibré), diamètre de la fibre laser, paramètres laser (énergie, fréquence, pré-réglages (« dusting » ou « fragmentation »). En cas de calculs multiples, il suffit de sélectionner un volume minimal de calcul afin que le logiciel déduise le volume et la durée de traitement de chacun des calculs. Enfin, une vue tridimensionnelle est possible, intéressante en cas de calculs coralliformes.

Encore un grand merci à l'AFUF pour ce prix !

Frédéric PANTHIER



Clément MICHIELS

3e édition d'UroContest

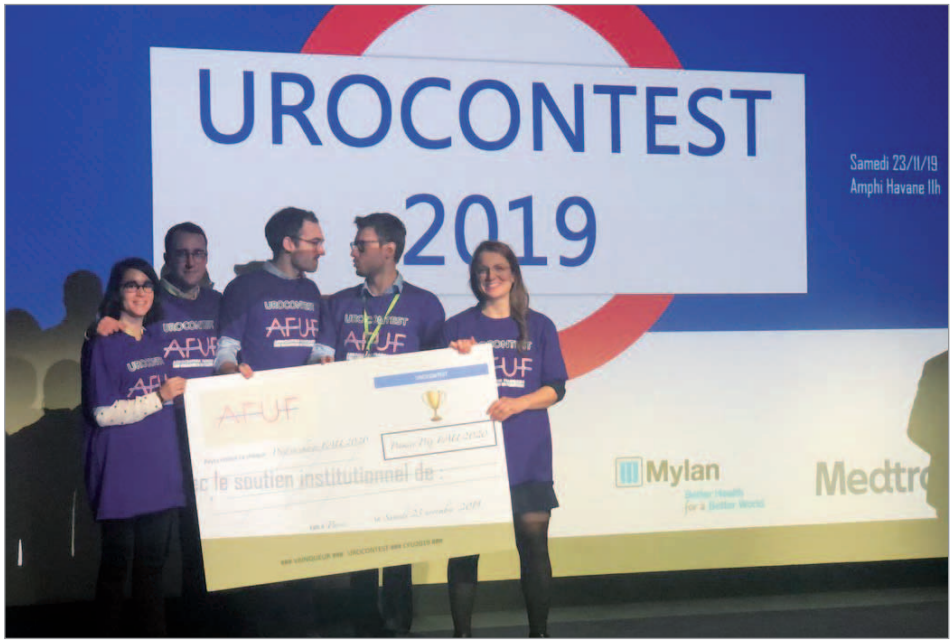
Évènement du CFU de plus en plus attendu

Pendant le 113e Congrès Français d'Urologie, le samedi midi, pour la troisième année consécutive, a eu lieu l'Urocontest. Il s'agit d'une compétition entre les jeunes urologues en formation, organisés en équipes interrégionales. Ces équipes se sont affrontées sur des QCMs traitant de toute l'urologie afin de ramener la coupe à la maison ! L'enjeu est majeur puisque l'AFUF met sur la table le financement, pour tous les membres de l'équipe, du congrès européen qui se déroule en mars à Amsterdam, au sein de la team AFUF.

Maintenant qu'il s'agit de la troisième édition, l'événement est d'autant plus attendu. La salle était bien remplie de supporters, juniors autant que séniors, venus suivre la compétition et soutenir leurs équipes. Les questions officielles ont été proposées par les différents comités de l'AFU, que l'on remercie encore. Gilles Karsenty a été un animateur digne des plus grands jeux télévisés, ce qui a encore ajouté à l'ambiance présente dans la salle.

L'équipe du Sud-Ouest a remporté la coupe ! Mais elle remettra son titre en jeu l'année prochaine, pour la 4e édition de l'Urocontest.

Clément MICHIELS



L'Urocontest est devenu un évènement incontournable au congrès de l'Association Française d'Urologie ! Représenter le Sud-Ouest était l'occasion de retrouver les co-internes des différentes villes afin de défendre notre région. Je me suis prêtée au jeu avec plaisir, chaque question faisait l'objet d'une concertation, chacun a su s'affirmer et s'écouter pour donner la bonne réponse.

L'évènement était suivi de près ou de loin (via les réseaux sociaux) par les urologues de la région, et au fil des victoires la pression montait : des places au congrès de l'EAU étaient en jeu !

L'UroContest est une belle occasion de faire le point sur nos connaissances autour de questions toujours aussi pertinentes, dans une bonne ambiance, mêlant challenge et complicité ! L'aventure ne fait que commencer et se prolongera à Amsterdam pour le congrès de l'EAU !

Cécile MANCEAU

Ce fut un grand plaisir de participer à l'UroContest cette année et de représenter l'équipe Sud-Ouest. L'ambiance était à la hauteur de l'enjeu avec une salle bien remplie d'internes, de CCA et de séniors pour soutenir les différentes équipes participantes, sachant que l'équipe gagnante remportait le financement pour aller à l'EAU 2020 à Amsterdam au sein de la team AFUF !

Malgré la « compétition », cet événement a été un agréable moment de rencontres et d'échanges avec les différents internes d'urologie.

C'est une belle récompense que de pouvoir aller assister à l'EAU en tant que jeune interne !

Merci l'AFUF !

Clément KLEIN

Refonte de l'Enseignement du Collège d'Urologie (ECU)

Eric LECHEVALLIER

Inès DOMINIQUE

Edouard FORTIER

La réforme des études médicales en cours, et notamment la refonte de la maquette du 3e cycle a été l'opportunité de reformater l'ECU.

Les 3 modules sur 3 ans étaient trop espacés. Les inscriptions devenaient de plus en plus tardives dans le cursus de l'internat. Les inscriptions ne respectaient pas les promotions, avec des fins d'ECU en post-internat pour certains.

Le Collège des Enseignants d'Urologie a absolument voulu maintenir cet enseignement qui est largement apprécié par les internes, mais aussi par les enseignants.

Avec les enseignants actuels nous allons pouvoir assurer tous les modules d'ECU pour les internes « anciens régimes ». Avec les nouveaux enseignants débutera l'ECU nouvelle formule sur 18 mois.

Les principes et l'esprit de l'ECU restent les mêmes, qualité des enseignements et mélange et partage des expériences. Nous avons demandé aux enseignants d'avoir des modules plus interactifs et conviviaux.

L'ECU est sauvé...longue vie à l'ECU.

Eric LECHEVALLIER,
Président du Collège des Enseignants d'Urologie

Avec la réforme du 3e cycle (R3C), la nécessité de réformer l'Enseignement du Collège d'Urologie (ECU) s'est imposée rapidement afin d'intégrer l'ECU dans la nouvelle maquette du DES d'Urologie et de faire « cohabiter » les internes issus du parcours DESC et les internes du nouveau DES.

Effectivement pour les promotions du DESC, l'ECU s'organisait sur un module de cours d'une semaine par an, trois années de suite (soit 3 modules au total : urologie fonctionnelle, andrologie-lithiase-infectiologie, onco-urologie).

Les internes du nouveau DES verront cette formation de 3 modules d'une semaine organisée sur 18 mois au cours de la phase d'approfondissement (phase 2) de leur nouveau DES.

Cet enseignement aura toujours lieu en immersion dans un hôtel en pension complète. Les frais sont entièrement pris en charge par l'Association Française d'Urologie.

Avec ce nouveau calendrier imposé par la R3C, les promotions issues des DESC/nouveau DES se chevaucheront jusqu'en 2022 (fin de l'ECU pour la promotion de l'ECN 2016). Les internes de la promotion ECN 2017 débuteront l'ECU en 2020.

Les inscriptions des internes issus de la promotion ECN 2018 débuteront à la rentrée universitaire 2020/2021. Les groupes seront obligatoirement formés d'internes de la même promotion : en cas d'inscription manquée, il ne sera pas possible d'intégrer l'enseignement de la promotion suivante.

Nous restons disponibles pour répondre à vos questions.

Inès DOMINIQUE,
Edouard FORTIER

JAMS

JOURNÉES D'ANDROLOGIE & MÉDECINE SEXUELLE

4-5 SEPTEMBRE 2020
MAISON DE L'UROLOGIE

Programme et bulletin d'inscription prochainement disponibles sur Urofrance

AFU ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Richard MALLET
Vice-Président de l'AFU

AFU et publicités commerciales

Pourquoi de la publicité sur le web univers de l'AFU ?

L'environnement digital de l'AFU représente un coût important pour notre association, et, afin de le pérenniser et de le développer, nous avons songé à recourir à de la publicité.

Pourquoi la publicité digitale ?

En 2019, pour la première fois au niveau mondial, les investissements publicitaires digitaux vont être majoritaires en représentant 50,1 % de l'ensemble du marché, d'après eMarketer. Selon les prévisions, le cap des 60 % sera franchi en 2023 (60,5 %) en dépassant les 500 milliards de dollars.

En 2019, Google est le premier acteur du digital avec plus de 100 Md$ de revenus publicitaires dans le monde et 31,1 % de part de marché. Facebook est 2e avec 67,37 Md$ devant Alibaba (29,2 Md$) et Amazon.

La publicité sur le web-environnement de l'AFU a donc été une piste de réflexion avec de nombreux débats au sein du bureau et du conseil d'administration.

Le dernier conseil d'administration de la dernière mandature a finalement opté pour le début de la publicité sur le site urofrance.org et la newsletter.

Dans notre environnement actuel, la publicité apparaît de manière rare sur la newsletter et l'émission Canal AFU. Nous avons des newsletters thématiques depuis 2 ans, telles que celle de décembre 2019, sponsorisées par certains de nos partenaires. Nous avons également, depuis la création de Canal AFU, certains partenaires habituels issus de l'industrie pharmaceutique qui sponsorisent nos émissions. Que ce soit sur Canal AFU ou la Newsletter, le programme éditorial est totalement indépendant et les messages propres à notre société savante.

Dès lors, il fallait déterminer la place de la publicité dans notre environnement numérique.

Même si Marshall Mc Luhan dit « *la publicité, c'est la plus grande forme d'art du XXe siècle* », l'objectif de l'AFU est de ne pas perturber les utilisateurs du site.

La publicité sera présente uniquement sur le site professionnel urofrance.org et sur UroNews. Le site patient urologie-santé.fr ne fera pas l'objet de publicité

Pour la réalisation pratique, nous avons donc acté un partenariat avec une régie publicitaire qui sera notre interface avec nos partenaires. Les premiers contacts se sont faits avec des banques telles que la BNP, des gestionnaires de patrimoines, le groupe PSA ou des industriels tels que Nespresso.

Différentes formes de pub peuvent être envisagées. La forme la plus fréquente est la bannière display (affichage en anglais). Les éléments visuels peuvent êtres fixes, animés ou expand (cela se déploie lorsque la souris passe dessus). Cela peut également être une publicité en ligne en habillage ce qui consiste à remplir l'arrière-plan d'une page web avec de la pub.

Enfin, le pop-up : la plus intrusive car apparait de manière intempestive lors de la navigation. Il s'agit d'une fenêtre intrusive ou fenêtre surgissante qui s'affiche, sans avoir été sollicitée par l'utilisateur (fenêtre intruse), devant la fenêtre de navigation principale lorsqu'on navigue sur Internet. C'est hautement apprécié par les annonceurs car le taux de conversion peut être jusqu'à 5 fois supérieurs aux autres formes de publicité.

L'AFU s'est positionnée sur une bannière display fixe sur le site urofrance.org uniquement comme l'exemple (en haut) et également en haut d'UroNews (ci-contre) SANS aucun pop-up.

Tout ceci va permettre à l'AFU de pérenniser le site et de poursuivre son développement en partie financé par la publicité.

Il s'agit par ailleurs d'une phase de test. En cas de ressenti négatif, cette publicité peut s'arrêter ou dans le cas contraire, elle peut être amenée à se développer.

Richard MALLET