

Sommaire

Éditorial

- *Le point sur les relations internationales de l'AFU*2
Franck BLADOU, Franck BRUYÈRE, ARNAUD MÉJEAN,
Benjamin PRADÈRE, Alexandre de la TAILLE, Olivier TRAXER

Dossier - les urologues français aux quatre coins du monde

- *Une mobilité en famille à Montréal quoi qu'il en coûte*3
Charles DARIANE
- *CHU de La Martinique*5
Johan ROSE
- *la orana et maeva en Polynésie Française !*6
Cécile VERRIER
- *Un semestre à Tahiti...*8
Caroline PLASSAIS
- *Dix ans en Australie*10
Yves HELOURY
- *Relations Europe de l'AFUF en ces temps incertains*12
Anna GOUJON, Gautier MARCQ

Enseignement

- *Formations spécialisées transversales (FST) en urologie : quel bilan après 3 ans ?*13
Eric LECHEVALLIER
- *Rédaction des attendus d'apprentissage des compétences : une approche interdisciplinaire innovante dans le cadre de la R2C*14
Alexandra MASSON-LECOMTE

Comités de l'AFU

- *Le Comité d'infectiologie de l'AFU : le comité qu'il vous faut !* .. 16
Franck BRUYÈRE
- *Le comité des pratiques professionnelles de l'AFU : améliorer notre exercice et défendre notre profession* 17
Luc CORMIER

Recherche

- *Édition 2021 du séminaire Graines et sol* 18
Christian SAUSSINE

Pénurie

- *BCG : nouvelles tensions d'approvisionnement* 19
Yann NEUZILLET, Caroline PETTENATI

Maladies professionnelles

- *Syndrome d'épuisement professionnel des urologues français : le point sur l'année 2020* 21
Gaëlle FIARD
- *Les urologues français souffrent-ils du syndrome de l'imposteur ?* 24
Gaëlle FIARD

SNCUF

- *« IBODE or not IBODE, there is no more question! » Urgence 31 mars 2021 : après il sera trop tard* 28
Didier LEGEAIS

JOUM

- *Les JOUM reviennent en 2021 avec un format virtuel* 29
Laurent GUY, Thierry LEBRET, Marc-Olivier TIMSIT

Rencontres urologiques

- *La transition enfant-adulte en urologie*30
Charles MAZEAUD
- *La chirurgie du transsexualisme pour un urologue : how to make it !*31
François-Xavier MADEC

Fax AFUF

- *Rencontres de l'AFUF 2021 : 17 au 19 septembre à Bordeaux* ..33
Emilien SEIZILLES de MAZANCOURT
- *UROONE : le renouveau !*33
Ugo PINAR

Les membres
de la Commission
Relations
Internationales
de l'AFU



Franck
BLADOU



Franck
BRUYÈRE



ARNAUD
MÉJEAN



Benjamin
PRADÈRE



Alexandre
de la TAILLE



Olivier
TRAXER

L'Association française d'Urologie s'est toujours fixée comme objectif d'avoir et de développer des relations avec les sociétés savantes étrangères pour diffuser les expertises et connaissances françaises mais aussi pour favoriser les échanges d'idées, concepts et stratégies et pour apprendre.

Le Bureau de l'AFU a donc mis en place une commission des relations internationales composée de F. Bladou, F. Bruyère, A. Méjean, B. Pradère, A. de la Taille et O. Traxer. La première tâche de ce comité a été de faire l'état des lieux et de définir les actions prioritaires pour la mandature actuelle.

Le Congrès de l'AUA se révèle au cours des dernières années comme un congrès très large sur l'urologie en excluant la part oncologie de la prise en charge. Son accès devient plus limité pour des raisons budgétaires et la régression des invitations de la part de l'industrie. La journée franco-américaine au sein de l'AUA reste d'actualité et permet aux urologues français présents de se retrouver et à nos sociétés de continuer de tisser des liens. L'AUA a récemment proposé un programme de *visiting scholar program* qui va permettre en 2021/2022, en fonction de l'évolution de la crise sanitaire, à 2 jeunes urologues ayant pour thématique l'HBP, d'aller visiter pendant 3 semaines les centres experts américains. À leur retour, ils auront comme mission de poursuivre les échanges avec ces centres académiques en liant l'AFU. Ils seront des correspondants pour tout urologue souhaitant se rapprocher de ces centres pour des études, des fellowships ou des contacts sur cette thématique.

La SIU, fondée par Félix Guyon en 1907, reste une société très tournée vers la France. Cette année, en partenariat avec

Le point sur les relations internationales de l'AFU

L'AFU, 2 webinaires ont été mis en place et une enquête sur les priorisations chirurgicales en période Covid a été publiée et communiquée au CFU. Traditionnellement, un français reste au bureau de cette association. Les difficultés actuelles sont l'accès à ce congrès par ses localisations volontaires en Occident et en Orient une année sur deux.

L'EAU et l'AFU sont 2 sociétés partenaires et le congrès de l'EAU est privilégié par les urologues français par sa proximité et sa diversité. L'AFU invite chaque année l'EAU à faire une présentation au sein de son congrès. L'EAU a développé un programme depuis 1 an pour intégrer davantage les sociétés savantes européennes à leurs projets et stratégies :

- développement d'une stratégie en faveur du dépistage du cancer de la prostate en allant sensibiliser le parlement européen et mettre en place ce dépistage avec une recommandation des autorités sanitaires européennes. Chaque pays a été appelé pour solliciter ses députés européens et les sensibiliser au dépistage du cancer de la prostate ;
- développement du programme IMAGINE afin de connaître le suivi des recommandations européennes de l'EAU dans la pratique et d'en avoir un retour ;
- poursuite du programme de formation des internes d'urologie par l'EUREP auquel les internes de dernier semestre peuvent postuler ;

- développement d'un programme de formation sur la chirurgie via le centre ORSI.

De son côté, l'AFU réfléchit à développer des subventions pour des *visiting professor* et d'un tour EAU/AFU dans les capitales européennes et inversement pour des urologues européens venant visiter des centres experts français.

Enfin, un effort particulier a été fait vers toutes les sociétés savantes de langue française en favorisant la présence d'experts français au sein des différents congrès, de développer des cours sur place ou en visio et de les intégrer le plus possible aux congrès de formation comme les JAMS ou les JOURM.

Nous pouvons tous être acteurs de la diffusion de notre savoir-faire et pouvoir aussi en retour rapporter vers nos centres des notions, des actualités, des savoir-faire acquis à l'étranger dont nous pourrions faire profiter notre communauté. La commission reste à la disposition de tous les urologues pour les aider dans les liens qu'ils veulent créer avec l'international mais aussi pour que l'AFU puisse bénéficier de leurs expertises et de leurs relations pour la formation de nos jeunes collègues et les échanges scientifiques : la commission peut aider les urologues français dans leur démarches internationales qui viseraient à promouvoir l'urologie française par la promotion d'événements internationaux, par la promotion d'action française à l'étranger, par la mise en relation pour fellowships, des mobilités, des *visiting programs* etc., d'aider à la mise en relation pour mettre en place des études ou participer à des études déjà en cours, et de faciliter l'investissement des jeunes français dans des projets ou des commissions internationales avec l'EAU la SIU ou l'AUA.

Les membres de la Commission



Dossier
préparé par

Arnaud SCHOENIG

Entre confinement et couvre-feu, entre Brexit et COVID-19 difficile de voyager cette année me direz-vous... Une année également compliquée en terme d'échanges avec des congrès virtuels, des réunions de chez soi et des rencontres au compte-gouttes ! Nous avons donc décidé de vous offrir un peu de dépaysement en donnant la parole à nos confrères, urologues français, ayant choisi, provisoirement ou définitivement, d'aller exercer hors de nos frontières ! Ils ont accepté de nous faire partager leur expérience personnelle et professionnelle loin de nos services d'urologie métropolitains en cette période où les voyages et l'éloignement n'ont jamais été aussi difficiles...

Changement de vie radical et nouveau projet familial et professionnel pour le Docteur Charles DARIANE à Montréal, retour aux sources en Martinique pour le Docteur Johan ROSE DITE MODESTINE, nouvelle expérience et dépaysement total à Tahiti pour le Docteur Cécile VERRIER et son interne Caroline PLASSAIS ou alors la gestion d'un service en Australie par le Professeur Yves HELOURY à Melbourne.

En ces temps incertains, nous verrons également comment se maintiennent les relations entre les jeunes urologues en Europe grâce au témoignage d'Anna GOJJON et Gautier MARCQ de l'AFUF.

Bienvenue dans cette fenêtre ouverte sur le monde et merci à eux pour ces quelques lignes de dépaysement !

Arnaud SCHOENIG

les urologues français aux quatre coins du monde

Une mobilité en famille à Montréal quoi qu'il en coûte



Charles DARIANE

Partir en mobilité à l'étranger en pleine pandémie, quelle drôle d'idée ! Et pourtant il s'agissait de notre projet familial et de mon projet professionnel et rien, pas même une pandémie, ne pouvait l'arrêter.

Partir, mais pour quelles raisons ?

Partir une année à l'étranger en Amérique du Nord a toujours fait partie de mon projet personnel dans le cadre du parcours universitaire. J'avais décidé, une fois les premières années de clinat terminées, de partir en mobilité pour ma première année de thèse de science. Le projet avait été ficelé bien à l'avance avec mon laboratoire de rattachement INSERM à Necker-Paris, et il s'agissait de trouver un laboratoire d'accueil aux USA ou au Canada. Evidemment, tout le

monde espère revenir bilingue après une année en Amérique du Nord, mais nous avons fait le choix de Montréal, après avoir pesé le pour et le contre et avoir pris contact avec Fred Saad, urologue de renom charismatique et attachant, qui exerce au CHU de Montréal et responsable du laboratoire de recherche de l'Institut du Cancer de Montréal, dans le domaine du cancer de la prostate. Au vu des difficultés liées au COVID-19 et aux échéances électorales aux USA courant 2020, je pense a posteriori que le choix du Canada était clairement judicieux.

Mais partir au Canada en période de pandémie n'était, pour autant, pas une mince affaire. Evidemment les procédures d'immigration ne sont jamais aisées, mais elles ont été grandement ralenties et rendues compliquées à cause



Patinage le week-end dans un des nombreux parcs de Montréal (lac gelé du parc Lafontaine).

des restrictions de voyage et de l'incertitude des différentes vagues épidémiques. Il a fallu à deux reprises changer l'intitulé de ma demande d'immigration et persévérer auprès de l'ambassade et de l'immigration canadienne, pour finalement recevoir un feu vert 10 mois après ma demande initiale !

L'installation familiale

Le COVID-19 a certes ralenti les procédures au cours de cette année 2020, mais nous a permis d'obtenir sans trop de difficulté une place à l'école pour notre aîné de 3 ans ½ et un appartement sur le Plateau-Mont Royal, grâce à une visite virtuelle à distance. La grande superficie de l'appartement et le petit jardin attenant, ont clairement été une bonne surprise pour les parisiens que nous sommes, habitués aux loyers élevés et aux petites surfaces. Partir avec un nourrisson de 4 mois en plein hiver canadien était également une gageure, mais notre fille s'est habituée au froid sans trop de difficulté. Il faut dire que tout est adapté ici à l'hiver et à ses rudesses (les vêtements, les chaufferettes, les traîneaux et autres poussettes...). Il faut dire également que la moindre tempête de neige déclenche un ballet de déneigeuses impressionnant. Il faut dire aussi que les enfants adorent l'hiver ici et que les -15 degrés habituels ne leur font pas peur. Chaque trajet à l'école était l'occasion de faire des boules de neige, de pelleter et déneiger le chemin devant la porte de la maison, de se faire tirer en luge dans la poudreuse, de dire coucou à son copain l'écureuil au pied de l'école...

Il faut dire également que la mairie de Montréal a su adapter ses parcs extérieurs et particulièrement en cette année où toute visite intérieure est interdite depuis le mois d'octobre 2020. Aucune réunion en intérieur n'étant autorisée et les restaurants étant fermés, nous avons redécouvert les apéros à l'extérieur par -15° pendant que les enfants font des glissades, un bonhomme de neige, ou bien prennent leur premières leçons de patinage. Leurs parents ont même pu s'initier au ski de fond ou au hockey sur glace, sport national par excellence. Nous avons également très vite adhéré



Le fleuve Saint-Laurent en partie gelé vu depuis la grande roue de Montréal.



Le CHU de Montréal (CHUM) et le centre de recherche attenant (CRCHUM).

à une autre coutume locale, qui est de saisir toute occasion de week-end pour partir dans sa « cabane au Canada », dans un chalet au bord d'un lac gelé patinable, au coin du feu, et à moins d'une heure de Montréal en voiture.

Le projet professionnel

Arriver en plein COVID, alors que le télétravail est fortement recommandé et respecté ici, n'a pas été non plus une mince affaire, mais ne m'a pas empêché d'activer mes travaux. Grâce au soutien de Fred Saad et à la gentillesse des québécois, j'ai pu démarrer mon projet de recherche fondamentale au labo et optimiser les bases de données cliniques

sur des projets translationnels. La structure du Centre de Recherche du CHU de Montréal a facilité grandement les choses, ainsi que la qualité de la bio-banque existante. Une semaine type de travail consiste ici tout d'abord à pouvoir emmener mon fils à l'école en bus puis à rejoindre le CHUM à pied qu'il neige ou qu'il vente, toujours bien couvert. Il s'ensuit une journée de recherche fondamentale, avec des expériences, parfois entrecoupées de lab meetings, ou d'échanges le plus souvent virtuels (zoom ou autre interface, COVID oblige), puis de pouvoir faire la sortie d'école et profiter d'une soirée à la maison en famille, sans astreinte ni appel d'urgence.

Selon les projets, certaines journées sont plus tournées vers la recherche clinique, en collaboration avec les oncologues et radiothérapeutes spécialisés en cancer de la prostate. Il y a également les joies du décalage horaire, lorsqu'il s'agit d'assister au lab meeting hebdomadaire français à 6h30 du matin, permettant de garder une piqûre de rappel de mon métier principal de chirurgien et de nos horaires matinaux.

Synthèse des premiers mois

Partir cette année à l'étranger a été un sacré challenge, mais nos premiers mois nous ont clairement permis d'apprécier la joie d'être à Montréal en famille, la chance également d'avoir pu mener à bien ce projet, grâce au soutien financier de l'INSERM, de l'AFU et de l'APHP, et les plaisirs des activités hivernales. Le COVID limite certes les festivités, mais les retrouvailles à l'extérieur n'enlèvent rien aux relations sociales et nous espérons évidemment un printemps et un été en terrasse afin de pouvoir profiter au maximum de cette ville et de ce pays ac-

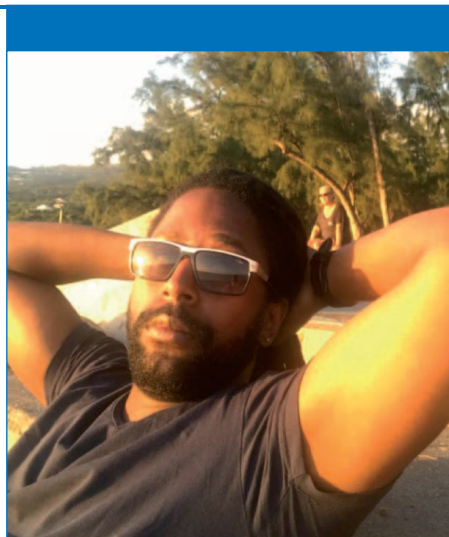
cueillant. Le projet scientifique semble bien lancé et il nous reste maintenant à poursuivre nos découvertes à travers le Canada ; Niagara Falls, la Gaspésie, To-

ronto, Ottawa et Québec étant les prochaines destinations !

Charles DARIANE



Si pour certains l'exercice de l'urologie hors de nos frontières est un nouveau départ et correspond au début d'une nouvelle vie, pour d'autres il s'agit aussi d'un retour « à la maison » après un cursus à distance... Ainsi, Johan ROSE DITE MODESTINE, ancien interne du CHU des Antilles et Chef de Clinique Assistant à Foch et à la Faculté de Médecine Simone Veil de l'université de Versailles St-Quentin-en-Yvelines, nous fait partager son parcours et son retour dans le service d'urologie du CHU de La Martinique...



Johan ROSE DITE MODESTINE

Né aux Antilles et parti faire mes études en France métropolitaine, je n'ai fait que retourner à la maison ! Et par définition, je n'ai pas fait le choix de tout quitter pour changer de vie. Je ne vais donc pas pouvoir parler de dépaysement...

En revanche, je peux dire que quitter le luxe et le confort chirurgical de Foch a été un vrai choix pour me retrouver dans une plus petite structure, beaucoup moins « hyper » spécialisée, faisant de l'urologie basique, en Martinique.

Être dans cette petite équipe présente beaucoup d'avantages : une équipe de

5 urologues d'horizons divers, de différentes écoles chirurgicales, ayant moins de la quarantaine, nous avons une multitude de projets, visant à faire ressembler notre service à nos services d'avant.

Actuellement, le service est en plein boom, avec une émulation, une envie de travailler tous ensemble, pour bâtir un service qui sera à nous, à l'image de chacun d'entre-nous.

La pandémie nous a recentrés sur l'activité cancérologique. La particularité insulaire, et ethnique, fait que le cancer de la prostate est omniprésent. Depuis 2 mois, l'arrivée du robot nous donne grande satisfaction et nous motive encore plus.

Mais il est fort agréable de se dire que toute l'année, sous les tropiques, nous vivons en T-shirt ou chemisette.

La promenade des chiens au bord de la plage à 6 heures du matin rend le début de journée beaucoup plus agréable malgré les embouteillages !

Pour faire encore plus caricatural, après une matinée au robot, particulièrement difficile, le fait de se poser sur la plage, prendre le temps de respirer les alizés à pleins poumons, couché sur la plage aide à nous faire prendre conscience de la chance que l'on a de vivre sur une île paradisiaque.

Je ne vais donc pas vous parler de dépaysement, mais un gain formidable en terme de qualité de vie !

Johan ROSE DITE MODESTINE



Comment adapter notre pratique de l'urologie « occidentale » dans un territoire d'outre-mer où les pathologies, les traditions et les moyens mis à disposition sont complètement différents de ceux que nous connaissons en métropole... Voici l'expérience de Cécile VERRIER, en poste à Tahiti depuis plus de 2 ans...



Cécile VERRIER

la orana et maeva en Polynésie Française !

Cela fait maintenant 3 ans que j'ai découvert Tahiti et ses îles, d'abord au travers d'un voyage en couple où j'avais parcouru pas moins de 8 des 76 îles habitées, puis au cours d'un mois de remplacement au CHPF en novembre 2017 alors que j'étais encore assistante en CHU à Paris. Mais je connaissais déjà les Outre-mer et la vie sur une île, ayant fait ma première année de post-Internat au CHU Sud de la Réunion (St-Pierre) : expérience tellement enrichissante tant sur le plan professionnel que culturel, sportif, contact avec la nature... J'avais adoré cette bouffée d'oxygène hors du tumulte parisien, m'y étais vite autonomisée en endo-urologie et urologie générale, et y avais fait de très belles rencontres. Donc, quand l'occasion s'est présentée de retenter l'expérience ilienne, je n'ai pas trop hésité ! Bientôt 2 ans ½ en tant que PH au CHPF, et je ne regrette pas cette expatriation et ce choix de vie.

Ici la vie est plus que douce, le cadre de vie superbe, les activités sportives et culturelles multiples, les gens très gentils et avenants, non stressés... Presque tout le monde se tutoie, ce qui simplifie les rapports humains sans pour autant altérer le respect des patients pour leur « toate » (= médecin/soignant). Certes ils restent parfois méfiants vis-à-vis de la médecine occidentale (notamment en oncologie), préférant le « ra'au Tahiti » (médecine traditionnelle) ce qui ne rend pas simple la prise en charge de certaines pathologies, parfois...

La pratique de l'urologie y est très variée : bien que centrée sur la pathologie lithia-

sique (à cause du climat tropical, des habitudes alimentaires, de l'obésité et autres désordres métaboliques : diabète, hyperuricémie, etc.), on pratique aussi la cancérologie, l'urologie fonctionnelle, la neuro-urologie (beaucoup de traumatisés médullaires++), l'uro-pédiatrie, la pathologie infectieuse, etc. Les patients ayant souvent de multiples comorbidités et pathologies associées, il y a même un brin de médecine générale dans la gestion en hospitalisation !

On peut même se vanter d'avoir plus facilement accès à certaines technologies qu'en France, puisque nous envoyons en Nouvelle-Zélande nos patients justifiant d'un TEP PSMA dans le cadre du bilan de certains cancers de la prostate (du moins, jusqu'à la fermeture de leurs frontières il y a 1 an...).

Une grande particularité ici est la gestion des patients des îles et archipels. Tahiti est l'île principale avec une population de 190 000 habitants, un seul centre hospitalier plus 2 cliniques dans la capitale (Papeete), et un hôpital périphérique à l'autre bout de l'île (60 km) à Taravao. Mais la Polynésie Française a une population de 290 000 habitants, avec une géographie très particulière comprenant des dizaines d'îles réparties sur 5 archipels, l'ensemble sur un territoire d'une superficie maritime superposable à... l'Europe !!! De Tahiti aux Marquises, par exemple, il y a 1 500 km de distance (environ 4h de vol en avion bi-moteur), on comprend donc qu'il n'est pas toujours simple de gérer à cette distance des

patients complètement isolés au fond d'une des vallées de ces îles ! Il y a 2 autres hôpitaux de périphérie sur les îles de Raiatea (îles-sous-le-vent) et Nuku Hiva (Marquises), mais pour le reste ce sont des petits centres médicaux/dispensaires avec un infirmier ou un auxiliaire de soins. Notre quotidien est donc en partie rythmé par les « evasan » (évacuations sanitaires) de ces patients des îles, qui sont transférés sur Tahiti pour une prise en charge spécialisée, que ce soit en urgence ou en programmé.

Notre force en urologie c'est aussi qu'en tant que spécialité médico-chirurgicale, comme d'autres spécialités médicales, nous nous déplaçons au sein de certains archipels pour aller au contact de la population locale, au cours de « missions » ou consultations spécialisés avancées (CSA). Munis d'un échographe portatif et d'un dictaphone, nous allons au cours de 10 semaines par an, sur une dizaine de ces îles et même au sein de plusieurs vallées éloignées au sein de l'île (accessibles uniquement en 4x4). Nous y voyons entre 60 et 80 patients en quelques jours de consultations, et y revenons avec une petite liste d'exams (imagerie TDM/IRM, biopsies de prostate, cystoscopie, BUD, etc.) ou interventions à organiser ensuite sur Tahiti. Les autres patients seront revus dans 6 mois ou 1 an, lors d'une prochaine mission. Outre le côté pittoresque et très « nature » de ces escapades, c'est l'occasion inédite d'être au plus près de la population locale, de comprendre leurs habitudes de vie et d'adapter nos thérapeutiques en fonction : prendre en charge une nycturie à 4 levers prend un tout autre sens, quand on réalise qu'ils boivent tous un grand bol de café le soir !!!

D'aucuns pensent que partir s'installer en Outre-mer est une « impasse » (phrase entendue à l'époque de partir à la Réunion !) ... eh bien je ne regrette en rien ce choix professionnel et de vie, maintenant que je suis à 16 000 km de la Métropole ! Surtout, en cette année mouvementée sur le plan sanitaire, on peut dire que nous avons été quand même plutôt épargnés par rapport à l'Europe... Même si l'éloignement familial



est parfois difficile, et l'isolement encore plus grand avec la fermeture des frontières et l'impossibilité de transférer des patients, nous avons finalement passé le cap et mieux vécu la période de confinement et de couvre-feu, dans un superbe cadre de vie où les restrictions ont été moins longues et moins strictes.

Pour le moment l'envie de changement et de nouveaux horizons ne pointe pas encore son nez, j'espère donc pouvoir rester quelques années et y fonder une famille...

Cécile VERRIER



Caroline PLASSAIS

Si certains « périph' » peuvent sembler éloignés ou un peu moroses, qu'en est-il de passer un semestre à Tahiti entre décors de carte postale et pathologies atypiques... Le récit de Caroline PLASSAIS, interne à Papeete, nous fait découvrir cette expérience hors du commun !

aussi de leur résistance à la douleur impressionnante.

Les pathologies rencontrées en urologie sont assez semblables à celles de métropole. La pathologie lithiasique reste prépondérante du fait des infections chroniques et des syndromes métaboliques fréquemment rencontrés dans la population tahitienne. Il existe cependant quelques spécificités polynésiennes comme la filariose lymphatique, même si celle-ci reste rare.

Un semestre à Tahiti...

Si il y a bien un endroit qui fait rêver, c'est la Polynésie Française ! J'ai eu la chance de pouvoir effectuer un semestre en inter-CHU au CHPF à Papeete (île de Tahiti) dans le service d'urologie du Dr Leroux.

La médecine en Polynésie Française se démarque de celle de métropole sur de nombreux aspects.

Tout d'abord, elle nécessite de s'adapter à la population locale : les patients viennent souvent de loin pour voir leur « taote » (docteur en tahitien) et consultent souvent avec des pathologies avancées du fait de la difficulté d'accès aux soins mais





Le CHPF étant le seul hôpital important de l'île et même de la Polynésie Française (qui comprend plus de 100 îles et s'étend sur plus de 2 000 km !), toutes les sur-spécialités de l'urologie y sont traitées, de la neuro-urologie à la cancérologie en passant par la pathologie lithiasique, assurant à l'interne une formation générale et variée. Toutes les spécialités sont présentes dans l'hôpital (mise à part la chirurgie cardiaque), permettant une prise en charge multidisciplinaire des patients de qualité.

L'équipe d'urologie est formée de 3 PH et d'un interne : quel que soit le niveau d'avancement dans l'internat, l'interne est très bien encadré et a une belle marge d'autonomie.

L'activité au bloc froid est variée, et elle l'est encore plus la nuit et les week-ends, car nous sommes de garde en chirurgie générale et sommes amenés à prendre en charge les patients en orthopédie, viscérale, vasculaire et en urologie.

Last but not least, la qualité de vie est exceptionnelle ! L'activité au Taaone est certes importante, mais le cadre de vie est vraiment sympathique. Les fins d'après-midi permettent de s'adonner aux sports aquatiques (surf, kite, plongée, etc.) et les week-ends sans garde sont l'occasion de découvrir les autres îles des 5 archipels formant la Polynésie Française.

En bref, ce stage au CHPF est une occasion en or pour se former à l'urologie générale dans un superbe cadre de vie, n'hésitez pas, foncez !

Caroline PLASSAIS

Comité de rédaction d'UROjonction

Rédactrice en chef :

Caroline PETTENATI
pettenati.c@gmail.com

Secrétaires de rédaction :

Julien BRANCHEREAU
julienbranchereau@gmail.com

Julien DEFONTAINES
julien.defontaines@gmail.com

Gaëlle FIARD
gaelleff@gmail.com

Priscilla LEON
bertrandpriscilla@yahoo.fr

Arnaud SCHOENIG
arnaud.schoenig@gmail.com

Coordination générale :

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

Courrier à adresser à :

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

Mise en page et impression :

Accent Aigu
16 rue de Rouen - 75019 Paris
accent-aigu@wanadoo.fr





Yves HELOURY

Dix ans en Australie

Nous avons vécu 10 ans en Australie, de 2009 à 2019. Auparavant, nous avons travaillé pendant 25 ans au CHU de Nantes, moi comme chirurgien pédiatre et ma femme comme oncologue pédiatre.

Notre souhait de partir travailler à l'étranger datait d'environ 18 mois. Nous avions le sentiment d'être à la fin d'une expérience qui avait été exaltante puisque nous avions créé, avec nos collègues, nos services respectifs qui n'existaient pas auparavant au CHU de Nantes.

Nous avons l'impression qu'il ne se passerait plus grand chose pour cette période d'un peu plus de 10 ans qui nous restait à travailler.

Le choix de l'Australie comme destination a été quasi immédiat. Nous étions depuis longtemps attirés par ce pays, au moins pour le visiter. Ensuite, le choix de Melbourne a été naturel car le Royal Children's Hospital (RCH) était le plus grand hôpital pédiatrique d'Australie.

Nous avons été très soutenus par la faculté et le CHU de Nantes dans notre projet de départ. Ils m'ont proposé de partir en détachement et non pas en disponibilité. Ceci était extrêmement avantageux puisque je partais pour une période de 5 ans en conservant mon poste HU tout en n'empêchant pas le recrutement de mon successeur. Ce détachement était par ailleurs renouvelable au bout de 5 ans ce qui est d'ailleurs arrivé. Pour mon épouse, comme elle suivait son mari, elle bénéficiait d'une disponibilité de 10 ans car elle était praticien hospitalier.

Un an avant notre départ, je suis allé passer un entretien en Australie pour occuper un poste d'urologue pédiatre. Ceci nous a permis de rencontrer nos futurs collègues et également de découvrir la région de Melbourne qui est magnifique. Dans la période intermédiaire, entre cet entretien et notre arrivée, nous avons dû travailler de façon très intensive l'anglais car ils exigent un test qui s'appelle l'IELTS, test qui n'est pas très facile à réussir pour des francophones et qui est indispensable pour avoir un visa de travail.

Je suis arrivé à Melbourne le 28 août 2009 et j'ai commencé à travailler le 3 septembre. Le choc a été réel, d'autant que je suis arrivé seul pour une période de 6 semaines. La plus grande difficulté résidait incontestablement dans la pratique et la compréhension de l'anglais, même si mes collègues étaient compréhensifs. Paradoxalement, avec les patients, les problèmes étaient beaucoup moins importants.

Ma femme est arrivée avec nos deux derniers enfants qui à l'époque avaient 13 et 18 ans. Le garçon est rentré à l'université de Melbourne pour faire des études d'économie et notre fille a intégré le collège. Leur intégration a été quasi immédiate.

Ma femme, Françoise, n'a commencé à travailler qu'au mois de juin 2010 car elle bénéficiait d'un nombre important de jours

de RTT. Cette période intermédiaire a été très utile car cela lui a permis d'aider les enfants dans leur intégration et de stabiliser la famille, ne serait-ce qu'en terme de logement.

Les deux premières années nous ont servi à nous intégrer sur le plan professionnel mais également à faire reconnaître nos diplômes. Cela ne nous empêchait pas de travailler comme consultant mais nous n'étions pas reconnus comme des spécialistes à part entière. Nous ne pratiquions officiellement que sous la supervision d'un collègue australien. Cette supervision était en fait extrêmement lâche et ne nous gênait pas dans notre exercice quotidien. Nous avons eu la chance de voir nos diplômes reconnus après un entretien et une période de supervision de 2 ans. Ceci n'est actuellement pratiquement plus possible car ils exigent que les étrangers repassent l'examen de la spécialité.

Sur le plan professionnel, l'expérience a été passionnante car il existait un volume d'activité très important. Nous avons une file active de vessies neurologiques de 150 patients. Nous pratiquons nous même l'urodynamique ce qui est consommateur en terme de temps mais important pour la compréhension.

Il existait également une activité importante pour la malformation des organes génitaux masculins tels que les hypospadias. Cette activité était couplée avec un laboratoire de recherche de haut niveau puisque il était dirigé par A. Sinclair, un des découvreurs du gène SRY.



Enfin, nous avons également une activité de transplantation rénale avec environ 10 transplantations par an.

J'ai noué rapidement des liens avec l'urologie adulte située au Royal Melbourne Hospital, service dirigé par T. Costello ; Cela m'a permis d'assister à leur staff, d'y réaliser des présentations et de faire des consultations de transition.

Cette expérience a été enrichie par la présence de chirurgiens français en fin de formation.

Nous avons accueilli Alice Faure de Marseille et Aurore Bouty de Bordeaux comme assistantes. Alice était sur un poste d'assistante de recherche qui lui a permis pendant cette période de publier un nombre significatif de papiers. Ceci était important pour elle dans le cadre de son cursus universitaire ce qui lui a permis d'être, à son retour à Marseille, promue MCU-PH. Elle devrait être PU-PH avant la fin de l'année 2021. Aurore était fellow avec une activité clinique et de recherche puis consultante pendant 5 ans. Les exigences du collège ayant changé, elle est rentrée en France à Lyon car elle ne souhaitait pas repasser l'examen de la spécialité ce qui paraissait totalement anormal. Elle est également MCU-PH dans le service du professeur Mouriquand et devrait être PU-PH dans les années à venir. Leur présence a été une chance inestimable car elle a permis de développer une activité de recherche significative qui était difficile avec les internes australiens car ils étaient très pris par l'examen de spécialité.

J'avais également une activité d'oncologie chirurgicale pour ce qui est des tumeurs rétropéritonéales (Wilms) et des gonades. J'ai été nommé sur le plan administratif directeur du *Pediatric Integrated Cancer Services* pour une période de 6 ans. Il s'agissait du réseau qui organisait l'activité d'oncologie pédiatrique dans l'État de Victoria pour une population d'environ 7 millions d'habitants. Le but était, en particulier, de réguler l'activité entre les 2 centres d'oncologie pédiatrique situé au RCH et à Monash. Cette activité a été très intéressante car elle m'a permis de nouer des contacts avec les équivalents des ARS.

Sur le plan familial, les enfants se sont très bien intégrés. Marie qui était arrivée



à l'âge de 13 ans et qui ne travaillait pas très bien dans le système scolaire français s'est complètement épanouie dans le système Australien. Ce système n'est pas un système uniquement basé sur les matières fondamentales mais est plus un système éducatif intégrant également l'apprentissage de la vie en communauté, la pratique sportive. Pour ce qui est de la vie en communauté, elle a passé une période de 3 mois dans un petit village situé à 3 heures de Melbourne. Ils vivaient dans des maisons de six et étaient en totale autonomie pour ce qui était de la gestion des repas, de la gestion financière, etc. L'encadrement était réduit au minimum et les parents n'avaient le droit de venir qu'une fois pendant cette période de 3 mois.

Sur le plan sportif, elle a été membre de l'équipe première d'aviron de son collège et a participé au championnat national. Elle a eu le baccalauréat international puis a fait un Bachelor à Canberra. Elle est maintenant au Karolinska à Stockholm.

Antoine a fait un master d'économie puis est parti à l'école d'économie de Toulouse. Il travaille pour une ONG à Londres.

Pendant ces 10 ans, nous avons également voyagé dans toute cette région du Pacifique sud. Nous avons d'abord visité une bonne partie de l'Australie. La région que nous préférons est l'Australie de l'Ouest que ce soit au dessous de Perth dans la région de Margaret River ou au dessus dans la région de Ningaloo Reef. Nous espérons y retourner en 2022.

Nous avons également passé des vacances aux Iles Fidji et aux Iles Cook.

Nous avons, sur le plan professionnel, eu la possibilité également de voyager. Nous avons notamment passé une semaine à Shanghai dans un hôpital pédiatrique. Le volume d'activité et l'expertise technique des chirurgiens chinois sont impressionnants. Il leur reste à faire des progrès significatifs en terme d'indication opératoire.

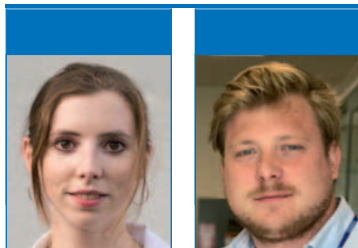
Nous avons décidé de rentrer en 2019 pour des raisons essentiellement familiales. Nous avons eu l'occasion de venir pour une période de 6 mois en congé sabbatique à Paris 3 ans auparavant. Les équipes de Necker pour moi et de Robert Debré pour mon épouse avaient manifesté leur souhait de nous voir venir dans leurs équipes même pour une période courte.

Cette proposition était intéressante car elle nous permettait de travailler dans des hôpitaux ayant une réputation très forte en pédiatrie. Elle nous permettait également de retrouver notre famille que ce soit nos parents qui étaient âgés, nos enfant et petits-enfants.

En conclusion, cela a été une expérience très enrichissante. Elle nous a demandé de l'énergie ce qui suppose une forte cohésion familiale, que ce soit pour ceux qui partent mais aussi pour ceux qui restent.

Maintenant, la retraite arrive puisque nous allons nous arrêter en avril 2021. Une nouvelle aventure commence...

Yves HELOURY



Anna
GOUJON

Gautier
MARCQ

Délégués Europe de l'AFUF

Relations Europe de l'AFUF en ces temps incertains

orsque l'on vous demande d'écrire sur vos relations associatives en ces temps de crise sanitaire mondiale, on comprend ce qu'est la peur de la page blanche... Rêver à ces temps qui nous paraissent si loin, se rencontrer en personne, échanger, mettre au point les objectifs annuels et se répartir les tâches ; désormais tout cela se résume à suivre les échanges e-mail des groupes seul derrière son écran. Cette crise a évidemment un impact collatéral sur nos relations avec nos amis européens.

Le temps est morose, mais gardons à l'esprit que notre ère technologique nous permet de poursuivre les travaux entrepris par nos prédécesseurs. On ne court plus pour avoir son train ou son avion pour arriver à temps à la réunion, mais pour être sûr que sa connexion internet va tenir le coup avec les plateformes en ligne.

Hors crise sanitaire, l'AFUF est assez investie au niveau européen par ses rela-

tions avec l'ESRU (*European society of Resident in Urology*), le soutien financier des internes pour participer à l'EAU (organisation de la Team AFUF composée d'internes ayant eu au moins un abstract accepté pour lesquels l'inscription au congrès ainsi que le transport et le logement sont pris en charge, places offertes pour les gagnants de l'Urocontest de l'AFU ou pour le concours de simulateur des rencontres de l'AFUF) et bien sur la très prisée soirée « French Connection » que nous nous faisons une joie d'organiser.

Depuis un an, nos relations avec l'ESRU se font par Slack, Zoom et nos discussions via un Google group ou Whats'app. On tourne au ralenti ! Comme l'année dernière, le congrès de l'EAU sera virtuel donc pas de Team AFUF ni de belle soirée en perspective. Il faut se réinventer, et pour ça, les jeunes urologues peuvent compter sur leur dynamique association. Le CA ne manquera pas de vous tenir informés des projets européens à venir !

L'Europe au point mort ? Oui, mais la France passe la seconde !

Le nouveau bureau de l'AFUF est plus que jamais motivé à faire son maximum pour

les jeunes urologues. Tous nos efforts sont tournés vers nos membres. Ce travail nous tient à cœur et nous sommes très fiers de vous annoncer que la mobilisation est encore une fois majeure cette année avec près de 500 jeunes urologues ayant répondu à l'appel de notre nouveau président Florian Bardet. Le temps est morose et froid mais le bureau est chaud.

Les projets en cours s'accumulent, les réunions sont désormais mensuelles ! Les relations avec le collège d'urologie sont au beau fixe avec des entretiens répétés et la mise au point d'un questionnaire de grande envergure afin de mesurer les besoins et de tenter de répondre dans le futur à toutes les interrogations que la réforme de l'internat a générées. Nous préparons également nos rencontres annuelles (voir le Fax) et notre journée durant le congrès de l'AFU. L'AFUF continue également ces « PODC'AFUF » avec des nouveautés toutes les semaines ! Nous avons plein de projets dans les pipelines encore et toujours pour les jeunes et par les jeunes.

Anna GOUJON, Gautier MARCQ



Eric
LECHEVALLIER
Président
du CFEU

Formations spécialisées transversales (FST) en urologie : quel bilan après 3 ans ?

Depuis le concours d'Internat 2017 et la réforme du 3^e cycle des études médicales (R3C), il n'existe plus de DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires) comme l'était le DESC de Chirurgie Urologique, qualifiant et complémentaire du DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) de Chirurgie Générale. Les DESC ont été remplacés par des DES, comme le DES d'Urologie (et non plus de Chirurgie Urologique), ou des FST (Formations Spécialisées Transversales).

Les FST permettent un exercice complémentaire en urologie. Une FST est accessible à plusieurs spécialités, plusieurs DES.

Il existe 24 FST. Les FST sont communes à plusieurs DES et sont en théorie accessibles à tous les internes des DES concernés. Les 3 FST ouvertes et accessibles au DES d'Urologie sont la FST de Cancérologie (traitements médicaux des cancers, adulte), la FST de Médecine et Biologie de la Reproduction – Andrologie (MBRA) et la FST de Chirurgie en situation de guerre ou de catastrophe. Cependant, le nombre d'internes DES pouvant s'inscrire à une FST est limité par un quota national déterminé par les ministères, en fonction des besoins en santé des régions et des facultés (subdivisions). En pratique, tous les internes du DES d'Urologie ne pourront pas accéder à une FST.

Les FST ne remplacent pas les Diplômes Universitaires, les Diplômes Inter-Universitaires, etc.

L'inscription à une FST n'est pas obligatoire pour valider le DES. L'inscription à une FST se fait dans une subdivision (faculté) et est validée, en fonction du projet professionnel et du dossier de l'interne,

par les commissions et les pilotes locaux de la FST (sauf pour les FST à faible effectif, pilotes nationaux). La FST est gratuite.

Un interne du DES d'Urologie ne peut s'inscrire qu'à une seule des 3 FST. L'inscription se fait, après la phase socle validée (1^{re} année), en cours de phase d'approfondissement (2^e ou 3^e année du DES). La FST doit être validée avant la phase de consolidation (5^e et 6^e années du DES). Chaque FST se déroule sur 1 an avec un enseignement théorique transversal national, comprenant un tronc commun et des modules spécifiques aux DES concernés, et 2 choix de 6 mois dans des services validant la FST. L'inscription à une FST ne donne pas droit à un allongement de la maquette du DES d'Urologie.

Collège Français des Enseignants d'Urologie



Les objectifs de la FST de cancérologie (traitements médicaux des cancers, adulte) sont de former les médecins/chirurgiens « dans leur spécialité d'organe d'origine, à la primo-prescription et la réalisation des traitements médicaux anticancéreux, hors-radiothérapie, ainsi qu'à la gestion des effets indésirables de tous ces traitements. Les traitements à visée hormonale et les traitements pharmacologiques locaux du cancer, hors radiothérapie, ne relèvent pas de la FST de cancérologie mais des DES de spécialités d'organe » (pages 277/333 de l'arrêté du 20/12/2017).

Les objectifs de la FST de médecine et biologie de la reproduction – andrologie sont de « former à la prise en charge des

troubles de la fécondité et/ou de la sexualité d'une personne ou d'un couple » (pages 314/333 de l'arrêté du 20/12/2017).

Les objectifs de la FST de chirurgie en situation de guerre ou de catastrophe sont de « former à la prise en charge chirurgicale, individuelle et collective, des urgences traumatologiques inter-spécialité ». Elle permet de « savoir superviser la prise en charge d'urgences traumatiques en situation d'exception (afflux massifs) dans un établissement non trauma center et de pouvoir participer au soutien chirurgical des forces armées en opérations extérieures (chirurgiens militaires en activité et chirurgiens réservistes) » (pages 287/333 de l'arrêté du 20/12/2017).

Après 3 ans (2017, 2018, 2019) d'application de la R3C et l'instauration des 3 FST accessibles au DES d'Urologie, le CFEU a réalisé une enquête nationale (janvier-février 2021) auprès des enseignants d'urologie et responsables de terrains de stages d'urologie. Toutes les facultés ont répondu à l'enquête.

Durant ces 3 années, 188 internes étaient inscrits au DES d'Urologie, ce qui correspond aux 62 DES d'Urologie annuels (à 2 près). Parmi ces 188 internes d'Urologie, 69 (37 %) internes étaient inscrits à une des 3 FST.

Les 69 inscriptions à une FST correspondaient à :

- cancérologie : 36 internes (19 %) ;
- MBRA : 26 internes (14 %) ;
- chirurgie catastrophe : 7 internes (4 %).

Les pourcentages doivent être interprétés avec précaution, car les inscriptions à une FST des internes de 2019 sont en cours.

Plusieurs points sont à souligner et ont été rapportés dans les commentaires des réponses :

- comme attendu tous les internes du DES d'Urologie ne posséderont pas une FST ;
- les facilités d'inscriptions et les accès à une FST ne sont pas homogènes et équitables en fonction des facultés, des commissions, des pilotes locaux ;
- beaucoup d'internes ont eu leur demande d'inscription rejetée pour la FST de cancérologie ;
- la motivation des internes à une inscription à une FST est très inégale. Certains internes ne jugent pas opportun de sacrifier 2 semestres (non chirurgicaux) de leur formation pour valider une FST qui leur donnera peu d'avantages

et de droits supplémentaires dans leur exercice de l'urologie. La formation des internes du DES d'Urologie a été réduite d'1 an par rapport à la formation du DESC de Chirurgie Urologique ;

- les débouchés pratiques d'une FST sont peu attractifs ou jugés peu motivants ou secondaires ;
- hormis la FST de chirurgie de catastrophe, qui est méconnue, les FST accessibles sont peu adaptées à la formation d'internes de chirurgie.
- l'incertitude du post-DES ne motive pas les internes à s'inscrire à une FST durant leur DES.

Afin d'étayer et d'affiner ces réponses et ces commentaires, une enquête, organisée par l'AFUF, est aussi en cours auprès des internes du DES d'Urologie.

A l'issue de ces 3 premières années de la R3C et des FST, le bilan est mitigé. Les FST sont-elles adaptées au DES d'Urologie ? Il est probablement trop tôt pour y répondre. Les ministères ont mis en place des commissions de suivi de la R3C afin d'adapter éventuellement la formation des différents DES.

Remerciements à tous les enseignants de toutes les facultés pour avoir participé et répondu à l'enquête.

Eric LECHEVALLIER



Alexandra
MASSON-
LECOMTE

Rédaction des attendus d'apprentissage des compétences : une approche interdisciplinaire innovante dans le cadre de la R2C

Dans le cadre de la réforme du deuxième cycle des études médicales, l'enseignement des connaissances se voit étoffé d'un enseignement par compétences. Celles-ci seront évaluées sous la forme d'ECOS (Examens Cliniques Objectifs et Structurés) lors des deux derniers semestres de formation du deuxième cycle (en DFASM3, anciennement D4). L'objectif de cette approche par compétences est d'évaluer la capacité des étudiants à développer un raisonnement clinique et à résoudre des problèmes. Les étudiants devront recevoir une préparation à ces examens cliniques pendant l'ensemble de la durée du deuxième cycle, et en particulier en stage.

Afin de proposer des grilles d'évaluation de ces ECOS et d'établir un référentiel des compétences à acquérir destiné aux étudiants et aux enseignants, des

groupes de travail nationaux par discipline ont été constitués depuis plusieurs mois. Le groupe Urologie est composé de Gaëlle Fiard, Laurent Brureau, François Audenet, Benjamin Pradère, Romain Boissier, Maxime Vallée, Pierre Mongiat-Artus, Franck Bladou, Alain Ruffion et travaille sous l'égide du Professeur Eric Lechevallier pour le Collège Français des Enseignants d'Urologie. Parmi les 356 situations de départ (SDD) publiées au journal officiel du 10 septembre 2020, 24 ont été identifiées comme relevant directement de la pratique urologique et sont listées dans le tableau joint.

Les compétences sont classées en 5 catégories :

- symptômes et signes cliniques ;
- données paracliniques ;
- prise en charge aiguë et chronique ;
- prévention ;
- situations diverses.

La rédaction des attendus d'apprentissage pour chaque situation de départ se fait de manière collégiale entre plusieurs collèges concernés. Par exemple, les attendus de la SDD « difficulté à procréer » sont rédigés conjointement par les collèges d'Urologie, de Médecine et biologie de la reproduction, de Gynécologie médicale et de Gynécologie-Obstétrique. La SDD « douleur de la région lombaire » est rédigée par les collèges d'Urologie, de Rhumatologie et de Médecine d'Urgence. Une fois les attendus rédigés par les collèges en « écriture », un deuxième tour est lancé au sein des collèges en « relecture ». Par exemple, l'Urologie est relecteur pour 20 SDD telles que « explication pré-opératoire et recueil de consentement d'un geste invasif diagnostique ou thérapeutique », « cicatrice anormale » ou « prévention/dépistage des cancers de l'adulte ».

Au total, jusqu'à 10 collèges différents peuvent être sollicités pour une même situation de départ. Cela nécessite un travail intensif de coordination mais est une opportunité unique de synthétiser les visions des différentes spécialités sur une même situation clinique. Les étudiants se plaignent souvent de l'absence de coordination entre les différentes spécialités lors de la production des recommandations de pratique conduisant parfois à des injonctions contradictoires très anxiogènes et contre-productives. Pour la première fois, cette approche par « compétences » a créé le cadre d'une collaboration entre tous les enseignants de France, de toutes les spécialités pour produire un référentiel commun plus proche de la réalité de la pratique clinique.

Le référentiel « compétences » se présentera a priori sous la forme de fiches, divisées en 3 catégories :

- les attendus d'apprentissage commun à une catégorie de SDD (par exemple « organiser son raisonnement et hiérarchiser les hypothèses diagnostiques » pour les SDD « symptômes et signes cliniques ») ;
- les attendus spécifiques de la situation abordée (par exemple « rechercher un globe vésical » pour la SDD « anomalie de la miction ») ;
- les attendus « valorisation du stage », à évaluer spécifiquement lors du passage de l'étudiant dans la spécialité (par exemple « réaliser l'examen clinique d'une varicocèle » pour la SDD « anomalie des bourses »).

Le travail est en cours et devra être finalisé avant l'été afin que l'ensemble des attendus d'apprentissage soit disponible pour la rentrée de septembre 2021. Le référentiel « compétences » s'articulera avec les fiches connaissances LISA déjà rédigées en 2020.

Alexandra MASSON-LECOMTE

Coordnatrice du groupe responsable de la rédaction des attendus d'apprentissage « Compétences Urologie »

N° de la SDD	Catégorie	Intitulé de l'item
22	S	Diminution de la diurèse
23	S	Anomalie de la miction
33	S	Difficulté à procréer
34	S	Douleur aiguë post-opératoire
36	S	Douleur de la région lombaire
63	S	Troubles sexuels et troubles de l'érection
95	S	Découverte d'une anomalie au toucher rectal
96	S	Brûlure mictionnelle
97	S	Rétention aiguë d'urines
99	S	Douleur pelvienne
100	S	Douleur testiculaire
101	S	Écoulement urétral
102	S	Hématurie
103	S	Incontinence urinaire
105	S	Découverte d'une malformation de l'appareil génital
106	S	Masse pelvienne
107	S	Prolapsus
108	S	Anomalie des bourses
171	S	Traumatisme abdomino-pelvien
182	EC	Analyse de la bandelette urinaire
189	EC	Analyse d'un examen cyto bactériologique des urines (ECBU)
199	EC	Créatinine augmentée
229	EC	Découverte d'une anomalie pelvienne à l'examen d'imagerie médicale
305	P	Dépistage et conseils devant une infection sexuellement transmissible

S : Symptômes et signes cliniques ; EC : Examen complémentaires ; P : Prévention

Tableau 1 - Liste des situations de départ urologiques



**Franck
BRUYÈRE**
Responsable
du CIAFU

Le Comité d'infectiologie de l'AFU : le comité qu'il vous faut !

C'est avec grande fierté et une énorme joie que j'ai accepté de renouveler ma présidence du Comité d'infectiologie de l'AFU.

J'ai la chance de coordonner des collègues de spécialités différentes qui m'entourent dans la mise en place des actions du Comité.

La période est propice à ce travail. En effet, même si nous pouvons penser que la crise sanitaire est infectieuse, elle est bien loin des problèmes urologiques. Parallèlement, entre l'augmentation des résistances et un certain nombre d'impasses thérapeutiques, il nous faut travailler pour rédiger les recommandations et mettre en place des études pour faire avancer ces thèmes.

Des infectiologues, hygiénistes, épidémiologistes, médecins généralistes, microbiologistes et urologues participent au dynamisme du Comité. Il s'est dernièrement rajeuni avec l'arrivée de 3 jeunes urologues et une épidémiologiste, et les actions annuelles se multiplient.

Cette année, nous avons vu sortir 2 nouvelles recommandations :

- La première concerne la valeur de l'ECBU avant biopsies de la prostate. Il y avait une polémique ancienne et au vu de l'absence de recommandations, les discussions fusaient sur ce sujet. Le Comité a pu ainsi sortir ces préconisations ou courtes recommandations.
- La deuxième, beaucoup plus vaste, concerne les infections sur sonde double J. Prévention, diagnostic et traitement sont à chaque fois un challenge

qu'il nous faut relever et ces recommandations nous permettent, par un verbatim simple, de gérer l'ensemble des situations. Cela a été aussi l'occasion de clore le débat sur le changement systématique de ces sondes double J lors d'une suspicion d'infection.

Mais sans le résultat d'études de qualité, nous ne pouvons rédiger des recommandations sur tous les thèmes manquants. Par exemple, l'antibioprophylaxie chirurgicale, rédigée par la SFAR, n'est basé sur aucune étude crédible et seuls les avis d'experts nous aident au quotidien.



Un PHRC national a été accepté sur la valeur de l'ECBU avant ablation de sonde double J, qui concerne environ 100 000 malades par an. Cette étude ABLA J sera multicentrique, randomisée et est en cours de validation réglementaire.

D'autres études, rétrospectives ou prospectives, visent à analyser la valeur de l'ECBU avant certaines interventions urologiques (TOCUS par Maxime Vallée).

Certaines recommandations courtes ou préconisations du Comité sont en cours de rédaction (traitement des BCGites dans les tumeurs non infiltrant le muscle de la vessie, prévention et traitement des infections sur sphincter artificiel et implant pénien par Fabien Saint).

Le congrès de l'AFU 2021 sera l'occasion pour nous d'échanger sur les prostatites bactériennes récidivantes, sur les complications infectieuses de la BCGthérapie, sur les germes émergents et sur l'antibiothérapie en pleine mouvance dans les biopsies de la prostate.

Le forum du Comité concernera l'utilisation des antibiotiques, leurs indications, leurs effets indésirables, les doses ainsi que les nouveautés.

Cette page, dans UROjonction, est l'occasion pour nous de faire appel à candidatures pour le Comité. Nous cherchons des jeunes et des moins jeunes pour poursuivre le dynamisme de notre groupe et surtout relayer les informations et les bonnes pratiques au sein des services.

L'infectiologie urinaire est un thème passionnant, dynamique, en pleine mouvance, tant au niveau de la recherche fondamentale que de la recherche clinique.

De nouveaux outils pédagogiques sont en cours de validation dans cette thématique et le partenariat avec la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française, dans de nombreux domaines, mettent l'urologue au premier plan de la prise en charge des infections urinaires. Gardons la main, investissez-vous et rejoignez-nous.

Franck BRUYÈRE pour le CIAFU

Les membres du CIAFU :
Dr Pierre Arnaud, Dr Elsa Bey,
Pr Franck Bruyère, Dr Gerard Cariou,
Pr Vincent Cattoir, Dr Patrick Coloby,
Dr Jean-Dominique Doublet,
Dr Leslie Guillon, Dr Constance Le Goux,
Dr Sandra Malavaud,
Dr Joseph-Alain Ruimy, Pr Fabien Saint,
Pr Albert Sotto, Dr Audrey Therby,
Dr Maxime Vallée, Pr Jean-Ralph Zahar



Luc
CORMIER
Responsable
du CPP AFU

Le comité des pratiques professionnelles de l'AFU : améliorer notre exercice et défendre notre profession

Il s'agit de l'interface de l'AFU à l'égard de différentes problématiques : nomenclature des actes, aide méthodologique aux recommandations, chirurgie ambulatoire-RAAC, éducation thérapeutique, pertinence des soins, bases de données, coopération interprofessionnelle et enfin uro-gériatrie d'où l'existence de sous-groupes de travail qui sont réactivés selon l'actualité du moment pour certains et en travail permanent pour d'autres. Ce comité a évolué en raison, d'une part, de la place plus importante donnée à la gestion des bases de données pilotée par Xavier Rebillard et directement en lien avec le bureau et, d'autre part, de l'officialisation du Conseil National Professionnel d'Urologie (CNPU) dont le responsable, Thierry Lebret, est l'interlocuteur officiel des tutelles. Les objectifs du CNPU sont ainsi définis comme « *constituer l'organisation d'une réflexion commune et indépendante sur la FMC, l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles (y compris l'accréditation) et le DPC, l'évolution des compétences et de tout autre domaine concourant au même but* ». Le CPP a donc un objectif d'aide du CNPU dans une majorité de dossiers.

Le plus simple pour les urologues qui ne connaissent pas le CPP est de donner quelques exemples des travaux réalisés, la crise COVID en a, hélas, bousculé certains. Que les oubliés me pardonnent mais on ne pouvait citer que quelques exemples.

Pertinence des soins : exemple la gradation des actes. Les autorités de tutelle partent de notions générales comme l'existence de trop de sites chirurgicaux, avec une activité faible et trop diverse, une hétérogénéité territoriale et, pour

ce qui concerne l'urologie, l'augmentation d'activité qui ne s'explique pas uniquement par des données démographiques, d'où l'idée de la création de niveaux d'activité. Ce qui a guidé l'AFU et le CPP est que les urologues formés ont la compétence pour faire toute l'urologie mais que les plateaux techniques doivent, selon l'équipement, conduire à une réalisation sélective de l'activité avec par exemple la néphrectomie avec thrombus cave uniquement dans les centres ayant un service de chirurgie cardio-vasculaire, réanimation lourde, etc.



Nomenclature des actes : exemple la mise à jour des actes en chirurgie. Il y a deux volets ; la maintenance de la CCAM et la création des nouveaux actes comme les actes robot-assistés mais il y en a d'autres. La maintenance de la CCAM est que certains actes deviennent obsolètes et doivent être retirés. Ou, point beaucoup plus sensible, que le tarif de certains actes doivent être revus à la hausse ou à la baisse. Cet aspect par exemple ne dépend pas que du CPP mais fait intervenir le syndicat, le CA de l'AFU et est au final porté par le CNPU. Comme nouvel acte, on peut citer la néphrectomie partielle robot-assistée, avec deux étapes distinctes : la première est la reconnaissance de l'acte (qui permet ainsi sa traçabilité) et la deuxième une éventuelle tarification spéciale, comme

pour les médicaments, on doit présenter un service médical rendu basé sur les preuves et c'est une autre histoire...

Bases de données : exemple VisuChir. Nos tutelles, grâce aux données de l'assurance maladie et de l'interface VisuChir disponible sur le site www.scansante.fr/applications/visuchir (plateforme de restitution des données des établissements de santé), nationales mais aussi locales ainsi que nos directions hôpitaux ou cliniques, connaissent notre activité. Nous devons être capables de parler le même langage et avoir accès aux mêmes sources qu'eux. Un dossier d'UROjonction a d'ailleurs traité de cette interface (n° 110 de janvier 2020). Un travail en cours du CPP avec la CCAM est de rendre cette interface plus intelligible et donc plus facile d'utilisation pour nous urologues.

Coopération interprofessionnelle : un travail va porter dans les mois à venir sur les actes pouvant en bénéficier. Ces protocoles permettront d'étendre le périmètre d'activité essentiellement des paramédicaux avec une qualité identique. L'objectif étant que les patients aient un accès aux soins plus rapide et plus uniforme en France sans pour autant que ces « entités professionnelles » s'approprient des domaines de l'urologie.

Un point futur du CPP sera de renouveler ses membres pour rajeunir les groupes de travail et préparer la continuité dans les années à venir et je profite de ce texte pour lancer un appel aux collègues intéressés pour travailler dans telle ou telle thématique.

Enfin, je souhaite adresser des remerciements particuliers à quelques collègues comme Xavier Rebillard, Pierre Mongiat-Artus et Georges Fournier.

Luc CORMIER pour le CPP AFU



Christian SAUSSINE
Organisateur

Petite promotion de graines et sol 2021 que cette promotion « Antonio ». Huit internes en urologie ont passé ensemble 2 jours et demi à la Maison de l'Urologie encadrés par leurs tuteurs pour bonifier et s'approprier leurs projets de recherche, tous masqués, virus oblige. La plupart s'inscrivent dans le cadre d'un Master 2 mais une participante venait pour sa thèse qui doit faire l'objet d'une demande de PHRC. Alexandra, Elodie et Marianne se sont à nouveau magnifiquement occupées de la logistique à la satisfaction de tous. Les dîners en commun se sont transformés en dîner en chambre chacun dans son coin. Le séminaire s'est à nouveau ouvert par une formation à Pubmed ainsi qu'à une formation à l'utilisation de tableurs et de statistiques très utiles pour établir et gérer une base de données. Ces deux formations ont été appréciées de tous et il faut remercier le partenariat entre l'AFU et la société Newmed.

Les thématiques n'étaient pour une fois pas dominées par le cancer. Seuls trois candidats avaient des projets dont le thème était le cancer. Deux dans le cancer du rein dont un sur l'étude des réseaux cytokiniques et un sur l'apport de la réalité augmentée dans la chirurgie d'exérèse partielle. Le 3^e projet cancer intéressait le cancer infiltrant de vessie et l'apport des cellules souches. Venaient ensuite un projet sur la transplantation pancréatique, un projet sur l'apport des diurétiques pour favoriser l'élimination des fragments résiduels après urétérorénoscopie, un projet sur la contractilité vésicale et ses variations selon le remplissage vésicale dans l'obstruction sous-vésicale, un projet sur la mise au point d'un nouveau matériau pour l'élaboration de pessaire et enfin un projet sur le suivi longitudinal des spina bifida

Édition 2021 du séminaire Graines et sol

par des biomarqueurs urinaires afin de se passer des bilans urodynamiques.

Les sujets de recherche présentés cette année sont détaillés dans l'annexe 1.

Il faut à nouveau remercier les tuteurs (Annexe 2) sans qui la réussite du séminaire ne serait pas ce qu'elle est. Parmi eux sont à remercier chaleureusement les non-urologues qui chaque année contribuent à la qualité de ce séminaire de par sa pluridisciplinarité. Citons Xavier Paoletti, méthodologiste et statisticien, Thierry Massfelder, directeur de recherche INSERM, Véronique Lindner, anatomopathologiste et Jean-Philippe Haymann, néphrologue. Les urologues présents étaient de qualité et bien investis que ce soit par ordre alphabétique Karim Bensalah, Xavier Gamé et François Kleinclauss.

Enfin, merci au CA de l'AFU et à son bureau présidé par Georges Fournier pour continuer à soutenir activement ce séminaire très apprécié par les participants.

Christian SAUSSINE

Annexe 2 - Liste des tuteurs

Karim Bensalah, Urologue
Xavier Gamé, Urologue
Jean-Philippe Haymann, Néphrologue
François Kleinclauss, Urologue
Véronique Lindner, Anatomopathologiste
Thierry Massfelder, DR INSERM
Xavier Paoletti, Statisticien
Christian Saussine, Urologue



Annexe 1 - Liste des sujets

Transplantation

Benoît Mesnard, Nantes (M2)
Perfusion hypothermique oxygénée en transplantation pancréatique : une préservation optimisée?
Encadrants : Branchereau/Josien

Cancer du rein

Tom Dobé, Paris (M2)
Hétérogénéité des réseaux cytokiniques dans le carcinome rénal à cellules claires
Encadrants : Ouzaid/Soumelis

Abderhamane Khaddad, Bordeaux (M2)
Réalité augmentée appliquée à la chirurgie : une nouvelle avancée pour la néphrectomie partielle robot-assistée guidée par l'image
Encadrants : Bernard/Bourdel

Cancer de la vessie

Clément Klein, Bordeaux (M2)
Influence des cellules immunosuppressives d'origine myéloïde sur les cellules souches cancéreuses de carcinome urothélial infiltrant
Encadrants : Robert/Domblides

Statique pelvienne

Anne-Sophie Bajot, Toulouse (M2)
Développement d'un biomatériau modulable pour corriger les troubles de la statique pelvienne chez la femme
Encadrants : Malavaud/Malaquin

Vessie neurologique

Camille Haudebert, Rennes (M2)
Corrélation entre biomarqueurs urinaires et compliance vésicale chez le spina bifida
Encadrant : Peyronnet

Vessie urofonctionnelle

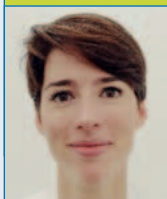
Nicolas Hermieu, Paris (M2)
Impact du volume de remplissage sur la contractilité de vessie dans l'obstruction sous-vésicale
Encadrant : Amarenco

Lithiase rénale

Marie-Lou Letouche, Tours (Thèse)
Furosémide et fragments résiduels après urétéroscopie souple pour calculs rénaux *F.I.R.E. Stone (Furosemide Injection for Retrograde Endoscopy in Stones)*
Encadrants : Bruyère/Pradère



Yann
NEUZILLET



Caroline
PETTENATI

BCG : nouvelles tensions d'approvisionnement

Le Professeur Yann Neuzillet me sollicite pour vous faire part d'une nouvelle crise. Non, nous ne parlerons pas du COVID, mais du BCG...

Voilà maintenant 4 ans que j'ai rejoint l'équipe d'UROjonction. Ces 4 dernières années, nous vous avons écrit une annonce sur le BCG en avril et novembre 2017, mars 2019 et janvier 2020... L'année 2021 n'y échappera pas. Il faudra donc se faire à l'idée de tensions itératives d'approvisionnement semble-t-il.

Car l'Agence Nationale de Sécurité du médicament (l'ANSM) vient de nous l'apprendre : une tension d'approvisionnement est attendue pour 2021. Le contingentement national est de rigueur.

Voici les réponses que le Professeur Neuzillet peut nous apporter...

CP : Pourquoi cette nouvelle crise ?

YN : Les crises précédentes étaient liées à l'arrêt de la production du BCG Sanofi, nommé ImmuCyst, fabriqué dans une usine à Toronto dont le rendement était devenu si faible qu'il engendrait des pertes substantielles pour le laboratoire. Les espoirs d'amélioration reposaient alors sur l'approvisionnement en BCG Merck, nommé Oncotice, et en BCG Medac. Le laboratoire américain (i.e. Merck) produisait déjà l'Oncotice à flux tendu sur un marché où la demande est supérieure à l'offre, favorisant l'Amérique du Nord et certains pays d'Europe de l'Ouest. Pour être commercialisé en France, l'Oncotice disposait d'une autorisation délivrée par les autorités sanitaires. Au 3^e trimestre 2020, cette autorisation arrivant à terme, le laboratoire Merck n'a pas souhaité en demander le renouvellement. Ainsi, seul Medac ap-

provisionnait de son BCG la France métropolitaine et plusieurs de nos voisins européens depuis novembre 2020. Pour autant il n'y avait pas de pénurie. Toutefois, conscient des faiblesses de sa chaîne de production, le laboratoire allemand a pris la décision d'améliorer le rendement de son usine située aux Pays-Bas. Réfléchis, ces travaux vont s'échelonner sur l'année 2021 et engendrer à plusieurs de leurs étapes des arrêts de production complets avec, subséquemment, des « trous d'air » dans l'approvisionnement.

Il s'agit donc d'un mal pour un bien : à l'issue de cette crise, le laboratoire aura accru et sécurisé sa production de BCG Medac, nous mettant davantage à l'abri de nouvelles pénuries.

À partir de quand la restriction d'approvisionnement prendra effet ?

La survenue des premiers « trous d'air » est attendue mi-mars 2021 au mieux. C'est pourquoi l'ANSM a souhaité remettre en place un peu en avance une procédure de contingentement. Son objectif, chat échaudé craignant l'eau froide, a clairement été d'éviter la constitution de stock par certaines pharmacies d'usage interne (PUI) plus influentes que d'autres de par leurs volumes d'achats. Le système mis en place en fin d'année 2019 avait démontré une efficacité remarquable, puisqu'il a permis d'éviter, autant que nous le sachions (et nous nous étions donnés les moyens de le savoir), que des patients aient à subir une cystectomie en raison du manque de BCG. L'ANSM a donc demandé au laboratoire Medac de le remettre en place au 1^{er} février 2021. Quinze jours plus tard, le laboratoire nous informe d'un retour satisfaisant quant à la remise en place du contingentement, sans protestation de la part des PUI. La connaissance du système de score, remis en place à l'identique, a probablement favorisé son acceptation.

Quelles souches sont concernées ?

La seule disponible actuellement en France, c'est-à-dire la souche Medac, car c'est de l'usine qui le produit qu'émane le problème. En l'absence d'approvisionnement du territoire français (mais aussi portugais, espagnol, italien) en BCG d'autres souches, notamment Oncotice, l'utilisation de produit concurrent n'est malheureusement pas envisageable.

Le titulaire d'une AMM étant réglementairement engagé à approvisionner le marché, le laboratoire Medac travaille pour trouver des solutions alternatives, basées sur d'autres souches de BCG. Toutefois, n'importe quelle souche ne pouvant pas être utilisée sans avoir fait la preuve, a minima d'innocuité, et, tant que possible, de son efficacité, une validation à l'échelle européenne des souches alternatives doit être obtenue. C'est le siège allemand de Medac qui est à la barre pour mener ces tâches et les informations n'arrivent qu'avec parcimonie à sa filiale française, à l'ANSM et donc, in fine, aux urologues.

Comment s'y prendre pour obtenir du BCG pour nos patients ?

1. Calculez le score CCAFU de votre patient = Remplir le fichier Excel pour chaque patient

Les doses de BCG seront attribuées aux patients selon le score CCAFU que nous vous avons communiqué en janvier 2020 (<https://www.urofrance.org/base-bibliographique/penurie-des-traitements-adjuvants-pour-les-tumeurs-de-vessie-ninfiltrant-pas-le-muscle>).

L'ANSM et l'AFU contrôleront hebdomadairement la conformité des attributions de doses de BCG en fonction du score CCAFU.

L'attribution des doses de BCG se fera par score CCAFU décroissant. Les patients

ayant un score élevé mais ne pouvant pas recevoir de dose en raison du contingentement seront candidats à une cystectomie totale. Les patients ayant un score faible pourront se voir proposer un traitement adjuvant par instillation d'épirubicine selon les modalités décrites dans le communiqué de l'AFU mentionné ci-dessus.

Pour informer le fabricant Medac du score CCAFU de vos patients, vous pouvez télécharger le fichier Excel à documenter avec le lien : https://www.urofrance.org/sites/default/files/contingement_bcgtherapies_medac_v2.xlsx, reprenant les items du score et précisant la situation de vos patients (traitement d'induction, traitement d'entretien, etc.). Les items vous sont présentés ci-dessous. Ces données seront anonymes pour garantir l'équité de tous les patients.

2. Adaptez vos compte-rendus opératoires en fonction

Attention : la documentation des items de ce fichier sera nécessaire pour la prise en compte de votre demande qui sera faite par votre pharmacien à Medac. Vos compte-rendus opératoires et d'analyse anatomopathologique subséquents permettront de justifier ce score.

Pensez à bien préciser les informations requises au calcul du score dans vos futurs compte-rendus opératoires ; ils pourront vous être demandés par la commission tripartite (i.e. Medac, ANSM, AFU).

Les inclusions dans les essais sont-elles toujours possibles ?

Oui, les inclusions sont toujours possibles. À moins d'une décision contraire de l'ANSM (qui supervise également la sécurité des essais cliniques au niveau territorial) ou du steering committee de ces études, les patients peuvent donc toujours être inclus dans les essais cliniques tels que ALBAN.

Quelles perspectives avons-nous ?

L'annonce faite par le laboratoire quant à la durée des travaux permet d'espérer un retour à la normale en fin d'année 2021.

D'ici là, il est important de bien garder en tête les dernières recommandations du CCAFU et de ne pas utiliser de BCG lorsque de la mitomycine C ou de l'épirubicine peuvent également être indiquées. C'est le cas pour les tumeurs n'infiltrant pas le muscle de risque intermédiaire. LAFU a informé le laboratoire Medac (qui produit également de la

mitomycine C) et l'ANSM des difficultés rencontrées par de nombreux confrères pour utiliser de la chimiothérapie endovésicale sur leur site d'exercice professionnel. En effet, suite à l'abandon de la production de la mitomycine C par le laboratoire japonais Kyowa, il n'y a plus de possibilité de reconstituer « au lit du patient » la chimiothérapie en circuit clos. Elle doit donc être impérativement préparée sous hotte, dans une pharmacie hospitalière selon les mêmes conditions de préparation que les autres chimiothérapies. Ce mode de préparation et de délivrance de la mitomycine C et de l'épirubicine complexifie son utilisation lorsqu'il n'y a pas de PUI sur le site d'exercice de nos confrères. Nous suspectons donc que certains patients éligibles à de la chimiothérapie endovésicale reçoivent à défaut du BCG. Dans le contexte de pénurie, cette « dépense » préoccupe l'ANSM et le laboratoire. Ils devraient ainsi mettre à disposition dès que possible un système de type de préparation en circuit clos adossé à la mitomycine C Medac.

Comme nous l'avons vu, au terme de l'épisode actuel, la situation devrait donc s'améliorer tant sur le plan de l'approvisionnement de BCG (avec possiblement une 2^e souche importée dès sa validation

Etablissement							Patient
Date	Nom Etablissement	Rue	Code Postal	Téléphone	Adresse e-mail	Référence de commande au dépositaire	Référence patient (numéro identification interne) ou initiales

Score CCAFU										
Présence de CIS (6 points)	Haut Grade/ Grade 3 (5 points)	Stade T1 (4 points)	Plus de 8 tumeurs (3 points)	Dimension tumorale ≥ 3 cm (3 points)	Récidive tumorale dans un délai < 1 an (2 points)	Age ≥ 70 ans (2 points)	Patient inéligible pour un traitement radical (chirurgie/ radio-chimio) (4 points)	Accès impossible à la thermo-chimio (1 point)	Participation du patient à un essai clinique imposant le BCG (4 points)	total sur 34

Stade de traitement (cocher la case)			
Initiation d'induction	Induction en cours	Initiation d'entretien	Entretien en cours

Les items à renseigner pour la demande de BCG (fichier excel téléchargeable à https://www.urofrance.org/sites/default/files/contingement_bcgtherapies_medac_v2.xlsx)

obtenue) que de la facilité d'utilisation de la chimiothérapie endovésicale. Tenons bon !

Yann NEUZILLET
Interview réalisée par
Caroline PETTENATI

Gaëlle
FIARD

Syndrome d'épuisement professionnel des urologues français : le point sur l'année 2020

Le syndrome d'épuisement professionnel, aussi connu sous le nom de *burn-out*, se définit comme un « *épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel* » (1). Peu surprenant donc que près de la moitié des médecins français interrogés en 2020 aient rapporté être en *burn-out*, ni qu'une aggravation de ce phénomène ait été notée au cours des 5 dernières années (2).

Les travaux du Dr Christina Maslach et du Dr Susan E. Jackson, psychologues cliniciennes californiennes, ont permis, dès 1981, la mise au point du « *Maslach Burn-out Inventory* » (MBI), questionnaire standardisé permettant de détecter et d'évaluer la sévérité du *burn-out*, adapté et validé par la suite notamment au sein des professions de santé. Ce questionnaire explore 3 aspects clés du syndrome d'épuisement professionnel : l'épuisement émotionnel, le cynisme vis-à-vis du travail aussi appelé dépersonnalisation, et la diminution de l'accomplissement personnel au travail (3).

Les enquêtes menées par l'AFUF en 2011 puis 2018 utilisant l'échelle MBI, avaient mis en évidence chez un quart des internes et assistants en urologie un syndrome d'épuisement professionnel sévère et un taux de dépersonnalisation ou d'un manque d'accomplissement personnel sévères quasiment multiplié par 2 entre 2011 et 2018, la qualité de la formation reçue s'avérant, entre autres, un élément protecteur vis-à-vis des 3 dimensions du *burn-out* (4, 5).

Qu'en est-il de la prévalence et des facteurs de risque de *burn-out* chez les urologues français dans le contexte de la crise sanitaire que nous traversons actuellement ? L'enquête menée via SurveyMonkey entre fin novembre 2020

et début janvier 2021 nous a permis de recueillir les réponses de 434 urologues dont nous vous livrons ici quelques chiffres et éléments de réflexion pour cet état des lieux 2021.

Profil des urologues interrogés

Les répondants étaient de sexe masculin pour 344 d'entre eux (79 %), et de sexe féminin pour 90 (21 %). Il s'agissait pour la majorité d'urologues seniors (n = 362, 83 %), 72 étaient urologues en formation. Les différentes tranches d'âge étaient représentées (Figure 1). La proportion de répondants de sexe masculin (85 %) était supérieure parmi les urologues seniors. Concernant les profils d'exercice professionnel pour ces derniers, il s'agissait d'un exercice libéral pur pour 59 % (Figure 2). Les urologues en formation étaient en cours de post-internat pour 44 % d'entre eux.

Les répondants rapportaient une activité plutôt généraliste (prise en charge de toutes les pathologies urologiques) pour 3/4 d'entre eux, alors qu'environ un quart avait une activité spécialisée et confiait les patients en dehors de cette spécialité.

La majorité des interrogés (60 %) jugeaient leur accès à la formation initiale ou continue moyen (pas toujours le temps d'assister aux formations), ou excellent pour 26 % qui avaient un accès aisé à toutes les formations les intéressant. La qualité des formations suivies était jugée excellente par la majorité des répondants (75 %).

Les urologues avaient une activité de recherche et d'enseignement pour 117 et 157 d'entre eux (27 % et 36 %, respectivement), et étaient impliqués pour 175 d'entre eux (40 %) dans une commission/conseil d'administration au niveau local (n=136), national (n=74) ou international (n=16).

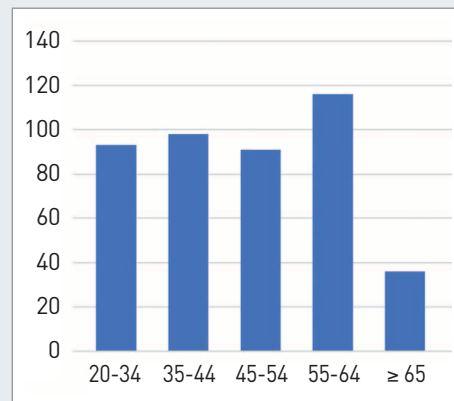


Figure 1. Tranches d'âge

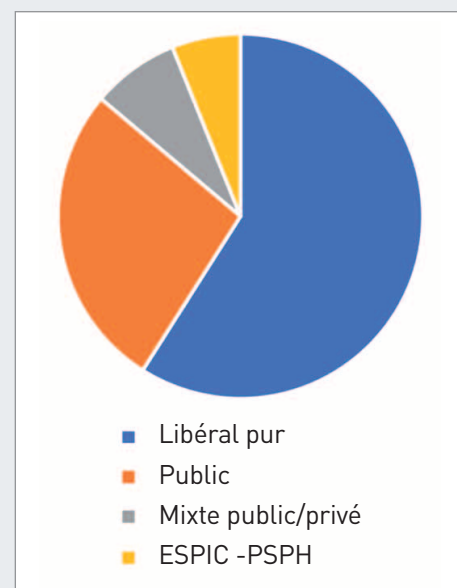


Figure 2. Modes d'exercice (urologues seniors)

Prévalence du syndrome d'épuisement professionnel

Parmi les réponses reçues, 377 étaient complètes et analysables pour le *Maslach Burn-out Inventory*, comprenant 319 urologues seniors (85 %), 26 assistants ou chefs de clinique (7 %) et 32 internes (8 %).

Un épuisement émotionnel sévère était noté chez 69 répondants (18 %), des symptômes de cynisme/dépersonnalisation sévères chez 89 (24 %) et un manque d'accomplissement personnel sévère chez 80 (21 %) (Figure 3). Au total 150 urologues (40 %) présentaient au moins des symptômes sévères dans l'une des 3 dimensions explorées, alors qu'à l'inverse 88 (23 %) présentaient un score de *burn-out* bas dans les 3 catégories.

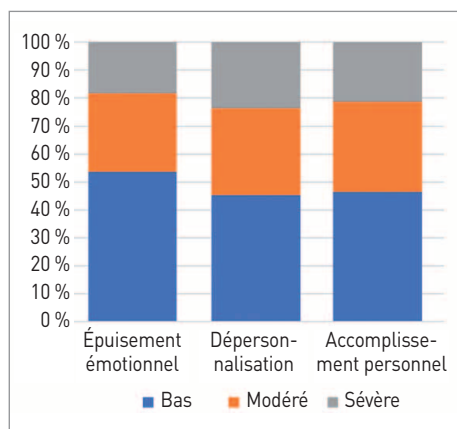


Figure 3. Prévalence du burn-out

Parmi les urologues ayant rapporté une situation d'épuisement professionnel en 2020, plus de la moitié (respectivement 51 % et 53 %) estimaient que celle-ci avait eu un impact sur la qualité de leurs gestes chirurgicaux et un impact direct sur la permanence des soins qu'ils assureraient. Plus d'un tiers des répondants (n = 126) avaient également noté une situation de *burn-out* chez l'un de leurs collègues, motivant leur intervention dans environ la moitié des cas, et à l'origine d'hospitalisation(s) et tentative(s) de suicide dans un nombre de cas qu'il n'était pas possible de préciser du fait du caractère anonyme du questionnaire.

Facteurs de risque et facteurs protecteurs

Un certain nombre de facteurs a été étudié parmi les répondants à l'enquête afin de rechercher une association avec les différentes composantes du *burn-out*.

Tranche d'âge et sexe

Globalement, la prévalence des symptômes d'épuisement émotionnel était

plus importante chez les urologues en début de carrière et avait tendance à s'améliorer au cours du temps, avec toutefois une augmentation sur la tranche d'âge 45-54 ans. Cette différence était significative, mais non mise en évidence sur les aspects dépersonnalisation et accomplissement professionnel.

Les urologues femmes présentaient également plus fréquemment des symptômes d'épuisement émotionnel que leurs collègues masculins (Figure 4), mais cette différence n'était pas significative pour les autres dimensions du *burn-out*.

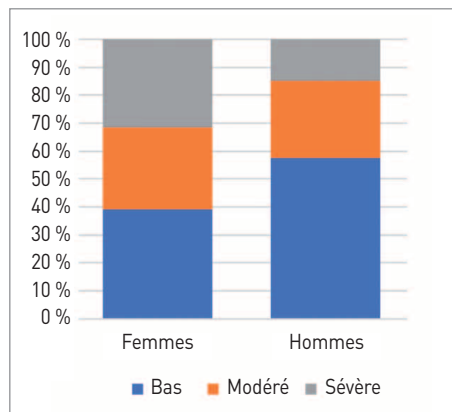


Figure 4. Épuisement émotionnel

Type et profil d'activité

Globalement, il n'y avait pas de différence significative sur la prévalence de l'épuisement professionnel entre les différents modes d'exercice (public, privé, activité mixte), les urologues en formation (internes et surtout post-internat) étant les plus à risque d'épuisement émotionnel.

Concernant le profil d'activité plutôt spécialiste ou généraliste, une tendance était notée à une diminution des symptômes de cynisme/dépersonnalisation et un meilleur sentiment d'accomplissement personnel pour les urologues ayant plutôt une activité spécialisée par rapport à leurs collègues traitant toutes les pathologies urologiques.

Nombre d'heures travaillées

Sans surprise, il existait une augmentation des symptômes d'épuisement émotionnel en fonction du nombre d'heures travaillées en moyenne par semaine

(Figure 5). En revanche, cette différence n'était pas significative pour les aspects dépersonnalisation et accomplissement personnel.

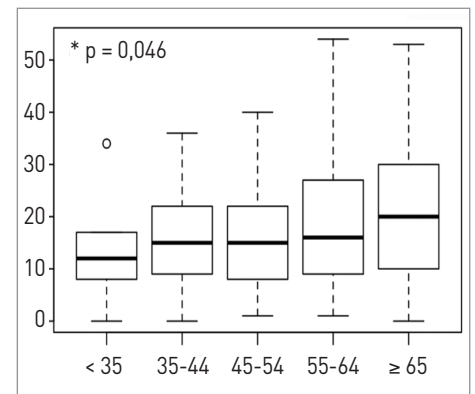


Figure 5. Épuisement émotionnel et nombre d'heures travaillées

Qualité et accès à la formation (initiale ou continue)

La qualité de la formation reçue et la facilité d'accès à celle-ci (temps disponible) étaient étroitement corrélées aux 3 composantes du *burn-out*. Les répondants rapportant des difficultés d'accès aux formations qui les intéressent, ou évaluant les formations suivies comme de mauvaise qualité souffraient significativement plus fréquemment d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation ou d'un manque d'accomplissement personnel (Figure 6).

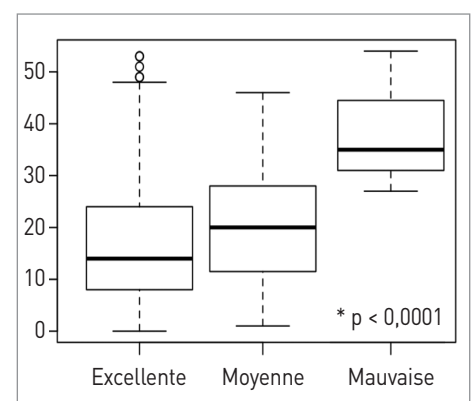


Figure 6. Épuisement émotionnel/qualité ressentie de la formation

Activité non clinique : recherche, enseignement, participation à des comités, commissions ou conseils d'administration

Une activité de recherche ou d'enseignement était liée à un moindre score d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. De même, il existait une tendance à l'amélioration du score d'accomplissement personnel chez les urologues ayant une activité de recherche ou d'enseignement, bien que cette différence ne soit pas significative.

La participation à des comités, commissions ou conseils d'administration, notamment au niveau national ou international, était associée de manière significative à un meilleur score d'accomplissement personnel, avec une tendance vers des scores plus faibles d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation.

Vie privée : vie en couple, enfants, loisirs

La qualité de la vie extra-professionnelle était également liée à la prévalence du *burn-out*. Cette tendance n'était pas mise en évidence pour la vie en couple, et ce dans les 3 dimensions analysées, en revanche, le fait d'avoir des enfants était un élément protecteur avec un moindre risque d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation.

La pratique d'au moins une activité de loisirs extra-professionnelle était, quant à elle, fortement associée à une diminution du risque de présenter un syndrome d'épuisement professionnel, et ce dans les 3 dimensions de ce dernier (Figure 7).

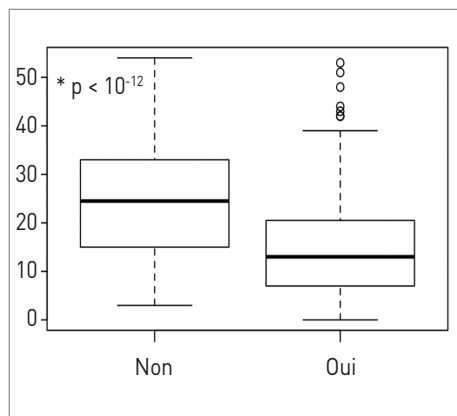


Figure 7. Épuisement émotionnel et pratique d'une activité de loisir

L'impact de la pandémie de COVID-19

La réalisation de cette enquête en contexte de crise sanitaire sans précédent nous amène à nous intéresser au retentissement de celle-ci et son influence potentielle sur les symptômes d'épuisement professionnel des répondants.

Globalement, sur 314 urologues concernés par cette situation et ayant répondu à cette partie de l'enquête, seule une minorité (10 %) a noté une amélioration de leur *burn-out*, la majorité ayant constaté soit une stabilité (43 %) soit une aggravation (47 %) de leur épuisement professionnel (Figure 8).

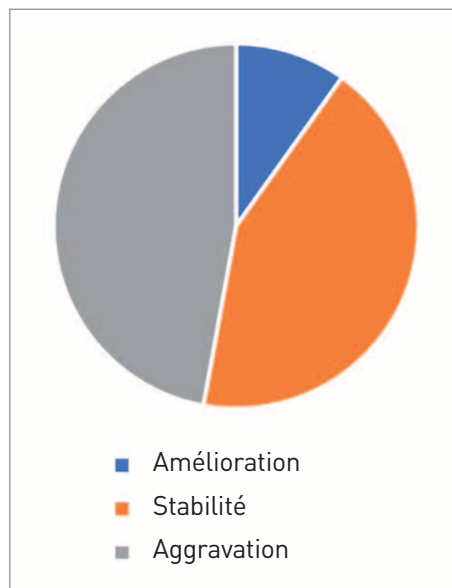


Figure 8. Évolution des symptômes du *burn-out* en période d'épidémie de COVID-19

Concernant le vécu de la pandémie par la communauté urologique, parmi 373 répondants, les sentiments d'impuissance et d'inutilité (32 %) étaient les plus fréquemment rapportés, ainsi qu'une détérioration de la santé mentale (anxiété, dépression, troubles du sommeil ou de l'appétit) pour 33 %. A contrario, 30 % se sont sentis utiles durant cette période, 11 % avaient l'impression d'être reconnus et 12 % ont connu une amélioration de leur santé mentale. La présence de sentiments négatifs (impuissance, inutilité) était significative-

ment associée à une augmentation des symptômes de *burn-out* dans leurs 3 aspects, contrairement aux sentiments positifs (utilité, reconnaissance) associés à une moindre prévalence de l'épuisement professionnel.

Ces résultats sont à mettre en perspective avec l'évolution de l'activité des interrogés sur la période, en effet 295 (79 %) ont connu une baisse de leur activité, à l'origine pour 186 (50 %) d'une baisse de revenus. Parallèlement, 216 répondants (58 %) ont eu le sentiment d'une dégradation de la qualité de leur formation (initiale ou continue) en 2020.

Conclusions, perspectives et limites de l'enquête

Cette enquête dresse le panorama du syndrome d'épuisement professionnel d'un échantillon de 434 urologues français durant une période de crise sanitaire sans précédent. Elle permettra, nous l'espérons, une **meilleure reconnaissance et prise de conscience des risques psychosociaux** par la communauté urologique et, on l'espère, sera à même d'aider les urologues concernés ou constatant une situation d'épuisement professionnel chez un de leurs collègues à **oser en parler voire intervenir**.

Plusieurs éléments intéressants se dégagent de ces résultats, qui confirment des facteurs de risque déjà connus de *burn-out* et mettent en évidence d'autres facteurs de risque ou facteurs protecteurs, dont certains sont intéressants car ils peuvent être modifiables. La participation à des activités de recherche ou d'enseignement, à des commissions ou comités, notamment au niveau national, semble ainsi offrir une pause dans l'activité clinique, facteur d'accomplissement professionnel et de protection vis-à-vis des risques d'épuisement émotionnel associés à une activité clinique sans interruption.

Quelques précautions doivent toutefois être prises dans l'interprétation de ces résultats. Les chiffres permettent de mettre en évidence une association, mais la potentielle causalité et surtout le sens de celle-ci n'est pas toujours une évidence. Par exemple, peut-on affirmer

que les urologues sont en *burn-out* parce qu'ils sont moins bien formés, ou plutôt que leur perception de la qualité des formations reçues est biaisée par l'importance de leur épuisement émotionnel et du cynisme lié à une dépersonnalisation sévère ? Il est probable que les deux explications soient associées et interagissent sous la forme d'un cercle vicieux... L'interprétation des données concernant l'épuisement professionnel chez les urologues femmes doit faire l'objet d'une grande prudence dans la mesure où il s'agit pour la majorité d'urologues en début de carrière ou en formation, par là-même plus exposées à l'épuisement professionnel.

Enfin, le faible taux de réponse à l'enquête ne permet qu'une estimation de

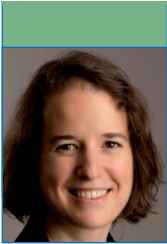
la prévalence du *burn-out*, notamment chez les urologues en formation, dans la mesure où il n'est pas possible de savoir si les réponses reçues proviennent en priorité d'urologues se sentant concernés par le problème, ou si au contraire l'épuisement professionnel de certains ne leur a pas laissé le temps ou l'énergie nécessaire pour compléter l'enquête...

Gaëlle FIARD

Références

1. Schaufeli WB, Greenglass ER. Introduction to special issue on burnout and health. *Psychol Health*. 2001 Sep;16(5):501-10.

2. *Burnout des médecins français : enquête 2020* [Internet]. Medscape. [cited 2021 Feb 28]. Available from: <https://français.medscape.com/diaporama/33000229>
3. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;2(2):99-113.
4. Roumigué M, Gamé X, Bernhard J-C, Bigot P, Koutlidis N, Xylinas E, et al. Les urologues en formation ont-ils un syndrome d'épuisement professionnel? Évaluation par le Maslach Burn-out Inventory (MBI). *Prog Urol*. 2011 Oct;21(9):636-41.
5. Gas J, Bart S, Michel P, Peyronnet B, Bergerat S, Olivier J, et al. Prevalence of and Predictive Factors for Burnout Among French Urologists in Training. *Eur Urol*. 2019 Apr;75(4):702-3.



Gaëlle
FIARD

Les urologues français souffrent-ils du syndrome de l'imposteur ?

Le syndrome de l'imposteur, aussi appelé phénomène de l'imposteur ou syndrome de l'autodidacte, se manifeste par une forme de doute persistant aboutissant à la négation systématique du mérite lié au travail au profit de circonstances extérieures (chance, relations, circonstances particulières) (1).

Les personnes souffrant de ce syndrome d'insécurité injustifié, décrit initialement au sein d'une population de doctorantes par la psychologue Pauline Rose Clance, se perçoivent souvent comme occupant leur place de manière illégitime et trompant leurs collègues, leurs amis, leurs supérieurs et s'attendent à être démasquées d'un jour à l'autre (2).

Au sein de la population générale, la prévalence de ce syndrome serait d'environ 20 %, avec une augmentation considérable constatée avec le niveau d'étude

et la réalisation d'études supérieures (3). Alors qu'un degré relativement acceptable de ce syndrome peut être vécu positivement et permettre la motivation, l'engagement ou l'humilité (bien que ces témoignages se fassent rares), sa présence et surtout sa méconnaissance peut présenter une barrière à l'expression du potentiel individuel, même à une faible intensité, et favoriser le développement de troubles anxiodépressifs, de stress aigu, de *burn-out* ou encore certains troubles de la personnalité (2).

Une revue de la littérature publiée en 2019 fondée sur 18 études utilisant l'échelle de Clance au sein d'une population de médecins confirmait une prévalence variable avec des taux entre 22 et 60 % (4). L'objectif de cette enquête, réalisée en annexe de l'évaluation du *burn-out*, étaient donc non seulement d'évaluer la prévalence de ce syndrome chez les urologues français, mais aussi d'informer et de permettre une prise de conscience sur ce phénomène mal connu. Alors, tous des imposteurs ?

Profil des urologues interrogés

Les résultats présentés ici sont issus de la même enquête SurveyMonkey réalisée entre fin novembre 2020 et 2021 auprès des urologues membres de l'AFU et des urologues en formation membres de l'AFUF. Au total, 434 réponses ont été reçues, les caractéristiques des répondants sont développées dans l'article dédié au *burn-out*.

Parmi ceux-ci, 353 ont fourni des réponses complètes et analysables aux 20 questions de l'échelle de Clance utilisée pour évaluer la présence et la sévérité d'un syndrome de l'imposteur. Il s'agissait de 298 urologues seniors, 25 assistants ou chefs de clinique et 30 internes, représentant toutes les classes d'âge et profils d'activité.

Prévalence du syndrome de l'imposteur

Parmi les 353 répondants, 107 (30 %) présentaient des caractéristiques d'un syndrome de l'imposteur marqué (score > 60 : 23 %) ou intense (score > 80 : 7 %). Au total, 251 urologues (71 %) avaient

une expérience au moins modérée (score > 40) du phénomène de l'imposteur (Figure 1).

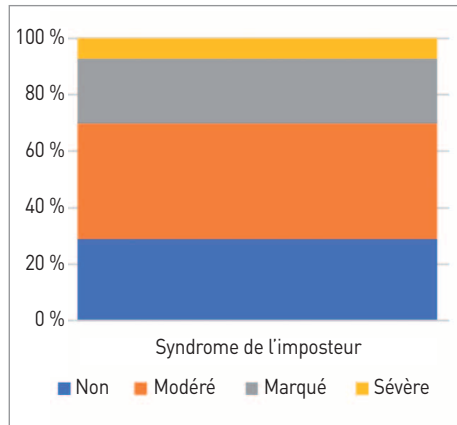


Figure 1. Prévalence et sévérité du syndrome de l'imposteur

Prévalence par sous-groupe

La prévalence du syndrome de l'imposteur et sa sévérité ont été étudiées parmi l'échantillon des répondants à l'enquête afin de rechercher le profil des urologues les plus susceptibles de souffrir du phénomène de l'imposteur.

Une prédominance féminine

Les résultats de l'enquête mettent en évidence une plus grande prévalence et sévérité du phénomène de l'imposteur chez les femmes urologues par comparaison à leurs collègues masculins (Figure 2). De manière intéressante, cette différence est également présente après exclusion des urologues en formation, et en analyse multivariée prenant en compte le potentiel biais de confusion lié à l'âge des répondantes.

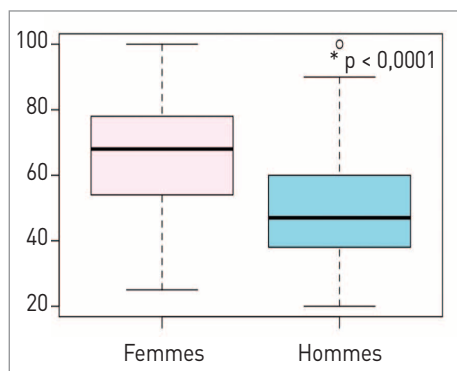


Figure 2. Syndrome de l'imposteur en fonction du genre

Le post-internat, période de doute propice au syndrome de l'imposteur

Le score médian des urologues en formation était significativement supérieur à celui des urologues séniors, traduisant une plus grande prévalence et sévérité du phénomène de l'imposteur en début de carrière urologique. En particulier, la période du post-internat se dégage comme particulièrement propice au développement de sentiments d'imposture (Figure 3).

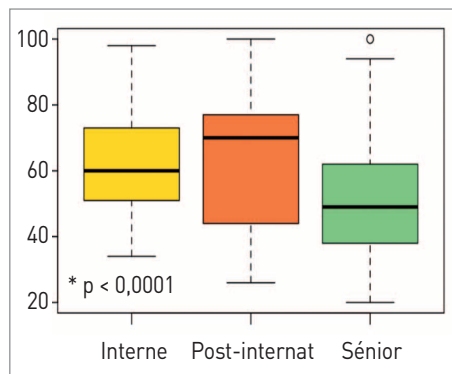


Figure 3. Syndrome de l'imposteur en fonction de l'ancienneté

Pas de profil d'activité préférentiel

L'analyse des résultats, obtenus à l'échelle de Clance, des urologues en fonction de leur type d'installation (privé, public, activité mixte) ou de leur profil d'activité (plutôt généraliste ou plutôt spécialisée) ne montre pas de différence significative concernant la fréquence et l'importance du phénomène de l'imposteur. Notamment le fait d'avoir une activité très spécialisée centrée sur quelques domaines d'expertise et de confier les autres pathologies à des collègues ne semblait pas protéger d'un éventuel syndrome de l'imposteur.

Activités non cliniques : recherche, enseignement, commissions et comités

Parmi les différentes activités non cliniques exercées par les urologues, seules l'activité d'enseignement et la participation à des comités ou commissions au niveau national et international étaient associées à une moindre expérience du phénomène de l'imposteur.

Peu d'influence de la formation

La facilité d'accès aux différentes formations, que ce soit dans le cadre de la formation initiale ou continue, ainsi que la qualité ressentie des formations reçues n'était pas associée à une moindre fréquence ou sévérité du syndrome de l'imposteur au sein de la population d'urologues interrogés.

Quel lien avec le burn-out ?

L'association du sentiment d'imposteur avec les symptômes d'épuisement professionnel a déjà été documentée au sein des professions médicales. Concernant l'échantillon d'urologues interrogés lors de cette étude, les résultats confirment une prévalence et une sévérité significativement plus importante du phénomène de l'imposteur chez les urologues présentant un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation ou un manque d'accomplissement personnel au travail sévères. De plus, chez les répondants décrivant un syndrome de l'imposteur marqué ou intense (score > 60), la prévalence de signes d'épuisement émotionnel était également plus importante (Figure 4).

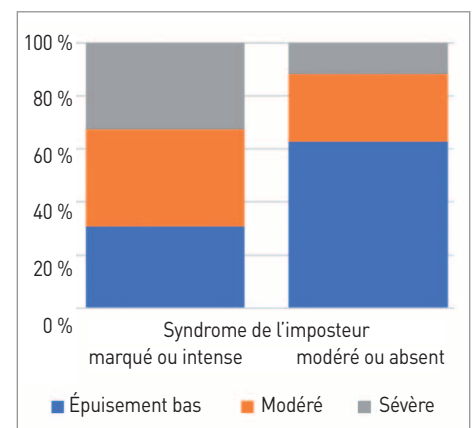


Figure 4. Épuisement émotionnel en fonction de l'intensité du syndrome de l'imposteur

Conclusions, limites et perspectives de l'enquête

Les résultats de cette enquête confirment une prévalence relativement élevée du syndrome de l'imposteur parmi les urologues français, supérieure à la population générale, avec 70 % des

urologues interrogés qui ont fait l'expérience au moins de manière modérée de ce phénomène, marqué ou intense chez 30 % d'entre eux.

Comme déjà relevé dans de précédentes études, les femmes urologues souffraient plus fréquemment et de manière plus marquée du syndrome de l'imposteur. La période du post-internat semblait également particulièrement vulnérable.

Aucun type ou profil d'installation ou d'activité ne semblait particulièrement à risque, ou épargné, et la qualité ressentie de la formation reçue ne semblait pas avoir une influence sur le sentiment d'imposture, en accord avec les résultats de travaux antérieurs qui semblaient au contraire montrer une augmentation du risque avec le niveau d'études.

Le lien entre syndrome de l'imposteur et *burn-out* est également confirmé par cette enquête, même si une fois encore la causalité et surtout la direction de

celle-ci est complexe à affirmer. Est-ce parce que les urologues ont un sentiment de manque de compétence qu'ils

parviennent à un état d'épuisement émotionnel, ou le terrain du syndrome d'épuisement professionnel qui fait le lit de l'insécurité à la base même du syndrome de l'imposteur ?

Le syndrome de l'imposteur, trop peu connu, est sans aucun doute à l'origine d'un sous-investissement, notamment des femmes mais pas exclusivement, dans des missions d'enseignement, de représentation ou d'encadrement, alors même que le fait de participer à de telles activités, probablement par la reconnaissance obtenue, participe à la prévention du sentiment d'imposture. Espérons que les résultats de cette enquête, dont encore une fois le faible taux de réponse ne permet pas de s'assurer de la parfaite représentativité de la communauté urologique française, sera à l'origine d'une prise de conscience et le premier pas vers la guérison de tous les urologues imposteurs non encore démasqués !

Gaëlle FIARD

Références

1. Clance PR, Imes S. *The Imposter Phenomenon in High Achieving Women: Dynamics and Therapeutic Intervention. Psychother Theory Res Pract.* 1978;15(3).
2. Chassangre K, Callahan S. « J'ai réussi, j'ai de la chance... je serai démasqué » : revue de littérature du syndrome de l'imposteur. *Prat Psychol.* 2017 Jun 1;23(2):97-110.
3. Cromwell B, Brown NW, Sanchez-Huceles J, Adair FL. *The Impostor Phenomenon and personality characteristics of high school honor students. J Soc Behav Personal.* 1990;5(6):563-73.
4. Gottlieb M, Chung A, Battaglioli N, Sebok-Syer SS, Kalantari A. *Impostor syndrome among physicians and physicians in training: A scoping review. Med Educ.* 2020;54(2):116-24.

Souffrez-vous du syndrome de l'imposteur ? Faites le test !

1. Tiré de *The Impostor Phenomenon: When Success Makes You Feel Like A Fake*, p20-22, P.R. Clance, 185 Toronto, Bantam Books. Copyright 1985 Pauline Rose Clance, PhD, ABPP. Traduction française par Ars Maëlle du document disponible en ligne sur le site de l'auteur <http://paulineroseclance.com/pdf/IPTestandscoring.pdf>

Q1. J'ai souvent réussi à un test ou à accomplir une tâche alors que j'avais peur de ne pas y arriver avant de commencer.

1-Pas du tout vrai 2-Rarement 3-Parfois 4-Souvent 5-Tout à fait vrai

Q2. Je peux donner l'impression d'être plus compétent(e) que je ne le suis vraiment.

1-Pas du tout vrai 2-Rarement 3-Parfois 4-Souvent 5-Tout à fait vrai

Q3. J'évite les évaluations quand c'est possible et je suis terrifié(e) que les autres m'évaluent.

1-Pas du tout vrai 2-Rarement 3-Parfois 4-Souvent 5-Tout à fait vrai

Q4. Quand des gens me félicitent pour quelque chose que j'ai accompli, j'ai peur de ne pas être capable d'être à la hauteur de leurs attentes dans le futur.

1-Pas du tout vrai 2-Rarement 3-Parfois 4-Souvent 5-Tout à fait vrai

Q5. Je pense parfois que j'ai obtenu ma position actuelle ou mon succès actuel parce que j'étais au bon endroit au bon moment ou parce que je connais les bonnes personnes.

1-Pas du tout vrai 2-Rarement 3-Parfois 4-Souvent 5-Tout à fait vrai

Q6. J'ai peur que les gens qui comptent pour moi découvrent que je ne suis pas aussi capable qu'ils le pensent.

1-Pas du tout vrai 2-Rarement 3-Parfois 4-Souvent 5-Tout à fait vrai

Q7. J'ai tendance à mieux me souvenir des fois où je n'ai pas fait de mon mieux que des fois où j'ai fait de mon mieux.

1-Pas du tout vrai 2-Rarement 3-Parfois 4-Souvent 5-Tout à fait vrai

Q8. Je réussis rarement à réaliser un projet ou une tâche aussi bien que je le souhaiterais.

1-Pas du tout vrai 2-Rarement 3-Parfois 4-Souvent 5-Tout à fait vrai

Q9. Parfois j'ai l'impression ou la certitude que mes succès personnels ou professionnels sont le résultat d'une sorte d'erreur.

1-Pas du tout vrai 2-Rarement 3-Parfois 4-Souvent 5-Tout à fait vrai

Q10. C'est difficile pour moi d'accepter les compliments ou éloges sur mon intelligence ou mes accomplissements.

1-Pas du tout vrai 2-Rarement 3-Parfois 4-Souvent 5-Tout à fait vrai

Q11. Parfois, je pense que mon succès est dû à une sorte de chance.

1-Pas du tout vrai 2-Rarement 3-Parfois 4-Souvent 5-Tout à fait vrai

Q12. Je suis parfois déçu(e) de mes accomplissements actuels et je pense que j'aurais dû accomplir beaucoup plus.

1-Pas du tout vrai 2-Rarement 3-Parfois 4-Souvent 5-Tout à fait vrai

Q13. Parfois j'ai peur que les autres découvrent à quel point certains savoirs ou compétences me font défaut.

1-Pas du tout vrai 2-Rarement 3-Parfois 4-Souvent 5-Tout à fait vrai

Q14. J'ai souvent peur d'échouer face à une nouvelle demande alors qu'en général je réussis bien ce que j'entreprends

1-Pas du tout vrai 2-Rarement 3-Parfois 4-Souvent 5-Tout à fait vrai

Q15. Quand j'ai réussi quelque chose et reçu de la reconnaissance pour cet accomplissement, je doute d'être capable de répéter ce succès.

1-Pas du tout vrai 2-Rarement 3-Parfois 4-Souvent 5-Tout à fait vrai

Q16. Si je reçois beaucoup d'éloges et de reconnaissance pour quelque chose que j'ai accompli, j'ai tendance à minimiser l'importance de ce que j'ai fait.

1-Pas du tout vrai 2-Rarement 3-Parfois 4-Souvent 5-Tout à fait vrai

Q17. Je compare souvent mes capacités à celles de mon entourage et je pense qu'ils pourraient être plus intelligents que moi.

1-Pas du tout vrai 2-Rarement 3-Parfois 4-Souvent 5-Tout à fait vrai

Q18. Je m'inquiète souvent de ne pas réussir un projet ou un examen alors que mon entourage a confiance dans l'idée que je vais y arriver.

1-Pas du tout vrai 2-Rarement 3-Parfois 4-Souvent 5-Tout à fait vrai

Q19. Si je suis sur le point de recevoir une promotion ou une forme de reconnaissance, j'hésite à le dire aux autres avant que ce soit un fait accompli.

1-Pas du tout vrai 2-Rarement 3-Parfois 4-Souvent 5-Tout à fait vrai

Q20. Je me sens mal et découragé(e) si je ne suis pas « le/la meilleur(e) » ou au moins « très spécial(e) » dans les situations qui impliquent la réussite.

1-Pas du tout vrai 2-Rarement 3-Parfois 4-Souvent 5-Tout à fait vrai

Calculez votre score

- 20-40 : absence de syndrome de l'imposteur
- 41-60 : caractéristiques modérées du syndrome de l'imposteur
- 61-80 : sentiments d'imposteur marqués
- > 80 : syndrome de l'imposteur intense



Didier
LEGEAIS
Président
du SNCUF

« IBODE or not IBODE, there is no more question! » Urgence 31 mars 2021 : après il sera trop tard



Le décret tant attendu est enfin sorti mais notre déception est grande tant les promesses de la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) n'ont pas été respectées.

Le lobbying des IBODEs (Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'État) pour plus de reconnaissance statutaire et financière est décidément trop puissant.

Alors que la DGOS nous avait promis un décret simple et efficace pour donner le plein exercice à tous les infirmiers pour la totalité des gestes techniques des IBODEs, le décret tout juste publié montre ses limites et son absurdité.

Personnellement, je m'étais opposé depuis le départ à la reconnaissance d'une nouvelle profession car je trouvais que cette reconnaissance risquait de nous mettre en difficulté pour notre recrutement mais également dans notre place de chef d'équipe.

Leur demande reste néanmoins légitime : obtenir une juste rémunération entre l'infirmier diplômé d'État (IDE) et l'infirmier anesthésiste diplômé d'État (IADE).

Pour obtenir un salaire légitime il fallait donc obtenir tout d'abord un statut plus clair...

Ainsi, depuis 2015, les IBODEs sont habilités à pratiquer des actes professionnels qualifiés d'exclusifs. Parmi ces actes, l'aide à l'exposition du patient, à l'hémostase et à l'aspiration sont une exclusivité des IBODEs et ce depuis le 1^{er} janvier 2020.

L'article [Article R4311-11] de 2020 précise que : « L'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire ou en cours de formation préparant à ce diplôme, exerce en priorité les activités suivantes :

1. Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
2. Élaboration et mise en œuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;
3. Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
4. Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;
5. Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.

En per-opératoire, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire ou l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide-opératoire en présence de l'opérateur.

Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière ».

Pour cela, un premier décret paru le 28 juin 2019 précisait les conditions de mise en place des mesures transitoires en obligeant les infirmiers à passer un examen. La composition et l'indépendance du jury avaient déjà été critiquées par l'Union des Chirurgiens de France, et nous avons attaqué ce décret avec pour conséquence de bloquer la réforme et d'entraîner la publication de ce nouveau décret le 29 janvier 2021 (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043081361>) qui met un place un dispositif transitoire permettant aux in-

firmiers non IBODE mais expérimentés de poursuivre leur activité. Cette action a donc permis de bloquer la procédure passant par un jury ; néanmoins, la DGOS avait accepté l'idée de sortir un décret permettant de régler TOUS les actes exclusifs des IBODEs. Cela n'est malheureusement pas le cas.

Ce nouveau texte précise que pour obtenir son autorisation d'exercice il faut :

- transmettre **avant le 31 mars 2021** un dossier d'inscription, complet et signé, à la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) de leur lieu d'exercice ;
- suivre avant le 31 décembre 2025 la formation complémentaire de 21 heures dispensée au sein d'une école d'IBODE et financée par l'employeur.

Seuls peuvent candidater à cette épreuve les infirmiers :

- exerçant au 31 décembre 2019 la fonction d'IBODE **depuis une durée d'au moins un an en équivalent temps plein** ;
- apportant de manière régulière une aide à l'exposition du patient, à l'hémostase et à l'aspiration lors d'interventions chirurgicales réalisées au cours de cette même période.

Au moment du dépôt de candidature et dans un délai de 2 mois, une autorisation temporaire à réaliser ces actes est délivrée. L'autorisation définitive sera délivrée après validation du suivi de formation complémentaire, au plus tard le 31 décembre 2025.

Le problème principal est que ce nouveau décret limitera maintenant l'exercice des « Ibode like » non diplômés mais titulaires d'une autorisation aux seuls actes d'exposition, d'aspiration et d'hémostase. Ainsi, les autres actes exclusifs des IBODEs leurs seront dorénavant interdits (Art. R. 4311-11-1) à savoir :

- l'installation chirurgicale du patient ;
- la mise en place et la fixation des drains sus-apo-névrotiques ;
- la fermeture sous-cutanée et cutanée ;
- toute les fonctions d'assistance pour des actes d'une particulière technicité déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le syndicat des IBODEs a, par ailleurs, rappelé que ces mesures transitoires ne donnaient pas accès aux fonctions pleines et entières de l'aide-opérateur qui sont exclusivement réservées aux seuls IBODEs. Il s'est engagé à soutenir partout sur le territoire des actions judiciaires pour empêcher les établissements de santé et les chirurgiens à laisser des non IBODEs installer le malade, mettre en place les drains, introduire des trocars, tenir des surjets, tenir des instruments de coelioscopie ou des instruments de robotique, etc.

Dans ces conditions, ce décret est une nouvelle fourberie et demain les IBODEs pourront bloquer nos activités au nom de réglementations qui leur attribuent l'exclusivité de gestes simples tel que l'installation, l'aspiration, l'exposition, la fermeture, etc., qui ont toujours nécessité une formation pratique de... quelques minutes !

Dans le même temps, se négocient pour les IADEs et les IDEs des diplômes et qualification « d'infirmier en pratique avancée » pour leur donner de l'autonomie et permettre le transfert d'activités simples aujourd'hui réalisées par les médecins.

Pour ma part, je soutiens uniquement la délégation de tâches médicales à des collaborateurs paramédicaux au cœur d'une équipe ou d'une organisation sous la responsabilité d'un seul médecin.

Le danger de ces réformes est de remettre en question l'indépendance des médecins et leur autonomie pour balkaniser leur pratique et favoriser une médecine à moindre coût.

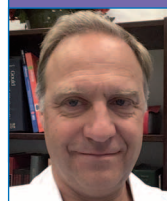
Sachant qu'*in fine* toute la jurisprudence désigne le couple anesthésiste-chirurgien comme seul responsable des IADEs, IBODEs et infirmiers circulants.

L'autonomie des IADEs et IBODEs ne sera définitivement actée que lorsqu'une procédure judiciaire accouchera d'une condamnation de l'un pour faute professionnelle ayant abouti à un préjudice patient.

Le syndicat UCDF et le BLOC où notre syndicat (SNCUF) siège va entamer une nouvelle procédure pour bloquer ce nouveau décret.

Affaire à suivre, en attendant, informez vos aide-opérateurs non IBODEs de s'inscrire **avant le 31 MARS 2021** pour obtenir leur autorisation définitive d'exercer ces seuls 3 gestes.

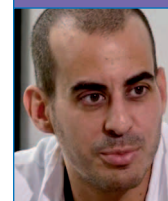
Didier LEGEAIS, *Président du SNCUF*



Laurent
GUY



Thierry
LEBRET



Marc-Olivier
TIMSIT

Les JOUM reviennent en 2021 avec un format virtuel

C'est avec beaucoup de joie que nous pouvons annoncer que les JOUM 2021 auront bien lieu les **17 et 18 juin** prochains, dans un format digital spécifique.

Il est évidemment triste de ne pas pouvoir nous réunir dans la ville rose comme cela était prévu, mais cela fait maintenant un an que le SARS-Cov2 a chamboulé nos pratiques et le maintien des JOUM dans son format original pour le mois de juin n'apparaissait pas raisonnable.

Afin de maintenir le dynamisme des présentations et des cas cliniques, les JOUM seront enregistrées et diffusées en direct. Ainsi, les différents orateurs seront réunis en région parisienne et feront leur présentation en live ! Ce choix technique, audacieux, nous est apparu indispensable pour une interaction maximale.

Fort heureusement, l'actualité très riche en onco-urologie, nous a permis de préparer un programme scientifique passionnant avec des intervenants de grande qualité. Vous ne serez pas dépayés par le format qui consistera toujours en 4 grandes parties (urothélium, rein, prostate, OGE) entrecoupées de présentations transversales. Les responsables des sous-comités du CCAFU vous

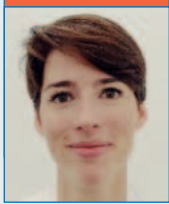
livreront, comme chaque année (ou presque...), l'essentiel des nouveautés et c'est avec beaucoup de plaisir que nous proposerons des débats et des mises au point très orientées vers votre pratique quotidienne.

Soigner les cancers urologiques, c'est connaître les résultats des études, découvrir les essais en cours, mais c'est aussi et surtout savoir ce que l'on peut faire demain en consultation et après-demain en RCP.

Nous vous attendons donc nombreux derrière vos ordinateurs, tablettes et smartphones les 17 et 18 juin prochains !

Laurent GUY, Thierry LEBRET, Marc-Olivier TIMSIT





Dossier
préparé par
**Caroline
PETTENATI**

L'urologie et plus encore !

L'urologie ne connaît pas de limite. De la spécialité à la sur-spécialisation, il existe de multiples chemins ! Vous connaissez bien sûr les plus classiques : celui de la lithiase, l'oncologie, le fonctionnel etc. Mais il en existe bien d'autres. Charles Mazeaud et François-Xavier Madec vous présentent « l'urologie de la transition ». De la transition enfant-adulte à la transition de genre, bonne découverte à tous.

L'urologie est une spécialité complète dans la prise en charge médico-chirurgicale des pathologies de l'appareil urinaire et reproducteur. Cet aspect global m'a toujours attiré, je suis actuellement CCA en Chirurgie Urologique.

Pourtant, à la fin de mon internat, je ne comprenais pas bien certaines pathologies que nous prenions en charge en relais de nos confrères chirurgiens pédiatres. J'avais assisté à des consultations très intéressantes « transition enfants-adultes » effectuées par le Pr Lemelle, chef de Service en Chirurgie Pédiatrique, consultant dans notre service, mais tout cela restait très obscur.

En faisant mon interCHU à Nantes, j'ai découvert qu'il était tout à fait possible de faire une année de post-internat en Viscérale Infantile avant d'attaquer le clinicat d'Urologie. Cela se fait dans certains CHU et mon stage chez les enfants m'avait beaucoup intéressé. J'ai sauté sur l'occasion en demandant un poste d'assistant en chirurgie viscérale infantile à Nancy. Cela m'a tellement plu que j'y suis resté deux ans !

Dès le début, j'ai souhaité participer aux consultations « transition », la neuro-urologie y tient une place prépondérante. Les patients sont souvent familiers du CHU depuis leur petite enfance. Le lien particulier tissé entre eux et le chirurgien est très fort. Il est difficile de quitter le monde de la pédiatrie où l'accompagnement, l'environnement sont très sécurisants. Les parents sont aussi très présents, dans un environnement « adulte », cela est parfois difficile à appréhender pour le chirurgien urologue.

Ces spécificités nécessitent une transition douce où plusieurs chirurgiens se



**Charles
MAZEAUD**

La transition enfant-adulte en urologie

réunissent avec le patient pour que le lien de confiance, la continuité dans la prise en charge et l'adhésion au projet thérapeutique puisse se faire aussi facilement que possible.

L'histoire de la maladie souvent longue nécessite un échange prolongé, la durée de consultation impose un créneau dédié, en dehors des consultations de tous les jours. Cela permet d'appréhender le suivi à très long terme de patients qui ont su s'adapter à des situations difficiles et auxquelles il faut tenter d'apporter des réponses ou tout du moins un suivi le plus optimal possible.

A Nancy, un créneau tous les 15 jours est prévu dans le service d'urologie. Nous consultons en binôme, avec un accès au plateau technique d'endoscopie et de BUD adulte. Le passage vers l'hôpital adulte est souvent perçu comme brutal, avec un environnement plus austère. Outre la connaissance de l'histoire clinique complexe des patients, le visage

familier des chirurgiens pédiatres est essentiel à la mise en confiance.

La prise en charge adulte de ces patients impose une connaissance des pathologies urologiques pédiatriques, comme la valve de l'urètre postérieur ou l'exstrophie vésicale. Les techniques chirurgicales sont parfois lourdes et certains patients sont multi-opérés. La rareté de certains syndromes, le handicap qui peut en résulter ne doit pas être un frein.

Pour ma part, le DIU d'Urologie pédiatrique m'a beaucoup apporté. Outre de nombreux éléments de neuro-urologie, on y apprend beaucoup sur les troubles de la différenciation sexuelle, la chirurgie de l'hypospadias ou l'insuffisance rénale sur pathologie malformative.

Un point clé abordé à la consultation transition est la prise en compte de la dimension sexuelle. Aspect peu ou pas abordé pendant la période pédiatrique, elle est constamment présente chez ces jeunes adultes. Plus ou moins marquée, difficile à exprimer de par la présence parentale ou tout simplement occultée par le patient qui ne s'en croit pas capable, je pense qu'il faut l'aborder d'emblée lors de la première consultation.

Depuis 2 ans et demi, avec le peu de recul que j'ai, certains patients posent des questions très précises après 2 ou 3 consultations « banales » où la sexualité n'était initialement pas du tout jugée importante. Certaines femmes pensent qu'elles ne peuvent pas avoir de rapports, d'autres qu'elles ne peuvent pas tomber enceinte. Répondre simplement à ces questions aide bien plus qu'on ne le croit !

L'apport du chirurgien adulte se trouve aussi dans l'expérience de techniques

chirurgicales ou thérapeutiques médicamenteuses peu pratiquées chez l'enfant, comme l'urétéroscopie souple pour calcul ou les injections intracaverneuses de prostaglandines.

La transition enfant-adulte est une chance de comprendre et d'appréhender

la pathologie urologique dans son ensemble, mais aussi l'occasion de riches échanges entre chirurgiens.

C'est pour moi une source inépuisable d'apprentissage et un complément de formation dans notre cursus que je recommande à tous.

Il est important de souligner que la nouvelle maquette de l'internat autorise encore une année lors de la phase de « consolidation » en chirurgie pédiatrique. Lancez-vous !

Charles MAZEAUD
CCA au CHU de Nancy

Le contexte

Les personnes transgenres sont des personnes dont le sexe assigné à la naissance n'est pas en adéquation avec leur identité de genre. Les dernières mesures épidémiologiques retrouvent une incidence de la transidentité élevée, évaluée à près de 0,5 % de la population générale.

Grâce aux modifications de l'état civil (prénom et genre) et aux traitements hormonaux chirurgicaux des personnes trans, on arrive à améliorer significativement leur qualité de vie. D'ailleurs, il ne s'agit pas que de soins fonctionnels, car ces procédures et traitements réduisent également la mortalité en limitant le risque suicidaire.

Ainsi, des modifications administratives peuvent être obtenues par des personnes transgenres. La demande de changement de prénom à l'état civil s'effectue en mairie auprès de l'officier d'état civil du lieu de résidence ou de naissance de la personne concernée. La personne doit remplir un formulaire, fournir les documents légaux d'état civil (acte de naissance, justificatif de domicile), ainsi que des attestations de ses proches confirmant l'utilisation de son nouveau prénom d'usage.

Pour le changement de genre à l'état civil les procédures se sont assouplies grâce à la loi du 18 novembre 2016 (Code civil 61-5 à 61-8) qui précise que « *Toute personne majeure ou mineure émancipée qui démontre par une réunion suffisante de faits que la mention relative à son sexe dans les actes de l'état civil ne correspond pas à celui dans lequel elle se présente et dans lequel elle est connue peut en obtenir la modification* ».

Les principaux de ces faits, dont la preuve peut être rapportée par tous



François-Xavier
MADEC

La chirurgie du transsexualisme pour un urologue : how to make it !

moyens, peuvent être : qu'elle se présente publiquement comme appartenant au sexe revendiqué ; qu'elle est connue sous le sexe revendiqué de son entourage familial, amical ou professionnel ; qu'elle a obtenu le changement de son prénom afin qu'il corresponde au sexe revendiqué. Cette procédure se déroule devant le tribunal de grande instance. Le fait de ne pas avoir subi de traitements médicaux, une opération chirurgicale ou une stérilisation ne peut justifier un refus de changement de sexe à l'état civil.

Les soins médico-chirurgicaux des personnes trans sont également remboursés dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD-31 dite « hors liste », décret n° 2010-125 publié le 10 février 2010 au journal officiel). À l'heure actuelle, la délivrance de cette ALD 31 nécessite un suivi médical spécialisé de

2 ans et une concertation du dossier avec psychiatre, endocrinologue, chirurgien dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire afin de délivrer un certificat qui sera envoyé à la caisse nationale d'assurance maladie.

Malgré ces avancées, il persiste une carence en offre de soins médico-chirurgicaux chez les personnes transgenres. Certains estiment qu'il faudrait 1 centre spécialisé de l'identité de genre (« *gender clinique* ») pour 7 millions d'habitants.

De ce fait, l'obtention d'hormonothérapie sans ordonnance, ni surveillance, ainsi que le recours au tourisme chirurgical sont fréquents. On estime qu'environ la moitié des personnes trans aurait des chirurgies génitales à l'étranger, cela s'est principalement développé en Asie du Sud. En plus du coût élevé de ces interventions (par exemple la vaginoplastie varie entre 20 000 et 30 000 euros), il se pose surtout le problème de la qualité du soin en absence d'encadrement médico-psychologique, et de suivi à moyen et long terme.

Pourquoi et comment un urologue peut s'intéresser à la transidentité

Les urologues peuvent s'impliquer dans les soins délivrés aux personnes transgenres notamment pour les opérations de reconstruction génitale, à savoir la vaginoplastie pour les femmes trans et la phalloplastie pour les hommes trans. Cette surspécialisation de l'andrologie m'a intéressé car elle fait appel à une collaboration multidisciplinaire. En effet, les décisions chirurgicales s'effectuent lors de RCP avec psychiatres, psychologues, endocrinologues, urologues, plasticiens, gynécologues et ORLs. De plus, les résultats obtenus avec les traitements hormonaux chirurgicaux sont satisfaisants.

Sur le plan chirurgical, la réassignation sexuelle est particulièrement stimulante notamment pour un urologue-andrologue confirmé. En effet, ces chirurgies regroupent quasiment l'ensemble des gestes que l'on réalise en reconstruction génito-urinaire conventionnelle (par exemple l'abord de l'urètre, la dissection des corps caverneux, les différentes techniques d'urétroplasties, l'utilisation d'implant pénien, etc.).

Pour le moment, il n'existe pas de parcours standardisé de formation pour l'apprentissage de la prise en charge des personnes trans et de la chirurgie de réassignation sexuelle.

En ce qui me concerne, les premières notions théoriques m'ont été délivrées lors de cours d'andrologie et de sexologie. Ce qui m'a permis d'avoir une vision plus pratique de ces chirurgies est le DIU de chirurgie de la verge. Ensuite, le projet germe, mais 3 axes doivent être travaillés pour le concrétiser.

Tout d'abord il faut approfondir ses connaissances sur la transidentité et avoir une vision globale des soins à déli-

vrer. Ainsi, le DIU de la prise en charge de la transidentité (à l'université de médecine Paris Diderot) est la formation la plus adaptée.

Ensuite, il faut acquérir les techniques chirurgicales de ces reconstructions génitales complexes. On reprend donc la voie classique du compagnonnage, soit lors d'une année de mobilité ou comme pour moi grâce à une exposition régulière dans un centre expert qui le plus souvent est le CHU de Lyon sud avec le Dr Nicolas Morel-Journel. De nouveaux centres se développent aussi en France comme au CHRU de Lille avec le Dr François Marcelli, ce qui en plus permet d'avoir de bons conseils pour débiter l'activité et encadrer l'équipe médicale et paramédicale. L'autre avantage de ces 2 centres est la grande convivialité de leur accueil !!!

On peut aussi perfectionner sa technique grâce aux dissections sur sujets anatomique à l'école de chirurgie.

Enfin, il faut organiser la collaboration multidisciplinaire et créer ou rejoindre une RCP spécialisée. Ainsi, grâce aux

congrès de la FPATH (*French professional association for transgender health*, ancienne SOFECT), on rencontre les différents acteurs déjà impliqués dans cette thématique qui délivrent de précieux conseils.

Actuellement, l'accès aux soins de ces personnes reste difficile avec des délais s'allongeant dans les centres experts. Par conséquent, lorsque l'on ouvre les premières plages de consultations et de blocs, elles se remplissent rapidement.

Conclusion

La chirurgie de réassignation sexuelle des personnes trans, bien que très spécialisée, fait partie de l'urologie et notamment de la reconstruction urogénitale. En France, bien que de nouveaux centres se soient développés, une carence de soin persiste. Il est nécessaire que la nouvelle génération d'urologue-andrologue s'y intéresse, car ces soins sont stimulants, en évolution et surtout satisfaisants pour les patients transgenres.

François-Xavier MADEC

Service d'urologie, Hôpital Foch, Suresnes

9 AVRIL 2021
PARIS, FRANCE

100% VIRTUEL

JITTU
JOURNÉES
DES INNOVATIONS
TECHNIQUES ET
TECHNOLOGIQUES
EN UROLOGIE

AFU ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE
www.urofrance.org

Connectez-vous!
@AFUrologie #JITTU2021

URO DIFFUSION

3-4 SEPTEMBRE 2021
PARIS, FRANCE
MAISON DE L'UROLOGIE

JAMS
JOURNÉES
D'ANDROLOGIE &
MÉDECINE SEXUELLE

E-JAMS FRANCOPHONES 2021
(LIVE STREAMING POUR LES PAYS FRANCOPHONES)

AFU ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE
www.urofrance.org

Connectez-vous!
@AFUrologie #JAMS2021

URO DIFFUSION



Emilien
SEIZILLES de
MAZANCOURT

Rencontres de l'AFUF 2021, Save the date : 17 au 19 septembre 2021 à Bordeaux !

Les prochaines Rencontres de l'AFUF auront lieu du 17 au 19 septembre 2021 à Bordeaux ! Les Rencontres de l'AFUF permettent à une soixantaine d'internes, assistants et chefs de clinique de participer au congrès en présentiel pour ainsi favoriser les échanges entre urologues en formation. L'évènement permet aussi de découvrir une ville et sa gastronomie par l'organisation de temps culturels. Le programme scientifique prévoit des séances de live surgery ainsi que des conférences et présentations sur différentes expertises de l'urologie bordelaise.

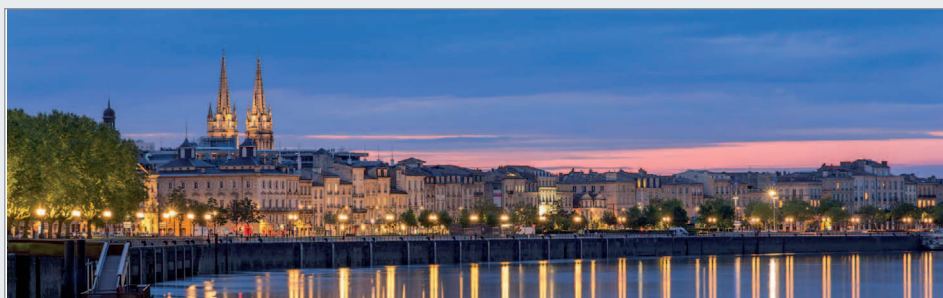
Les dernières Rencontres de l'AFUF ont pu se dérouler en septembre dernier à Lyon avec un franc succès, malgré la crise sanitaire. Des précautions avaient été prises pour respecter les mesures barrières, en particulier pour les repas

et les logements. L'évolution de la situation est difficilement prévisible et la tenue d'un congrès en présentiel encore incertaine. Cependant, notre évènement possède depuis plusieurs années déjà une composante virtuelle avec diffusion sur le net en live et en différé de toutes les chirurgies et présentations délivrées. Cette partie virtuelle va bien évidemment être hypertrophiée mais notre optimisme nous permet encore d'espérer du présentiel pour le mois de septembre.

Les inscriptions auront lieu sur la plateforme de l'AFUF pendant les mois de mai et juin. Les places étant limitées, les premiers arrivés seront les premiers servis. Vous pouvez d'ores et déjà réserver votre week-end !

Pour patienter, vous pouvez (re)visionner les présentations et live surgeries des 3 précédentes Rencontres de l'AFUF sur le site : <https://afuf.e-congres.com/fr/>

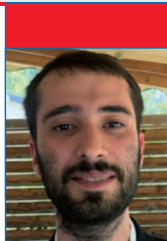
Emilien SEIZILLES de MAZANCOURT
Secrétaire général de l'AFUF



Après une année d'absence, les formations de l'AFUF UROONE reprennent ! Débutées en 2019, les formations UROONE ont été obligées de s'arrêter en raison de la pandémie de COVID toute la saison 2020-2021.

Ces formations qui s'adressent aux plus jeunes internes (2^e année) reprennent les bases de l'onco-urologie du rein, de la prostate et de la vessie.

Distanciation sociale oblige, le format a quelque peu changé pour cette nouvelle formule. Les cours auront lieu sur une soirée par or-



Ugo
PINAR

UROONE : le renouveau !

gane et seront réalisés à distance en visio-conférence. Mais soyez rassurés, nous avons gardé le meilleur de cette

formation : des enseignants spécialisés et référents dans leur domaine, des bases solides qui vous accompagneront tout au long de votre internat et de la convivialité !

Cette année la première session sera consacrée à la prostate et aura lieu le **jeudi 8 avril à partir de 18h30**. Les inscriptions sont ouvertes pour les internes en deuxième et troisième année.

Programme et inscriptions sur le site de l'AFUF.

N'hésitez pas, inscrivez-vous !

Ugo PINAR