

## Sommaire

### Éditorial

- *Un nouvel élan pour la communication de l'AFU* ..... 2  
Véronique PHÉ, Benjamin PRADÈRE

### Dossier - Soins et méditation

- *Méditation : soigner en pleine conscience* ..... 3  
Stéphane BART
- *Testez votre pleine conscience* ..... 5
- *Entretien avec le Dr Abirami Thiagarajah, réanimatrice à l'hôpital NOVO et instructrice en Mindfulness* ..... 6  
Abirami THIAGARAJAH, Stéphane BART

### Assurance maladie

- *La lettre de liaison : indispensable !* ..... 8  
Sandrine TATÉ, Karine MELLI

### En direct du CA

- *Retour sur la réunion du CA du 30 juin à la MUR* ..... 9  
Caroline PETTENATI

### Organisation de l'urologie française

- *Les structures de l'urologie française* ..... 11  
Olivier ALENDA, Patrick COLOBY
- *CNPU : what's up ? Et surtout, qu'est-ce qu'on y fait ?* ..... 13  
Irène CHOLLEY, Denis PRUNET
- *L'AFU : une vieille dame qui a de belles années devant elle !* ..... 14  
Thierry LEBRET

### European urologist champions league

- *Urologists in Europe* ..... 16  
Arnulf STENZL

### Accréditation

- *Briefing/débriefing : de l'aviation militaire au bloc opératoire* ..... 17  
Vanessa AVRILLON
- *Le briefing d'un escadron de chasse* ..... 18  
Vanessa AVRILLON, Jean-Pierre HENRY
- *La communication positive dans le débriefing* ..... 19  
Vanessa AVRILLON, François JAULIN
- *Briefing/débriefing : l'outil HAS* ..... 20  
Stéphane BART

### SNCUF

- *L'urologie pédiatrique en danger, mais pas qu'elle* ..... 21  
Didier LEGEAIS

### FAX AFUF

- *Le Ventoux 2 • Soirée-formation sur le cancer du rein* ..... 30  
Benoît MESNARD, Arthur PEYROTTE

### Recherche - À la recherche de la nouvelle star

- *Zine-Eddine KHENE, Charles MAZEAUD* ..... 31
- *Doriane PROST...* ..... 32

### Cancer de la prostate

- *3 juin 2023 : on a roulé contre le cancer de la prostate* ..... 33  
Gaëlle FIARD

### Soins de support

- *Activité physique adaptée (APA) : mode d'emploi* ..... 36  
Alexandre CORBEL, Romain MATHIEU

### Hommages

- *Hommage au Professeur Christian Chatelain* ..... 38  
Emmanuel CHARTIER-KASTLER, François RICHARD
- *In memoriam Daniel Grasset* ..... 39  
Etienne CUENANT, Antoine FAIX, Thibaut MUREZ

### CFU 2023

- *Inscrivez-vous sur : <https://cfu-congres.com/>* ..... 40



**Véronique PHÉ**  
Vice-présidente de  
l'AFU déléguée à la  
communication



**Benjamin PRADÈRE**  
Trésorier adjoint  
de l'AFU

## Un nouvel élan pour la communication de l'AFU

Avec la mise en place des actions de la nouvelle mandature, la mission nous a été confiée de poursuivre les efforts réalisés par nos prédécesseurs sur la stratégie de communication de notre association tout en repensant les moyens utilisés. C'est chose faite avec de nombreuses nouveautés qui arrivent pour les mois à venir !

Les objectifs de la communication de l'AFU peuvent se résumer par audience :

- **Après des membres de l'AFU :** montrer que l'association est présente, active et à la disposition des membres. L'objectif est d'améliorer notre visibilité en proposant des outils utiles dans le quotidien professionnel des urologues.
- **Après de la communauté scientifique :** l'objectif étant de mettre en avant l'AFU par son dynamisme, par la qualité de ses événements, de ses formations et de sa production scientifique tout en intéressant les professionnels de santé non-urologues (médecins généralistes, oncologues, gynécologues, infirmiers, kinésithérapeutes etc.).
- **Après des patients :** fournir les informations dont les patients ont besoin pour la prise en charge de leurs pathologies urologiques. En restant la référence et le guide pour le parcours de soin du patient.
- **Après du grand public :** informer sur le rôle de l'urologue, casser les préjugés, inciter les personnes qui présentent des symptômes en lien avec l'urologie à consulter, promouvoir la connaissance des pathologies urologiques et leurs symptômes.
- **Après des instances gouvernementales :** HAS, ABM, ANSM et autres sociétés savantes...

Ainsi, le premier changement notable structurel est la création d'un comité de communication. Ce comité (représentatif de toutes et tous les urologues) a pour but la création de contenus et le contrôle de la qualité de notre communication. Il est formé :

- d'un groupe responsable du contrôle du contenu sur les différents médias que l'AFU utilise (réseaux sociaux, newsletters, site

Urofrance, UROjonction, podcasts/contenu digital, etc.) ;

- et d'un groupe responsable du contenu scientifique par thématique (un à deux membres responsables par comité scientifique de l'AFU).

Par ailleurs, la communication sera réalisée par deux agences de communication :

- l'une, Incognito, réalisant la gestion globale, la diffusion et les rapports avec les patients et le grand public,
- l'autre, PlanetMed assurant la création du contenu scientifique défini.

Parmi les grandes actions que nous allons mener au cours des prochains mois vous pourrez notamment découvrir dès le mois d'octobre une **nouvelle version de notre Newsletter**. Celle-ci se veut plus dynamique en donnant davantage d'informations pratiques pour améliorer la proximité entre tous les membres de l'AFU. Vous y retrouverez évidemment une partie d'actualité scientifique avec une revue de presse, des détails sur les dernières actions menées par le bureau et le CA, des informations sur l'actualité des comités, et des highlights sur les recommandations AFU pour souligner des points nouveaux ou importants. Les rubriques vidéo et développement durable seront, elles aussi, toujours présentes.

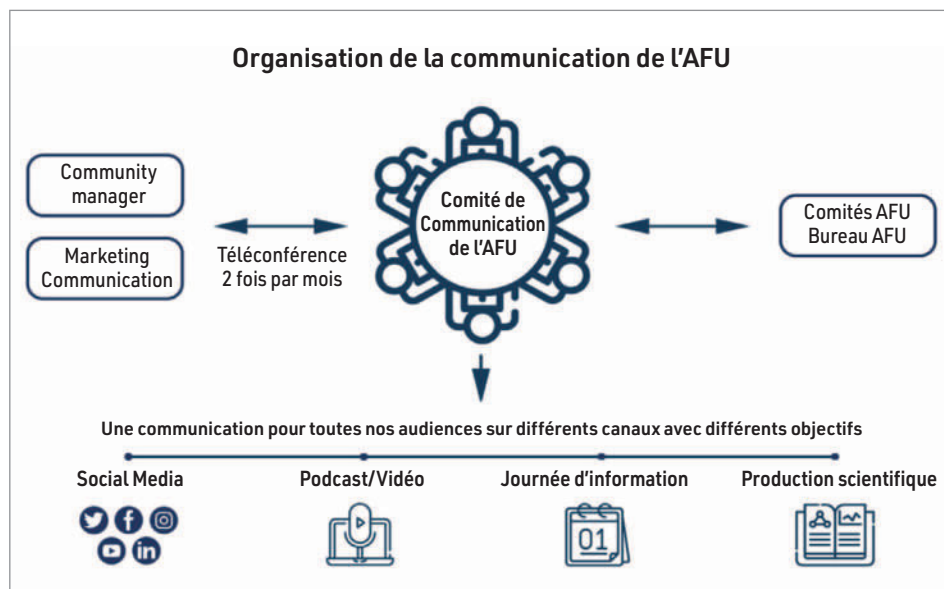
Enfin, apparaîtra une rubrique « question du mois » ou vous serez invités à répondre à une question pour que nous puissions mettre en place des actions ou modifier celles en cours et avancer selon vos choix et vos remarques.

De plus, notre présence sur les réseaux sociaux sera renforcée afin de vous permettre de suivre et de soutenir nos actions. Vous aurez un contenu adapté en fonction du réseau social que vous utilisez et nous vous invitons à interagir et partager au maximum les informations afin de faire bénéficier à toute notre communauté des nouveautés et des actions mises en place.

Parmi les grands projets pour 2023-2024, préparez-vous pour les événements grand public organisés par l'AFU dont le *mois de la santé masculine* en novembre (avec le CFU), le *mois de la continence* en mars prochain, puis le *mois de la vessie* en mai ainsi que le Ventoux 3 prévu au mois de septembre !

Il est difficile dans un seul éditto de détailler l'ensemble des actions en cours et à venir. Vous l'aurez compris, la communication de l'AFU évolue en gardant les bases des travaux déjà initiés tout en allant de l'avant en espérant vous parler plus, de façon plus juste et plus directe.

Véronique PHÉ, Benjamin PRADÈRE





Stéphane BART

# Méditation : soigner en pleine conscience

« S'arrêter et observer, les yeux fermés, ce qui se passe en soi (respiration, sensations, pensées...) et autour de soi (odeurs, sons...). Seulement observer, sans juger, sans attendre quoi que ce soit, sans rien empêcher d'arriver à son esprit, mais aussi sans s'accrocher à ce qui se passe : c'est la méditation pleine conscience... »

Christophe André

L'engouement du grand public concernant la méditation en France vient de nombreuses interventions et publications de Mathieu Ricard (moine Bouddhiste connu comme le porte-parole du Dalai Lama), du Dr Christophe André (médecin psychiatre à l'hôpital Sainte-Anne) ou encore du philosophe Alexandre Jollien. Dans cette vague, la pleine conscience s'est grandement développée depuis les années 2000.

Dans le cadre de la santé au travail, certains établissements proposent à leurs employés des programmes de gestion du stress et d'aide à la décision. Les programmes associant la méditation pleine conscience se sont développés dans ce contexte. Ils permettent de répondre au surmenage professionnel et au risque de *burn-out*, dont nous avons évoqué l'incidence grandissante et les méfaits dans des articles précédents (UROjonction n°98 Juin 2017, Gas *et al.* European 2019, Roumiguié *et al.* Prog Urol 2011).

Nous vous proposons de découvrir cette pratique au travers de ses programmes phares et de l'expérience de médecins initiés ou expérimentés en méditation.

La méditation pleine conscience ou *Mindfulness* s'est développée dans les années 1970-1980, dans l'inspiration initiale des tech-

niques méditatives bouddhistes et a conquis progressivement de nombreux pratiquants grâce aux bienfaits physiques et psychologiques qu'elle procure, au fur et à mesure de la pratique de ces séances.

Les recherches en neurosciences, ces 20 dernières années, ont participé à son essor par la découverte des effets de la méditation sur le plan physiologique et psychologique. Plus de 2500 articles traitent du sujet dans PubMed.

Elle a reçu, notamment, un écho en médecine grâce aux travaux et publications de John Kabat-Zinn, professeur et médecin américain qui a fondé le centre de pleine conscience à l'université médicale du Massachusetts et créé le programme de réduction du stress par la pleine conscience. (*Center for Mindfulness - UMass Memorial Health* ; [www.ummhealth.org](http://www.ummhealth.org)).

En France, dans les années 1980, un moine zen nommé Thich Nhat Hanh fonde un centre de méditation près de Bergerac participant au développement de cette pratique : le village des pruniers. Depuis, plusieurs centres se sont ouverts, en Europe et dans le monde (Allemagne, États-Unis, Australie, Thaïlande, Hong Kong). Il est décédé en 2022, laissant un héritage majeur, des milliers de pratiquants, de nombreux écrits, et la transmission de cette pratique au travers de ces centres ([Pleine conscience | Plum Village](#))

L'élément principal est la présence attentive pour définir la pleine conscience. Le pratiquant est alors « *attentif à son expérience interne et externe, telle qu'elle se déploie dans l'instant, et ce, sans jugement* ».

Il accueille ses émotions, sensations physiques et pensées tout au long de la séance. En quelque sorte, il s'observe sans jugement. La séance est le plus souvent pratiquée en position assise, sans objet de réflexion ou de concentration, sans contrôle de ses pensées ou de jugement. Le cycle respiratoire et les techniques respiratoires issues du yoga aident à se concentrer et se détacher de ses pensées, induisant une relaxation corporelle et une détente émotionnelle.

L'idée est d'observer puis de laisser passer (lâcher prise) nos sensations, réflexions,



Thich Nhat Hanh

« Je suis arrivé, je suis chez moi signifie : Je ne veux plus fuir. J'ai couru toute ma vie, et je ne suis arrivé nulle part. Maintenant, je veux m'arrêter. Ma destination est l'ici et maintenant, le seul moment et le seul endroit où la vraie vie est possible. »

« La Pleine Conscience nous met en contact véritable avec la vie, c'est-à-dire avec tout ce qui se passe dans le moment présent. Nous vivons ainsi pleinement notre vie quotidienne. La Pleine Conscience nous aide également à regarder et à écouter profondément. »

« La méditation, ce n'est pas échapper à la société, mais revenir à nous-même et voir ce qui se passe. Une fois qu'on voit, il faut agir. Avec la pleine conscience, nous savons ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire pour aider. »

émotions. C'est le test du baromètre intérieur, par la simple prise de conscience, sans jugement au moment présent.

Le principe de bienveillance est majeur et participe au décours des séances à développer la compassion.

La méditation est le plus souvent libre mais peut être, au début, dirigée afin d'aider les débutants à vivre pleinement les premières séances.

Au fil des séances, le méditant réalise son expérience de la méditation et acquiert une autonomie.

Le *mindfulness* est reconnu pour réguler les émotions (repérer les émotions négatives et les accepter, apaiser les ruminations), atténuer les symptômes liés à la dépression,

l'anxiété ou le stress, et enfin atténuer les comportements impulsifs et rigides.

Des démarches thérapeutiques se sont développées dans la gestion du stress. **Le programme MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction Program)** a été créé en 1979 et validé dans cette indication. Cette démarche s'adapte aux soignants ou à d'autres professionnels dans la société civile ou tout type de public, mais également aux patients présentant des douleurs chroniques.

La première publication est la suivante : « *An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results* » ; Gen Hosp Psychiatry; 1982 Apr;4(1):33-47. **J Kabat-Zinn.**

Une variante de ce programme appelée **MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy)** ou thérapie cognitive basée sur la pleine conscience a été codifiée et scientifiquement évaluée par Zindel Segal et ses collègues de l'université de Toronto.

Elle est indiquée pour les personnes dépressives afin de réduire le risque de rechutes, et pour réduire les ruminations, pensées négatives et l'anxiété.

Le mindfulness est également validé pour aider à limiter les addictions et le tabagisme.

Les effets sont variables d'une personne à une autre. Néanmoins, il a été démontré que les personnes ayant développé un haut niveau de pleine conscience régulent mieux l'impact de leurs émotions face aux événements négatifs.

Le système limbique associé à la régulation émotionnelle s'hypoactive tandis que le complexe frontal chargé du raisonnement et de la cognition s'hyperactive, régulant le système cérébral émotionnel.

De nombreuses études en neurosciences ont été réalisées et se poursuivent avec l'aide de l'imagerie fonctionnelle cérébrale, dont celles du Dr Sara Lazar, neuroscientifique au Massachusetts General Hospital et à la faculté de médecine d'Harvard, ou du Dr Antoine Lutz de l'université de Madison.

La plasticité cérébrale semble modifiée par la pratique régulière de la méditation en seulement quelques semaines. Pas de nécessité de devenir moine Bouddhiste !

Des groupes de méditants et des groupes témoins ont été comparés en imagerie cérébrale, après instauration du programme de réduction de stress de 8 semaines. À la fin

de ce programme, elle a trouvé des différences dans le volume cérébral dans cinq régions différentes du cerveau du groupe de méditants. Dans le groupe qui a appris la méditation, il a été constaté l'épaississement dans quatre régions du cerveau et la diminution de volume dans une région particulière :

1. La principale différence a été trouvée dans le cingulaire postérieur (une zone à l'arrière du cortex) qui est impliqué dans la concentration et la conscience de soi.
2. L'hippocampe gauche, qui aide à l'apprentissage, la cognition, la régulation émotionnelle, la remémoration et l'orientation dans l'espace.
3. La jonction temporo-pariétale, ou TPJ, associée à la prise de recul, à l'empathie et à la compassion.
4. Une région de la tige cérébrale appelée : le pont, où beaucoup de neurotransmetteurs sont produits. Au sein du système nerveux central, le pont joue un rôle important dans la motricité notamment en raison de sa position de relais entre le cerveau et le cervelet mais contribue aussi à la sensibilité du visage et aux fonctions autonomes.
5. L'amygdale, la partie du cerveau liée à l'anxiété, la peur et le stress en général. Cette zone a diminué dans le groupe qui a suivi le programme de réduction du stress basé sur l'attention. Le changement dans l'amygdale a également été corrélé à une réduction des niveaux de stress.

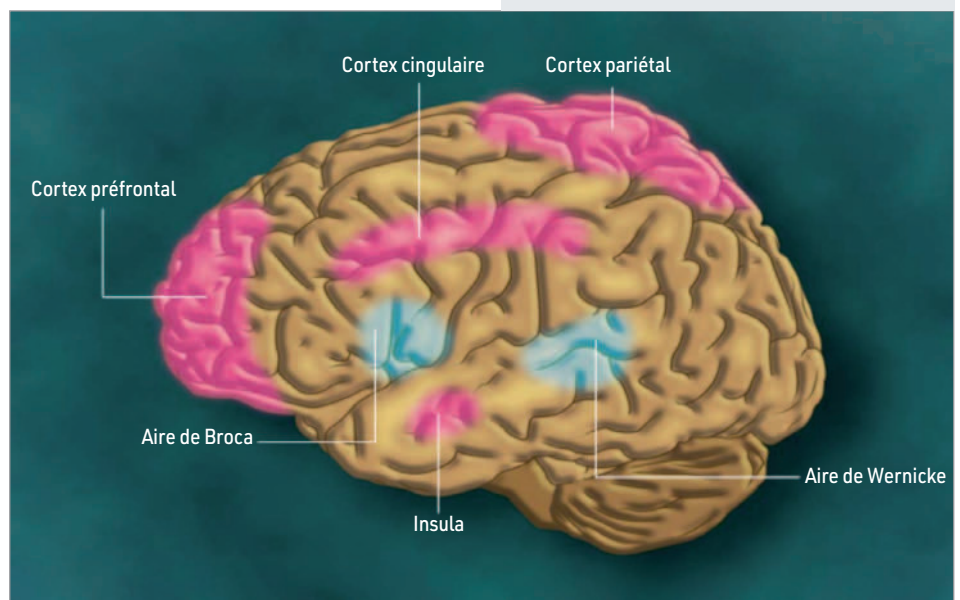
D'autres approches issues de la pleine conscience se sont développées :

**Le DBT (Dialectical Behavior Therapy)** ou thérapie comportementale dialectique) développé à l'université de Washington par la psychologue Marsha Linehan et utilisé dans les troubles de la personnalité *Borderline*. Elle s'appuie sur une méditation Zen. L'objectif est de développer une « conscience émotionnelle » et une tolérance aux émotions douloureuses, diminuant les passages à l'acte agressifs et la consommation de toxiques.

**L'ACT (Acceptance and Commitment Therapy)** ou thérapie de l'acceptation et de l'engagement) développée par Stevens C. Hayes dans les années 1990 qui est une forme de thérapie comportementale et cognitive. Elle permet l'apprentissage d'une nouvelle façon de vivre avec nos pensées et ressentis difficiles.

#### Représentation tirée de *Cerveau et Psycho* n°41 septembre/octobre 2010

*L'activité de certaines aires cérébrales est renforcée par la pratique de la méditation de pleine conscience : le cortex préfrontal gauche associé aux émotions positives ; le cortex cingulaire antérieur impliqué dans la perception des sensations corporelles, notamment de la douleur ; le cortex fronto-pariétal et l'insula, impliqués dans l'intéroception, ou perception des sensations internes. En revanche, l'activité des aires du langage (aire de Broca et aire de Wernicke) diminue.*



Selon le Dr Christophe André, médecin psychiatre, spécialiste de la pleine conscience et auteur de nombreux ouvrages sur le sujet : « *Si la méditation peut paraître chronophage au premier abord, elle nous rend plus présent, nous permet de réduire le temps que nous perdons en activités inutiles et de faire les choses autrement : de manière plus attentive, plus centrée, plus apaisée... Le corps vit toujours au présent, c'est notre esprit qui vagabonde dans le temps. Donc, chaque fois que l'on revient au corps, on revient au présent ! ...*

*Avec l'entraînement, la pleine conscience peut se pratiquer sans nécessairement arrêter le navire de la vie mais en introduisant la méditation dans l'action. Il s'agit d'effectuer plusieurs fois dans la journée des pauses durant lesquelles on suspend toute activité et toute distraction pour revenir, là encore, vers son souffle, son corps et l'instant présent... ».*

**Le Programme MBSR** ou réduction du stress basée sur la pleine conscience est le programme fondateur. Ce programme structuré d'entraînement à la Pleine Conscience sur 8 semaines vise à développer la capacité à aborder la douleur sous ses différentes formes, à répondre aux situations stressantes et à récupérer des situations déstabilisantes.

Le contenu d'une séance de MBSR s'appuie sur l'expérience de pleine conscience de chaque participant et inclut notamment :

- Un apprentissage de différents types de méditation de pleine conscience, d'une attention focalisée à une attention plus ouverte, dans toutes les postures : allongé, assis, debout, en marchant. Un entraînement à cultiver une attention continue sur notamment la respiration, les sensations corporelles et l'évolution des états cognitifs et affectifs, en posture allongée, assise, en marchant et pendant du yoga.
- Des exercices corporels en pleine conscience pour prévenir les douleurs et les blocages liés au stress et entretenir son corps au quotidien.
- Des échanges issus de la pratique de la pleine conscience.
- Des apports pédagogiques et plus théoriques relatifs à la façon dont nous vivons tout ce qui peut nous stresser dans notre propre vie.
- L'entraînement à utiliser la pleine conscience par rapport à tout ce qui est désagréable dans la vie, tout ce qui est stressant : notamment les douleurs, les pensées et les émotions désagréables, les communications difficiles...
- Savoir identifier le rôle de notre perception et se libérer des réactions automatiques conditionnées dans la perpétuation du stress et l'enclenchement d'éventuels cercles vicieux.
- Une nouvelle compréhension du corps, du mental et des émotions agréables et désagréables basée sur une écoute inconditionnelle et plus fine (la pleine conscience).

La pratique de la méditation est majeure. Pour cette raison, elle inclut une journée d'intégration qui permet souvent de comprendre l'intérêt de la méditation plus profondément et changer la perception de ce que l'on vit et de nous-mêmes.

En synthèse, la méditation est une pratique au cœur de courants philosophiques et religieux millénaires.

Dans ce contexte, des programmes de méditation pleine conscience se sont développés et ont été évalués de manière scientifique, et à des fins thérapeutiques en ramenant l'individu dans le temps présent au contact de son corps, attentif à ses sens et ses pensées. Des exercices corporels basés sur la respiration et des postures l'y aident. Les soignants ont la possibilité d'expérimenter cette pratique au sein du programme MBSR. De nombreux effets positifs concernant le stress, la douleur, les rechutes dépressives et de nombreuses addictions ont été démontrés en complément d'autres prises en charge.

Le *Mindfulness* devient donc un art de vivre et une façon d'être. Finalement, notre rapport au temps présent s'en trouve renforcé. Ce qui nous ramène au mot méditation qui signifie en latin *meditari*, de *mederi* « donner des soins à... ».

## Testez votre pleine conscience

Selon le MAAS (*Mindful Attention Awareness Scale*) validé en français par le psychologue Joël Billieux et les collègues de l'université de Genève.

Vous pouvez avoir une idée de votre disposition à la pleine conscience en répondant aux questions suivantes par :

- |                     |                   |
|---------------------|-------------------|
| a) Presque toujours | d) Assez peu      |
| b) Très souvent     | e) Rarement       |
| c) Assez souvent    | f) Presque jamais |

1. Je peux vivre une émotion et ne m'en rendre compte qu'un certain temps après.

2. Je renverse ou brise des objets par négligence ou par inattention, parce que j'ai l'esprit ailleurs.

3. Je trouve difficile de rester concentrer sur ce qui se passe au moment présent.

4. J'ai tendance à marcher rapidement pour atteindre un lieu, sans prêter attention à ce qui se passe ou ce que je ressens en chemin.

5. Je remarque peu les signes de tension physique ou inconfort, jusqu'au moment où ils deviennent criants.

6. J'oublie presque toujours le nom des gens la première fois qu'on me les dit.

7. Je fonctionne souvent sur un mode automatique, sans vraiment avoir conscience de ce que je fais.

8. Je m'acquitte de la plupart des activités sans vraiment y faire attention.

9. Je suis tellement focalisé sur mes objectifs que je perds le contact avec ce que je fais au moment présent pour y arriver.

10. J'effectue mon travail automatiquement, sans en avoir une conscience approfondie.

11. Il m'arrive d'écouter quelqu'un d'une oreille, tout en faisant autre chose dans le même temps.

12. Je me retrouve parfois à certains endroits, soudain surpris et sans savoir pourquoi j'y suis allé.

13. Je suis préoccupé par le futur ou le passé.

14. Je me retrouve parfois à faire des choses sans être totalement à ce que je fais.

15. Je mange parfois machinalement, sans savoir vraiment que je suis en train de manger.

## Entretien avec le Dr Abirami Thiagarajah, médecin réanimatrice à l'hôpital NOVO (Nord-Ouest Val d'Oise) et instructrice en *Mindfulness*

### UJ - Comment as-tu démarré la méditation et démarré cette formation ?

AT - Je me suis intéressée à la méditation et à la pleine conscience au début pour des raisons personnelles. Il s'agissait d'une quête de connaissance de soi : comprendre et mieux gérer mes émotions pour ainsi mieux interagir avec l'autre, avoir un certain discernement concernant mes choix de vie. J'étais alors âgée de 27 ans. À cette époque, la méditation était médiatisée autour de personnes comme Christophe André, Mathieu Ricard ou Alexandre Jollien. J'avais assisté à une de leurs conférences au Grand Rex. Les programmes MBSR et MBCT étaient présentés avec des données académiques par le Dr Christophe André qui exerçait alors à l'hôpital Sainte-Anne. Ce programme, créé par Jon Kabat Zinn m'a séduit car il a été créé avec une rigueur scientifique et a été validé par de nombreuses études. J'ai réalisé ce programme sur 8 semaines en 2018 et j'en ai profité à titre personnel mais aussi à titre professionnel.

La pratique de la pleine conscience m'aide quotidiennement dans ma vie personnelle et l'exercice de mon métier de réanimateur : c'est pour cela que j'ai souhaité en faire bénéficier les autres en suivant la formation d'instructeur.

Un bon soignant est un bon technicien (savoir-faire théorique et pratique) qui a la capacité émotionnelle d'entrer en relation avec le patient avec la juste empathie afin d'exercer avec humanité tout en sachant se préserver.

En médecine, le savoir-faire peut se transmettre par les livres mais le savoir-être auprès de nos patients et de nos collègues s'apprend en s'observant et en s'écoutant les uns les autres. Cela passe donc par une meilleure connaissance de soi qui est un des objectifs du programme MBSR.

Dans notre métier, le compagnonnage est primordial et riche en rencontres. On grandit au fil de nos expériences mutuelles entre soignants et j'aime former les étudiants. C'est dans cet esprit que le programme a été mis

en place sur Pontoise après l'épidémie de COVID-19.

### Comment devenir formateur en méditation pleine conscience ?

On débute par le programme MBSR (cycle de 8 séances) puis on nous demande une pratique régulière de la méditation (au moins 2 ans). On ne peut instruire que ce que l'on a expérimenté en tant que pratiquant.

La formation d'instructeur dure entre 2 et 5 ans selon les organismes : formation théorique sous forme de modules présentiels et pratique sous forme de retraite silencieuse de pleine conscience. Nous sommes notre propre « laboratoire d'expérimentation de l'humanité ». Plus on apprend et expérimente la Vie en pleine conscience à travers soi, plus on est en mesure de comprendre et d'accompagner l'autre.

Au cours de la formation, on apprend à animer les pratiques méditatives et à accompagner les participants à cheminer sur la voie de la pleine conscience qui est innée mais dont on a oublié l'existence. Notre rôle est de guider et de faciliter la séance : c'est le participant qui réalise le cheminement et la prise de conscience. Cela nécessite donc un travail personnel sous forme de pratiques formelles (méditation assise, marche en pleine conscience, scan corporel, etc.) et de pratiques informelles (activités de routine en pleine conscience, respiration en pleine conscience dans la vie quotidienne).

Chaque séance est bien codifiée et reproductible avec des intentions claires ce qui permet un cheminement progressif au fil des 8 séances tout en laissant place à l'expérience personnelle.

La force du programme MBSR réside aussi dans l'effet « groupe » : on apprend des expériences mutuelles. L'instructeur et les participants sont garants du cadre bienveillant et sécurisé afin que le groupe chemine ensemble et accède à ses vulnérabilités. En 2023, j'ai pu accompagner deux groupes de 20 soignants à l'hôpital. La richesse de leurs retours d'expériences m'ont confortée et encouragée à continuer dans cette voie.



Abirami THIAGARAJAH

*Méditante pleine conscience depuis 2014 et instructrice en méditation pleine conscience, elle propose à l'hôpital le programme MBSR dans le cadre du programme de santé et vie au travail. Une étude comparative sur les effets bénéfiques de ce programme sur un échantillon de professionnels de l'hôpital NOVO est en cours.*

### Bio Express

- Méditante Pleine conscience depuis 2014
- Interne des hôpitaux de Paris en dernier semestre sur Pontoise en 2015
- Assistanat 2015-2017 à Pontoise (95) puis Louis Mourier (APHP - 92) en 2017-2019
- Praticien hospitalier (service de réanimation hôpital NOVO)

### Quel intérêt pour les soignants ?

Pour les soignants, le niveau de surmenage et de *burn-out* est insidieux, élevé et très fréquent. Ce programme aide à mieux se connaître et permet d'éviter d'être happé par le stress professionnel au quotidien.

Dans notre métier, nous sommes soumis au stress lié la performance et à nos conditions de travail et aussi à la vulnérabilité de notre condition humaine (la maladie et la mort). Réussir à maintenir constamment le juste rapport avec les patients et nos collègues est un vrai défi. Le fait de paraître distant peut être perçu comme de l'indifférence, l'empathie peut être vue comme une faiblesse et trop d'empathie peut être délétère.

Les soignants qui ont participé à la formation souhaitaient apprendre à se connaître et gérer leurs émotions afin d'améliorer leurs interactions avec leurs patients et leurs collègues et garder un équilibre entre la vie professionnelle et personnelle. Pour d'autres, ce fut suite à un burn-out : ils souhaitaient continuer leur cheminement intérieur afin de prévenir une éventuelle récurrence.

L'essence du programme MBSR est laïque et aide les individus à choisir la manière dont ils peuvent répondre à des événements de vie que l'on ne peut pas contrôler.

Par exemple, de nombreux athlètes aux Etats-Unis s'exercent à la pleine conscience afin de préparer leurs compétitions. Chaque compétition est unique et se vit au présent. Le passé est source de ruminations et de regrets et le futur vécu comme incertain et anxiogène. Pourtant la vie se vit et se savoure à l'instant présent.

Apprendre qui nous sommes, être bienveillant et vivre au quotidien n'est pas un acte nombriliste. Au final, c'est apprendre à mieux s'accepter au quotidien pour mieux être à l'écoute de l'autre.

Tout le monde a l'opportunité de vivre simplement un moment de pleine conscience tel que s'arrêter pour admirer un coucher de soleil ou un beau paysage. Des exercices au quotidien permettent de gérer les moments personnels ou professionnels difficiles en se connectant simplement à son souffle, en prenant conscience de son corps et de son environnement. La spirale du stress et des pensées peut ainsi s'interrompre et cela nous permet de donner une meilleure réponse à la situation sans être accaparé par le stress et les émotions déstabilisantes.

Sur le plan organisationnel, à l'hôpital, toute la difficulté est de se dégager du temps clinique afin de créer des séances courtes dans les services pour sensibiliser les professionnels ou les aider à progresser (avec des méditations guidées par exemple). Il s'agit d'un investissement pour les formateurs et les méditants, qui peut paraître lourd à mettre en place à l'hôpital.

L'effectif idéal pour les programmes MBSR est de 14-15 personnes afin d'être attentif sur chaque participant. Dans les retraites en silence, on peut se retrouver à 50 sur une semaine.

Actuellement, nous nous posons la question d'une étude multicentrique, de maintenir du temps dédié à la formation et de diffuser

cette pratique au sein de l'hôpital. La COVID a participé à la mise en lumière et l'exacerbation des difficultés d'organisation et de surcharge de travail à l'hôpital.

### Comment aider les patients dans le cadre de la pleine conscience ?

Pour développer en plus cette activité pour les patients, il faudrait beaucoup de formateurs et du temps dédié. Il est nécessaire d'aider en premier les soignants. La prise en charge en oncologie, dans la douleur chronique, l'insuffisance rénale terminale, et en psychiatrie pourrait être très intéressante. Le meilleur instructeur pour un soignant est un soignant. La compréhension de nos vulnérabilités au quotidien et l'empathie est primordiale. Le questionnement sur le maintien de la qualité des soins et l'attention aux patients peut être pris en défaut avec l'optimisation entrepreneuriale de notre métier.

Abirami THIAGARAJAH

Interview réalisée par Stéphane BART



### Testez votre pleine conscience

#### Résultats

À chaque question si vous avez répondu par :

- a) Presque toujours, comptez 1 point
- b) Très souvent, comptez 2 points
- c) Assez souvent, comptez 3 points
- d) Assez peu, comptez 4 points
- e) Rarement, comptez 5 points
- f) Presque jamais, comptez 6 points

Faites la somme de vos points et divisez par 9, vous obtiendrez, sur 10, votre score de prédisposition à la pleine conscience, d'autant meilleure que ce score sera élevé.

### Pour en savoir plus...

#### Quelques articles et livres

- *La méditation de pleine conscience*, Dr C. André.
- *Cerveau & psycho n° 41 septembre-octobre 2010*.
- *La pleine conscience*, L. Fehmi et J. Robbins, Belfond, 2010.
- *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience*, J. Kabat-Zinn, De Boeck, 2009.
- *L'art de la méditation*, M. Ricard, Nil, 2008.
- *Soigner en pleine conscience*, R. Epstein, De Boeck 2020.
- *La méditation pleine conscience*, C. Isnard Bagnis, Que sais-je, PUF 2017.
- *La pleine conscience au service de la relation de soin*, C. Isnard Bagnis, A. Duguet, et P. L. Dobkins, De Boeck 2017.

#### Quelques sites Internet

- [Association pour le Développement de la Mindfulness - Méditation pleine conscience \(association-mindfulness.org\)](http://association-mindfulness.org)
- [Site Francophone sur le Pleine-Conscience \(Mindfulness\) en Psychothérapie \(cps-emotions.be\)](http://cps-emotions.be)
- [Center for Mindfulness - UMass Memorial Health \(ummhealth.org\)](http://ummhealth.org)
- [Pleine conscience | Plum Village](http://plumvillage.com)

#### Quelques formations

- [PRESENTATION IMIC CHU DE BORDEAUX \(chu-bordeaux.fr\)](http://chu-bordeaux.fr)
- [Bienvenue - IFPCM - Institut Français de Pleine Conscience - Mindfulness](http://ifpcm.fr)
- [DU - méditation, gestion, du stress et relation de soin - Formation Continue Sorbonne Université \(sorbbonne-universite.fr\)](http://sorbbonne-universite.fr)

#### Quelques applications à tester

- [Petit Bambou, Mind, Calm, Headspace, Namatata \(Cinq applis pour méditer en pleine conscience \(lemonde.fr\)\)](http://lemonde.fr)



## L'Assurance Maladie

Agir ensemble, protéger chacun

# La lettre de liaison : indispensable !

Obligatoirement remise au patient le jour de sa sortie d'hospitalisation, la lettre de liaison, qui fait l'objet d'un accompagnement des ARS et de l'Assurance Maladie, représente une véritable avancée en termes de coordination des soins. Son intégration aux logiciels métiers des établissements facilite l'usage de cet outil obligatoire depuis 2017, et qui fait l'objet d'un indicateur qualité et sécurité des soins mis en place par la HAS.

Concrètement, la lettre contient six rubriques, au contenu riche et détaillé.

- **Les informations médico-administratives.** L'identification complète du patient y figure, ainsi que ses coordonnées, et celles des professionnels de santé référents. On y trouve également le mode d'entrée, la destination du patient à la sortie et la liste de diffusion du document de liaison.
- **Le motif d'hospitalisation.** Information essentielle et centrale de la lettre de liaison, le motif d'hospitalisation est explicité de manière exhaustive.
- **La synthèse médicale du séjour.** Cette rubrique détaille la prise en charge du patient, en précisant le cas échéant les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation, l'administration de produits sanguins ou encore la pose éventuelle d'un dispositif médical implantable.

*Obligatoire depuis 2017, la lettre de liaison permet aux établissements de communiquer au patient et à son médecin traitant les informations indispensables à un suivi optimal post-hospitalisation. Quel en est le contenu, rubrique par rubrique ? Dématérialisée, comment la transmet-on ? Quels en sont les bénéfices ? Tour d'horizon détaillé de cet outil aux enjeux étroitement imbriqués avec ceux du numérique en santé.*

- **Les actes techniques, examens complémentaires ou biologiques et leurs résultats.** C'est ici que vont figurer tous les résultats commentés des actes réalisés pendant le séjour du patient.
- **Les traitements médicamenteux.** Avant, pendant et après l'hospitalisation, les traitements sont ici mentionnés en précisant le nom DCI, le dosage, la forme, la posologie, la durée, la voie d'administration et la fréquence des prises. Le statut du traitement en sortie (ajouté, poursuivi, arrêté, modifié) des traitements y apparaît, tout comme les motifs et détails de modifica-

tion (cible, surveillance associée, durée de traitement).

- **La planification des soins et suites à donner.** Cette ultime rubrique facilite la continuité des soins d'une part et la continuité sociale d'autre part. On y retrouve la programmation des rendez-vous médicaux et paramédicaux, les informations aux professionnels de ville, mais aussi les éventuelles demandes d'ALD, de dispositifs médicaux, de transport ou d'appui des services d'aide sociale.

On le voit clairement, les établissements, les professionnels de santé libéraux et, *in fine*, les patients, sont tous gagnants grâce au dispositif. Exhaustif, le document contribue grandement à une meilleure prise en charge par tous les acteurs de la santé.

Mais comment la lettre se transmet-elle ? Elle est remise au patient le jour de sa sortie, est versée au dossier médical dans « Mon Espace Santé » et envoyée au patient, au médecin traitant et au médecin adresseur via une messagerie sécurisée de santé. La lettre constitue un des éléments centraux du partage sécurisé et généralisé des données mis en place dans la feuille de route du numérique en santé.

Sandrine TATÉ, Karine MELLI  
Relation professionnels de santé  
Assurance Maladie de l'Essonne



La lettre de liaison : une continuité des soins garantie, un partage d'informations pour les professionnels de santé et une prise en charge sécurisée pour les patients

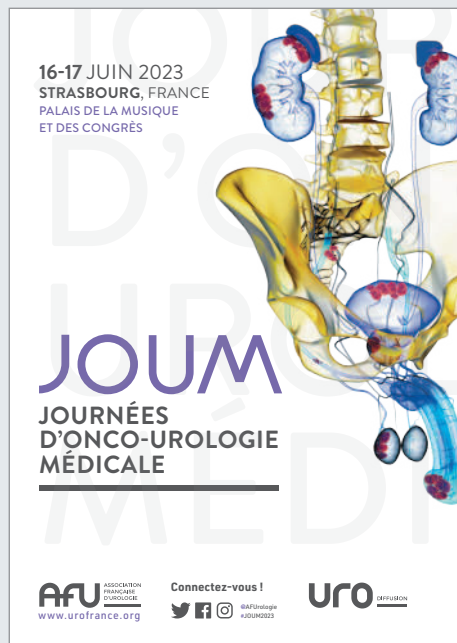


Caroline  
PETTENATI

## Retour sur la réunion du CA du 30 juin à la Maison de l'Urologie

### JOURNÉE 2023

Malgré un changement de lieu de dernière minute imposé par la législation, les JOURNÉE 2023 à Strasbourg ont accueilli 409 inscrits, avec un bilan financier positif. Retenons l'excellence du programme scientifique avec des communications de grande qualité (toujours accessibles en rediffusion) et l'accueil chaleureux de nos confrères strasbourgeois qui ont également organisé les festivités locales. Un grand merci aux Professeurs Laurent Guy, Thierry Lebret, Marc-Olivier Timsit, Romain Mathieu, Hervé Lang, au Docteur Emmanuel Ravier et au comité scientifique. Notez dès à présent les dates des prochaines JOURNÉE qui auront lieu à Biarritz les jeudi 13 et vendredi 14 juin 2024.



### CFU 2023

Comme chaque année, les membres du comité scientifique du congrès français d'urologie se sont réunis en juin afin d'établir le programme final que vous recevrez prochainement par e-mail. La pluralité de notre association est bien représentée avec des modérateurs(trices) et président(e)s de séance venant des différentes régions de France, du secteur libéral et public. Le rapport du CFU 2023 du samedi 25 novembre

sera consacré à la fertilité masculine et présenté par Antoine Faix, Eric Huyghe et Charlotte Methorst. Il sera accessible en version française sur notre site urofrance. Quelques nouveautés sont prévues, comme la journée consacrée aux patients, prévue le jeudi 23 novembre et la soirée « Génération AFU » ouverte à tous les membres, organisée à l'Alcazar le jeudi 23 novembre ! Venez nombreux !



### Fonds de recherche de l'AFU

Le Fonds de Recherche de l'AFU permet de financer différents projets scientifiques. L'évènement du Mont Ventoux - 2<sup>e</sup> édition (juin 2023) a réuni près de 500 cyclistes autour de la lutte contre le cancer de la prostate et a permis de dégager un bénéfice pour alimenter ce fonds. La 3<sup>e</sup> édition aura lieu le 7 septembre 2024, vous permettant de vous entraîner tout l'été. Mais le mot clé est avant tout la convivialité : la montée est accessible à tous grâce à l'assistance électrique. Alors novice ou afficionado, venez nombreux l'année prochaine. Une autre source de don a été discutée au cours du CA : un dîner de bienfaisance dont les modalités, le lieu et la date restent à confirmer.

### Campagne Vessie

Le numéro d'avril d'UROjonction a consacré son dossier sur les cancers urinaires professionnels et est revenu sur la campagne « Cancer de la vessie » qui a eu lieu en mai autour d'un webinaire organisé à la MUR (Maison de l'Urologie). Un franc succès pour cette première ! La campagne de sensibilisation sera donc amplifiée pour mai 2024 afin que le grand public et nos correspondants restent alertés sur les symptômes devant amener à consulter un urologue.



### Formation continue

La formation continue a été discutée au cours de ce CA. Il s'agit d'un pan indispensable de notre spécialité rentrant dans le cadre du DPC (développement professionnel continu). Relisez le numéro 114 d'UROjonction (année 2020) dans lequel Denis Prunet détaillait le DPC et les modalités pour le valider. Un bon moyen reste bien sûr l'accréditation (individuelle ou en équipe). Evangelos Xylinas a pris la responsabilité du Comité de Formation Continue et est venu présenter son équipe qui se réunira prochainement pour définir les missions de chacun. Les formations UroDPC, telles les journées thématiques et les SUC (séminaire d'urologie conti-

nue) feront peau neuve avec un renouvellement des programmes (courant 2024-2025 en raison des délais imposés par les instances de DPC pour valider les dossiers). S'est discutée aussi la possibilité de faire un sondage auprès de tous les membres afin de connaître leurs attentes en ce qui concerne les sujets de formation.

### UroDiffusion

Patrick Coloby a été élu à l'unanimité pour poursuivre la présidence d'UroDiffusion. Redécouvrez dans le numéro 96 d'UROjonction (mars 2017) la présentation de la Maison de l'Urologie faite par Yann Neuzillet. Vous saisissez ainsi toute l'infrastructure qui unit le CNPU, l'AFU, l'AFUF, le CFEU, le SNCUF, UroDiffusion, Urorisq et UroDPC ! Et je cite ici l'article écrit par Yann : « *L'AFU s'acquitte d'une mission d'enseignement et de formation. La formation continue des urologues, notamment au travers des Séminaires d'Urologie Continue (SUC), des JOUM, JAMS, JEAU et JITTU, dépend du Comité de formation continue. Afin de garantir une indépendance scientifique, une transparence financière et une politique affichée de gestion des conflits d'intérêt, la mise en œuvre de ces événements n'est pas faite par l'AFU, mais par UroDiffusion. UroDiffusion n'est pas une association loi 1901, mais une société commerciale indépendante. En tant que société par action simplifiée dont l'associé unique est l'AFU, le CA de l'AFU a la possibilité de révoquer le conseil d'administration d'UroDiffusion, mais n'intervient pas dans ses prises de décisions commerciales.* »



### Renouvellement du CNPU

Le Conseil National Professionnel d'Urologie (CNPU) a renouvelé son Conseil d'Administration pour 2023-2026. Le Conseil d'Administration réunit l'AFU (9 membres), le SNCUF (5 membres) et le CFEU (2 membres). Le Bureau rassemble Xavier Gamé (Président), Didier Legeais (Vice-Président), Franck Bruyère (Secrétaire Général), Irène Cholley (Secrétaire Générale Adjointe), Olivier Alenda (Trésorier) et Pierre Mongiat-Artus (Trésorier Adjoint). Les autres membres du CA du CNPU sont Cyrille Bastide, Antoine Faix, Eric Lechevallier, Richard Mallet,

Arnaud Manel, Géraldine Pignot, Bertrand Pogu, Denis Prunet, Frédéric Thibault et Olivier Traxer. Pour rappel, les missions principales des CNP sont : l'organisation de l'expertise, la conception des parcours et référentiels (du DPC notamment), l'élaboration de recommandations professionnelles, de protocoles de coopération interprofessionnels et interspécialités, la mise en place de registres épidémiologiques ou d'observation des pratiques.



### Commission des candidatures

Chaque Conseil d'Administration est précédé de quelques jours par la Commission des candidatures des nouveaux membres de l'AFU réunissant Didier Legeais, Alexandra Masson Lecomte, Caroline Pettenati, Denis Prunet, Yann Neuzillet et Evanguelos Xylinas. Une belle dynamique s'observe avec la reprise des candidatures de nos jeunes confrères au sortir de leur clinicat. Nous devons tous renforcer cette tendance et motiver nos confrères jeunes et moins jeunes ou les rares urologues toujours non-membre de l'association. Si vous avez un collègue qui n'est pas encore inscrit, n'hésitez pas à le solliciter et l'orienter vers Marianne Bouet de la MUR pour une inscription accélérée ! Car à nombre grandissant, nous assurerons davantage la représentativité de l'urologie française. Notre association est également fière d'accueillir des membres étrangers (francophonie et International) et des membres non urologues qui viennent enrichir notre pluralité. Ainsi, de nouveaux membres, titulaires ou associés, ont été admis lors du CA de juin 2023.

### L'équipe de la MUR

La MUR accueille une nouvelle recrue pour renforcer l'équipe d'Alexandra Devillers : Lylia Bouache en tant qu'assistante administrative et comptable. Profitons de son arrivée pour vous faire connaître toute l'équipe de notre Maison de l'Urologie au 11 rue Viète à Paris 17<sup>e</sup>, dont les membres sont indispensables au fonctionnement de notre Association : Alexandra Devillers, Marianne Bouet, Sara Merouane, Vanessa Avrillon, Diana Kasab et donc Lylia Bouache.

### Communication

Ce CA a enfin étudié différentes candidatures pour prendre en main la communication de notre Association. L'agence Incognito a été retenue et nous poursuivons la collaboration avec les agences La Toile de Pénélope Bœuf (que vous connaissez pour ses podcasts) et Planète Med. La communication prend plusieurs visages : la communication vers les membres urologues (par exemple UroNews et UROjonction), la communication vers nos confrères d'autres spécialités, la communication avec les instances et, enfin, la communication vers le grand public. Vous l'aurez compris, les enjeux sont majeurs et les investissements de taille pour répondre aux demandes de tous. Nous travaillerons davantage sur une communication réactive et dynamique, tournée vers les urologues et le grand public, notamment via les réseaux sociaux. Vous pourrez, dans ce numéro d'UROjonction, découvrir l'édito écrit par Véronique Phé, membre du Bureau de l'AFU et vice-présidente déléguée à la communication. Voici les membres du nouveau comité de communication qu'elle a constitué avec Benjamin Pradère : Yvonne Chowaniec, Antoine Faix, Priscilla Léon, Caroline Pettenati, Véronique Phé, Géraldine Pignot et Benjamin Pradère, tous réunis autour de différentes missions (réseaux sociaux, newsletters, le site Urofrance pour les urologues et celui pour les patients, UROjonction, podcasts, contenu digital et enfin les relations avec les médias).

### International

L'autre versant de la communication est bien sûr scientifique et l'AFU travaille au quotidien ses liens avec les sociétés étrangères : pour exemple, la participation en juillet à l'HUNA (the Ho Chi Minh City Association of Urology-Nephrology) au Vietnam. Les membres de l'AFU et de son Bureau seront également présents à Buenos Aires (60<sup>e</sup> Congreso Argentino de Urologia), à Dakar ou encore à Istanbul (Société Internationale d'Urologie) pour ce deuxième semestre 2023. Ces échanges enrichissent nos expériences et sont la source de collaborations futures. Notez aussi que le congrès de l'EAU aura lieu à Paris du 5 au 8 avril 2024.

Caroline PETTENATI

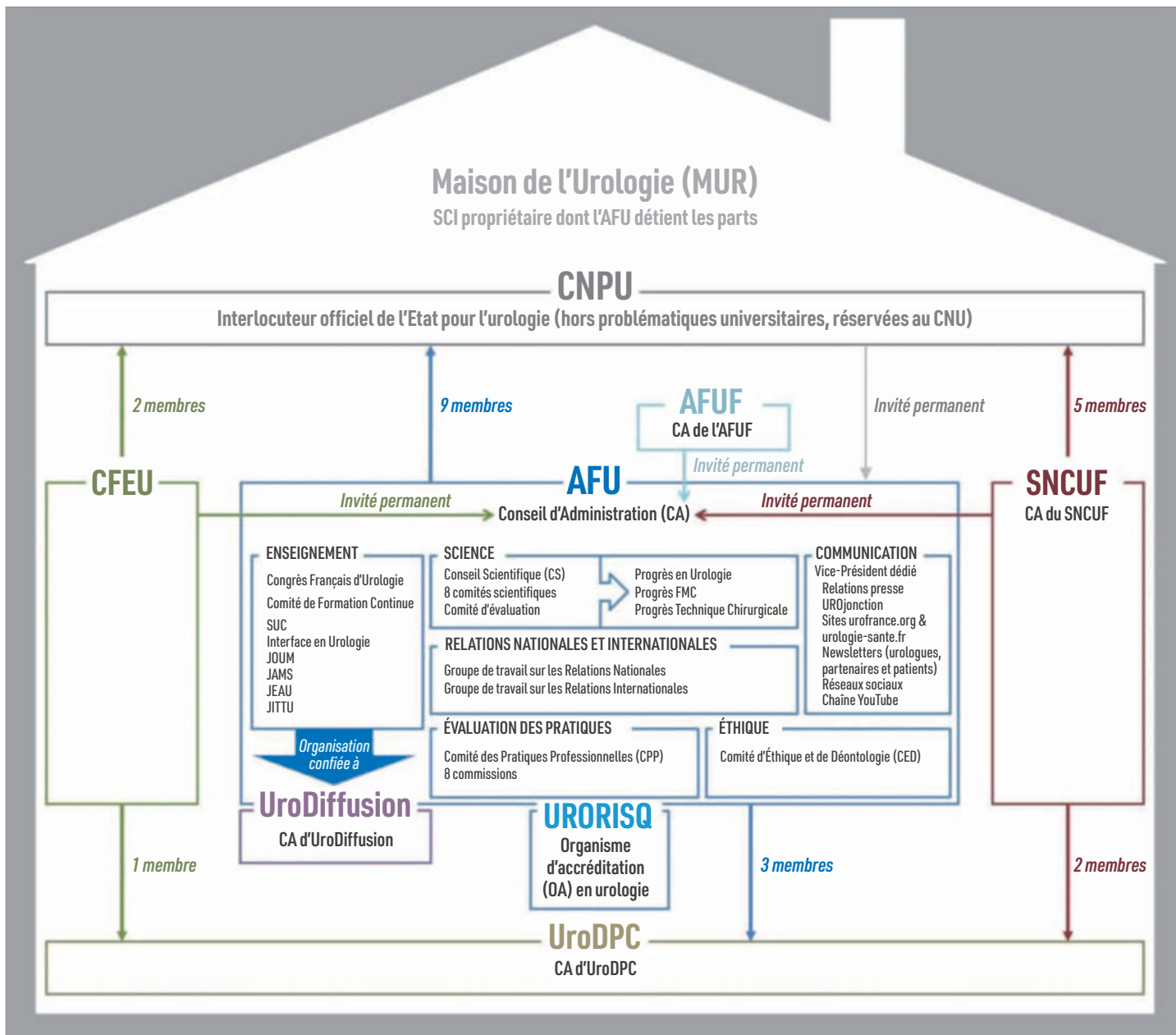


Olivier ALENDA  
Trésorier du CNPU



Patrick COLOBY  
Président d'UroDiffusion

## Les structures de l'urologie française



- MUR : Maison de l'Urologie
- AFU : Association Française d'Urologie
- AFUF : Association Française des Urologues en Formation
- CA : Conseil d'administration
- CED : Comité d'Éthique et de Déontologie
- CFEU : Collège Français des Enseignants d'Urologie
- CFU : Congrès Français d'Urologie

- CNPU : Conseil National Professionnel d'Urologie
- CNU : Conseil National des Universités
- CPP : Comité des Pratiques Professionnelles
- FSM : Fédération des Spécialités Médicales
- JAMS : Journées d'androgologie et de médecine sexuelle
- JITTU : Journées des innovations techniques et technologiques en urologie

- JOURNÉES : Journées d'onco-urologie médicale
- SNCUF : Syndicat national des chirurgiens urologues français
- SUC : Séminaire d'urologie continue
- URODPC : Organisme de Formation Agréé pour le Développement Professionnel Continu (DPC) des Urologues
- URORISQ : Organisme Agréé d'Accréditation des Urologues

## Mission de l'AFU

L'Association Française d'Urologie (AFU), fondée en 1896 et reconnue d'utilité publique par décret du 22 novembre 1925, a pour but la promotion de la science urologique, le développement d'une politique globale de qualité et de sécurité des soins et d'amélioration des pratiques et l'étude de toute question ayant trait aux affections de l'appareil urinaire des deux sexes et de l'appareil génital de l'homme et en particulier :

- la recherche ;
- l'enseignement : formation initiale des urologues et formation continue des urologues libéraux et salariés ;
- la pratique professionnelle, son évaluation et la mise en œuvre des programmes d'amélioration de la sécurité des pratiques de la spécialité (dans le cadre de l'accréditation des médecins).

## Mission d'UroDiffusion (UD)

UroDiffusion est une société par actions simplifiées (SAS) dont l'actionnaire unique est l'AFU.

La Société a pour objet tant en France qu'à l'étranger :

- la création, la commercialisation, la promotion, la coordination, l'animation et l'organisation d'actions dans le champ de la formation médicale continue, de l'évaluation et de l'accréditation ;
- la préparation et l'organisation de toutes manifestations, colloques, séminaires, conférences et congrès dans le domaine de l'urologie ;
- la rédaction, l'édition, la coédition, la commercialisation de toutes publications et généralement de tous supports écrits ou audiovisuels destinés à promouvoir, encourager tous travaux de recherche relatifs à l'urologie ;
- la vente des produits et services susceptibles de diffuser une information « grand public » dans le domaine de l'urologie, la réalisation de toutes les opérations qui sont compatibles avec cet objet, s'y rapportant et contribuant à son accomplissement ;
- et toutes opérations industrielles, commerciales, mobilières ou immobilières pouvant se rapporter directement ou indirectement ou être utiles à l'objet social ci-dessus ou à tous objets similaires ou connexes, de nature à favoriser sa réalisation, son extension ou son développement ;

Dans ce cadre, UroDiffusion assure l'organisation des grandes manifestations scientifiques de l'AFU : CFU, JOUM, JAMS, JITTU, JEAU.

## Mission du SNCUF

- Représenter la spécialité dans tous les rapports avec les autorités ou organisations publiques ou privées.
- Assurer la défense des intérêts professionnels, moraux et matériel de ses membres.
- Créer et maintenir entre ses membres le respect de la dignité professionnelle et de l'étroite solidarité qu'elle leur impose avec les confrères exerçant dans d'autres disciplines et avec les collectivités diverses.
- Étudier, proposer et appliquer en collaboration avec les pouvoirs publics ou autorités compétentes les mesures générales de médecine, d'assistance et de protection de la santé publique pouvant se rapporter à l'exercice de l'urologie.
- Contribuer à la promotion professionnelle et sociale des urologues.
- Faire connaître son opinion aux instances professionnelles, aux commissions administratives intéressant la discipline, aux instances de la CEE par les organismes professionnels qui seront entendus.

## Mission du CFEU

Le Collège Français des Enseignants d'Urologie (CFEU) est une association loi 1901 et a pour but, en relation avec les instances Universitaires, de connaître toute question touchant l'enseignement de l'urologie et, de façon plus spécifique, la formation initiale de l'Urologue et des étudiants en Sciences de la Santé ; en particulier :

- il contribue à harmoniser coordonner et accréditer les enseignements de formation initiale à l'urologie (nationaux et régionaux dans le cadre de la formation des internes dans le cadre du DES/DESC d'urologie, mais aussi la formation à l'urologie et à la sémiologie urologique des étudiants en médecine ou en sciences de la santé). Il contrôle la qualité de la formation, il intervient sur toute question relative à cette formation ;
- il peut agir à titre de conseil vis-à-vis du bureau de l'AFU, ainsi que du responsable du comité de formation continue de l'AFU.
- il peut collaborer avec des associations dont les buts sont similaires aux siens et notamment avec l'Association Française d'Urologie, la Fédération des Collèges

Français des Spécialistes Chirurgicaux, l'European Board of Urology, l'Académie de Chirurgie.

Le Collège collabore avec l'AFU pour l'Enseignement du Collège d'Urologie (ECU) dont il a délégué la gestion administrative et financière. Cet enseignement théorique, dont la qualité est reconnue, est destiné à tous ceux des Internes et jeunes Chefs de Clinique qui veulent embrasser une carrière d'urologue. Dispensé sous forme modulaire, interactif, il fait intervenir sur un même thème plusieurs équipes, ce qui constitue à la fois l'une de ses originalités, un facteur stimulant et sa richesse.

## Mission du CNPU

Le Conseil National Professionnel d'Urologie (CNPU) est une association loi 1901 constituée de trois personnes morales représentant la spécialité (AFU, SNCUF et CFEU). Ses missions sont :

- 1) dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC), de l'amélioration des processus de prise en charge, de la qualité et la sécurité des soins et de la compétence des professionnels de la spécialité :
  - proposer les orientations prioritaires du DPC ;
  - proposer le parcours pluriannuel de DPC aux urologues ;
  - proposer un document de traçabilité permettant à chaque professionnel de retracer les actions de DPC réalisées dans le cadre de son obligation triennale.
- 2) Proposer des professionnels susceptibles d'être désignés comme experts dans les domaines scientifique et opérationnel liés à l'organisation et à l'exercice de la profession.
- 3) Contribuer à analyser et accompagner l'évolution des métiers et des compétences des urologues à travers notamment la définition de référentiels métiers et de recommandations professionnelles.
- 4) Participer à la mise en place de registres épidémiologiques pour la surveillance des événements de santé et de registres professionnels d'observation des pratiques.
- 5) Désigner, à la demande de l'Etat, des représentants de la profession ou de la spécialité pour siéger dans les structures appelées à émettre des avis sur les demandes d'autorisations d'exercice ou de reconnaissance des qualifications professionnelles.
- 6) Participer à la mise en place de la certification périodique.

Dans ce cadre, le CNPU est l'interlocuteur privilégié de l'Etat ou de ses opérateurs, des caisses d'assurance maladie, ses autorités indépendantes, des agences sanitaires, ou des instances ordinales.

Ces missions sont remplies de manière autonome par le CNPU ainsi que, le cas échéant, en coopération avec d'autres Conseils nationaux professionnels ou la Fédération des Spécialités Médicales (FSM) qui

regroupe l'ensemble des CNP des spécialités médicales.

### Mission d'UroDPC

UroDPC est l'Organisme de Développement Professionnel Continu (ODPC) spécialisé en Urologie. C'est une association loi 1901 constituée entre l'AFU, le SNCUF et le CFEU.

Il a pour objet d'organiser, promouvoir et mettre en œuvre le développement profes-

sionnel continu (DPC) dans le cadre des dispositions légales et réglementaires qui le régissent, plus spécifiquement dans le domaine de l'Urologie.

Les Séminaires d'Urologie Continue (SUC), dont le programme scientifique est assuré par l'AFU, ont été validés par l'Agence Nationale du DPC (ANDPC) comme programme de DPC rémunéré.

Olivier ALEND, Patrick COLOBY



**Irène CHOLLEY**  
Secrétaire Générale  
Adjointe du CNPU



**Denis PRUNET**  
Membre du CA  
du CNPU

## CNPU : what's up ? Et surtout, concrètement, qu'est-ce qu'on y fait ?

**T**out d'abord un mode d'emploi du CNPU pour les nuls : les CNP, conseils nationaux professionnels ont été mis en place par Roseline Bachelot en 2008 et concernent toutes les professions médicales : médecins, dentistes, kinés, sage-femmes, infirmiers etc. Il en existe 46 pour les spécialités médicales. Leur mission est de gérer tous les problèmes de pratique professionnelle d'une spécialité et d'être un interlocuteur unique pour les tutelles. L'Etat a ainsi forcé les différents syndicats, collèges, sociétés savantes d'une spécialité à se regrouper en une seule entité représentative de cette spécialité. Les 46 CNP de spécialités médicales sont regroupés dans une structure fédérative, la FSM, Fédération des spécialités médicales. Ainsi est né le CNP d'Urologie (CNPU) qui regroupe l'AFU, le CFEU (Collège français des enseignants d'Urologie) et le SNCUF (Syndicat national des Chirurgiens urologues français) en une seule association. Le conseil d'administration est composé de représentants des 3 entités : 9 administrateurs nommés par l'AFU, 5 par le syndicat et 2 par le collège tout en respectant une parité avec 50 % en exercice hospitalier salarié et 50 % en exercice libéral. Ce Conseil d'administration élit un bureau et est renouvelé tous les 3 ans.

### Quelles missions pour le CNPU ?

Il joue un rôle essentiellement consultatif par les organismes de santé et en voici quelques exemples :



#### Bureau du CNPU 2023-2026

- **Président** : Xavier Gamé
  - **Vice-président** : Didier Legeais
  - **Secrétaire Général** : Franck Bruyère
  - **Secrétaire Générale Adjointe** : Irene Cholley
  - **Trésorier** : Olivier Alenda
  - **Trésorier Adjoint** : Pierre Mongiat Artus
  - **Administrateurs** : Cyril Bastide, Antoine Faix, Eric Lechevallier, Richard Mallet, Arnaud Manel, Géraldine Pignot, Bertrand Pogu, Denis Prunet, Frédéric Thibault, Olivier Traxer
- **La FNS20** (Fédération nationale des spécialistes d'organes en oncologie) pour maintenir la filière oncologique dans la formation urologique.
  - **La HAS** : rédaction des fiches validant le DPC / Récemment, avis sur l'échographie de contraste dans les reflux vésico-urétéraux de l'enfant / Création d'un acte NGAP pour le repérage préopératoire d'un site

de stomie / Prise en charge d'une cystite par le pharmacien d'officine dans le cadre d'une CPT.

- **La FSM** : participation du CNPU aux réunions du comité Parcours Professionnel et Certification de la FSM afin d'harmoniser les grilles d'évaluation de la certification périodique entre les spécialités. Définition et mise en place du parcours professionnel et DPC en Urologie.
- **DGOS** : avis sur le décret IBODE, discussions sur la certification périodique, demande d'avis sur les décrets d'implants prothétiques dans la chirurgie du prolapsus et de l'incontinence.
- **CNAM** : nomination d'experts pour la révision de la nomenclature des actes chirurgicaux.
- **ANS** : création du répertoire national des ressources (ROR) en urologie.
- **Agence nationale du DPC** : rédaction des orientations prioritaires de DPC en urologie.
- **Ministère de la Santé** : tenue de registres nationaux afin de garantir la sécurité des soins et la surveillance des pratiques qui va devenir progressivement une obligation.
- **ANSM** : gestion des pénuries de médicaments.
- **CNOM** : rédaction d'un texte sur l'examen pelvien

Pour toutes ces missions, le CNPU reçoit une dotation financière annuelle de la DGOS pour couvrir ses frais de fonctionnement, ce n'est donc pas un coût supplémentaire pour l'AFU, le CFEU et le Syndicat.

Le CNPU vise aussi à porter et à défendre les intérêts des urologues sur le plan national face aux autres spécialités et aux organes décisionnels politiques et de santé publique. Il va donc poursuivre les actions menées par le précédent bureau sous la présidence de Thierry Lebret avec la mise en place du

comité urologie de révision des actes médicaux, la suspension des mesures transitoires pour la VAE des IBODE qui risquaient de fragiliser et désorganiser l'activité de nos blocs opératoires, la mise en place d'une base de données sur le cancer de prostate, l'activité de chirurgie pédiatrique avec la parution de nouveaux décrets pour ne citer que les sujets « brûlants » de notre spécialité.

Le CNPU est donc devenu un acteur majeur et incontournable de l'Urologie vis-à-vis des tutelles et des différentes agences d'Etat. Il

trouve progressivement sa place par rapport à l'AFU, au CFEU et au SNCUF en assurant la politique « extérieure » de notre profession mais toujours dans l'unité et la cohésion afin que l'Urologie s'exprime d'une seule voix, évolue avec son temps et continue de défendre les intérêts de chacun quel que soit son mode d'exercice.

Irène CHOLLEY, Denis PRUNET



Thierry LEBRET

Président de l'AFU 2017-2019  
Président du CNPU 2021-2023

## L'AFU : une vieille dame qui a de belles années devant elle !

Comme je le rappelais il y a quelques années, l'Association Française d'Urologie (AFU) est une vieille dame, née en 1896 avec Félix GUYON, elle a su garder fraîcheur et jeunesse pour rester dynamique et consensuelle. Elle a évolué au fil du temps pour suivre la transformation de l'urologie. Initialement considérée comme une sous-spécialité de la chirurgie viscérale, l'urologie s'est petit à petit autonomisée et est devenue maintenant une spécialité à part entière avec beaucoup de singularités par rapport aux autres disciplines médicales. En premier lieu, c'est une spécialité médico-chirurgicale qui concerne deux appareils intimement liés, l'appareil urinaire des deux sexes et l'appareil génital masculin.

Cette société savante regroupe maintenant plus de 95 % des urologues pratiquant sur le territoire français. Sans distinction de pratique professionnelle (publique, privée, universitaire, ESPIC, mixte, etc.), elle s'est réorganisée en 1986 pour être en harmonie parfaite avec l'exercice de l'urologie moderne.

La gouvernance de l'AFU, répond à des statuts très stricts. Tous les 3 ans, l'élection du conseil d'administration est organisée au moment du congrès. Avec, entre 50 et 60 % de participation, 24 urologues sont élus pour être administrateurs. Au sein de ces 24, un bureau composé de 6 administrateurs est élu



Félix GUYON, fondateur de l'AFU

(président, vice-président, secrétaire général et adjoint, trésorier et adjoint). Le président ne peut exercer qu'un seul mandat ce qui est gage de renouvellement et de dynamisme.

Pour assurer ses 3 missions (Science et Recherche, Enseignement et Formation, Pratique Professionnelle), l'AFU s'est dotée de Comités :

**1) Pour la Science et la Recherche** : Conseil Scientifique, Comités Scientifiques, Comité d'Evaluation.

Afin de couvrir toutes les facettes de la discipline, l'AFU a mis en place des comités scientifiques au nombre de huit :

- Comité de Transplantation et d'Insuffisance Rénale Chronique (CTIR) ;
- Comité de Cancérologie (CCAFU) ;
- Comité des Troubles Mictionnels de l'Homme (CTMH)
- Comité d'Andrologie et de Médecine Sexuelle (CAMS)
- Comité d'Urologie et de Périnéologie de la Femme (CUROPF)
- Comité Lithiase (CLAFU)
- Comité d'Infectiologie (CIAFU)
- Comité de Neuro-Urologie (CNAFU)

**2) Pour l'enseignement et la formation continue** : Comité du Congrès, Comité de Formation Continue et le CFEU pour l'ECU.

Le Congrès Français d'Urologie (CFU) reste le plus grand congrès francophone chaque année en novembre porte Maillot à Paris.

Les journées d'onco-urologie médicale (JOUM), en juin, permettent de faire le point annuellement sur les avancées des traitements médicaux pour les cancers concernant l'urologie : le cancer de la prostate, le cancer de la vessie, le cancer du rein, le cancer de

la surrénale et le cancer des organes génitaux. En effet, c'est là encore une singularité de l'urologie, l'aspect chirurgical est largement complété par l'application médicale. Que ce soit au moment du diagnostic (endoscopie) ou du traitement (plus de 55 % des urologues ont une compétence ordinaire en cancérologie leur permettant la primo-prescription des traitements médicaux anticancéreux), l'urologie a gardé une certaine part d'autonomie.

En miroir aux JOURM sont également organisées les journées d'androgynie et de médecine sexuelle (JAMS) début septembre avec une diffusion simultanée et interactive dans les pays du Maghreb (Algérie, Maroc, Tunisie), au Liban et à d'autres pays francophones (belgique, Suisse) en fonction des horaires.

Les journées des innovations techniques et technologiques en urologie (JITTU), tous les 2 ans au printemps, sont consacrées exclusivement à la valence chirurgicale de l'urologie. Elles regroupent des industriels et les ingénieurs autour des urologues pour une synthèse des avancées dans des domaines très variés (robotique, endoscopie, source d'énergie, imagerie, etc.).

**2) Pour développer une politique globale de qualité et de sécurité des soins et d'amélioration des pratiques en urologie**, l'AFU fonctionne avec le Comité des pratiques professionnelles en collaboration avec le Syndicat National des Chirurgiens Urologues Français (SNCUF) et avec le Comité d'éthique et de déontologie, notamment dans le cadre du Conseil National Professionnel d'Urologie.

L'Association Française d'Urologie a été mandatée par le Syndicat National des Chirurgiens Urologues Français pour solliciter la Haute Autorité de Santé (HAS) pour l'accréditation accordée à l'AFU par l'HAS comme Organisme d'Accréditation des médecins et équipes médicales en urologie et pour prendre en charge la procédure d'accréditation, conformément aux dispositions légales et réglementaires qui régissent ce dispositif. La Commission URORISQ du Comité des Pratiques Professionnelles est chargée de la mise en œuvre de la démarche d'accréditation des urologues et des équipes médicales

**L'AFU s'est aussi dotée d'outils de communication.**

Notre site urofrance.org est la vitrine de l'AFU sur Internet et est organisé autour de la cellule de communication. Il est nourri en continu par l'actualité urologique. Le site patient est une autre source d'informations sur les pathologies urologiques. La cellule de

communication de l'AFU coordonne les vecteurs de communication : la « newsletter » mensuelle pour toutes les informations scientifiques et professionnelles, le journal UROjonction, trimestriel sur papier qui permet une analyse plus approfondie de l'actualité grâce à des dossiers préparés avec l'équipe de rédaction. Enfin, Canal AFU est une émission bimensuelle de 30 minutes en direct sur Internet et interactive, postcastable après sa diffusion du mercredi soir.

L'activité scientifique de l'AFU est éditée sous trois formes :

- Progrès en Urologie qui publie des articles originaux et qui est la première revue francophone en termes d'impact factor, elle devrait évoluer vers un journal en anglais pour améliorer sa diffusion internationale ;
- Progrès FMC pour la formation continue ;
- Progrès Vidéo pour les films, essentiellement de techniques chirurgicales.

La MUR est un local de 450 m<sup>2</sup> en triplex acquis en juillet 2012 dans le 17<sup>e</sup> arrondissement de Paris. Elle comprend plusieurs salles de réunion et abrite le bureau du pré-

sident de l'AFU et des 4 permanents (déléguée générale et 3 assistantes). Elles ont la gestion de l'ensemble des actions de l'AFU. Afin de couvrir l'ensemble des domaines concernés par notre spécialité, cette MUR est considérée comme la maison de tous les urologues, elle abrite le Syndicat national des chirurgiens urologues français (SNCUF), le Collège français des enseignants d'urologie (CFEU), le Conseil national professionnel (CNPU), le Conseil national des universités (CNU) et également l'Association française des infirmiers et infirmières en urologie (AFIU) qui organise leurs journées (600 participants) lors du congrès français d'urologie de novembre.

L'AFU est, comme on peut le constater, extrêmement bien organisée et l'adhésion massive des urologues à cette unique société savante de l'urologie, témoigne d'une reconnaissance unanime. Il y règne confraternité et convivialité quel que soit le mode d'exercice professionnel et c'est toujours avec plaisir que les urologues se retrouvent à la MUR ou lors d'événements majeurs dont certains n'excluent pas une part de festivité.

Thierry LEBRET

13-14 JUIN 2024  
BIARRITZ, FRANCE

SAVE THE DATE!

JOURM  
JOURNÉES  
D'ONCO-UROLOGIE  
MÉDICALE

AFU ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE  
www.urofrance.org

Connectez-vous !  
X f i @AFUrologie #JOURM2024

URO DIFFUSION



Après une année de découverte de nos jeunes collègues urologues impliqués dans la recherche, Urojonction innove avec une rubrique intitulée « European urologist champions league » (ligue des champions des urologues européens).

Point de concours mais une présentation de quelques-uns de nos confrères qui font vivre notre spécialité en Europe. Ainsi à chaque numéro un référent dans sa sous-spécialité nous présentera sa vision de la profession et des changements à venir.

Continuons à nous ouvrir, à innover et à interagir avec nos vis-à-vis des autres pays !

Julien DEFONTAINES

### What makes me multidisciplinary?

After one year in Internal medicine and two years as a resident in the Institute of pathology, I started my career as a surgeon at the university of Graz, Austria. I was interested in urology, but it was at a time when urology was organized as a Division within the Department of Surgery. It meant you were rotating through all the divisions within the Department, and when on call you had to deal with everything that came to an emergency clinic, such as (poly)trauma, acute abdomen, vascular surgery, cardiothoracic problems, transplantation etc. It also included helicopter and rescue team services.

I continued to be interested in urology, however, so I applied for a fellowship in Urology at the University of California, Los Angeles (UCLA), where I not only finished my training in urology, but continued as a fellow.

### What makes me a European Urologist?

After my time in Graz and the years of urology training in the US, I went to become a staff member at the Department of urology at the university of Berne, Switzerland. I then went to the Department of urology at the university of Innsbruck to become staff member and vice chair. It was there that I had multiple opportunities to visit and operate in various European countries such as Italy, Spain, UK, Belgium, Sweden, Netherlands.

I was put in place as Professor and Chairman of the Department of Urology at the University of Tuebingen at the same year as the € was introduced in Europe. Working in a different country, but all of a sudden in a Europe with a common currency, development of stronger administrative and legislative ties among European countries and travelling



Arnulf STENZL  
Department of urology,  
University of Tuebingen, Allemagne

## Urologists in Europe

through the EU without border controls gave an enormous boost to my European thinking.

Apart from being a member of the Austrian, Swiss and German Society of urology I became member of the European Association of Urology (EAU) in 1994 and had several positions there: member of the Muscle Invasive and Metastatic Guidelines committee (and later chaired it), the Scientific Committee (which I chaired later on as well), the Ethical Video Committee, became Secretary General Adjunct for Science in 2019, and Secretary General of the EAU in 2023.

During my time as Secretary General Adjunct, I was also Board member and eventually president of the German Urological Association (DGU). A stressful combination, but it allo-

wed me to much better understand the work and role of a national society, its relationship with the European Society and how to improve such an interaction.

### Where do I see urology in 2030 and beyond?

In oncology as well as in non-oncology affecting urology decisions are or will be made in the future by multidisciplinary boards. Urologists must be up to date to be part or even better the lead of the respective groups making the decisions for the strategy of patients' urological diseases. The EAU as well as the national societies will have to provide the necessary armamentarium, i.e. knowledge and skills.

We will also have to lobby not only in our countries but on an EU level in Brussels and Strasbourg. Increasingly regulations and laws affecting to a certain extent urology, e.g. the new medical device regulations are decided in Brussels.

Technological and pharmacological advancements in combination with a shortage of healthcare professionals will lead to a minimization of surgery both in size and numbers. Urology already plays a leading role in endoscopic and robot-assisted interventions. More research from the urology side into combined interventional and adjuvant systemic treatment, however, is necessary to keep the treatment in onco-, gyneco-, and neuro-urology – to name some of our subspecializations – within urology.

With all the perks of having a strong pharmacological and medical technology industry at our back we must not forget that we are not selling drugs, machines or devices to our patients. We are treating the disease of a suffering patient for which he may need the best interventions, drugs, devices – or maybe sometimes not. Money thankfully given to us by sponsors is for education, and not as a bonus. If we adhere to that principle we will not be compromising ourselves.

### Anything outside urology?

I am married (longer than being member of the EAU), I have 3 children (all in medicine), 2 horses and a dog.

I have a faible for endurance sports such as biking (mountain and road), running, hiking, skiing (both downhill and ski randonnée).

In earlier years I had a passion for flying, being licensed for Hanggliding, Paragliding, motor planes (IFR and twin engines).

And I like challenges ...

Arnulf STENZL



Vanessa AVRILLON



Stéphane BART

L'équipe de l'OA-AFU



Bertrand POGU

## Briefing / débriefing : de l'aviation militaire au bloc opératoire

*Dans l'aviation militaire, toute mission débute par un briefing et se conclut avec un débriefing. Adaptés au secteur militaire et aéronautique, certains éléments de cette pratique sont transposables à l'activité du bloc opératoire. Libre à chacun de s'inspirer de ce regard informel sur le briefing et le débriefing...*

Dans l'aviation militaire, il ne peut y avoir de vol sans réunion préparatoire. Les équipes engagées dans une mission se réunissent systématiquement avant le vol autour d'un document qui peut prendre la forme d'un diaporama, afin d'étudier collectivement l'intégralité des éléments qui seront effectués pendant l'opération. Un briefing de mission dure entre 30 et 45 mn. Sous cette forme, il n'est pas adaptable à l'activité chirurgicale car beaucoup trop chronophage.

### Focus sur ce qui n'est pas standard

En revanche, à l'instar de ce qui se fait dans l'aviation militaire, présenter avant une chirurgie les points qui ne sont pas standards par rapport à la pratique habituelle peut être intéressant. Le briefing militaire se conclut toujours par les points de sécurité suivants : qu'est-ce qui risque de nous tuer aujourd'hui ? Il s'agit dès lors d'aborder uniquement les éléments à garder en mémoire afin d'éveiller la curiosité et l'attention de chacun sur les spécificités de la mission du jour. Chaque patient ayant ses particularités, les membres de l'équipe chirurgicale doivent les maîtriser afin de concentrer, si nécessaire, leur attention sur telle ou telle spécificité. Un briefing pré-chirurgie est l'occasion d'évoquer les « What if ». Si par hasard tel événement se produisait, quelle serait l'attitude à adopter, la stratégie à mettre en place ? À charge pour l'équipe d'être prédictive de la probabilité de survenue d'un problème ou de la dangerosité d'un acte, de se questionner et d'échanger sur l'événement imprévu ou le plus dangereux qui risque de se produire. S'il se produit,

l'équipe active la mémoire du travail effectué lors du briefing et sait agir en conséquence.

### Le danger vient de l'intérieur

Le danger vient parfois des individus eux-mêmes. Élaborée par la HAS, la grille ALARM (Association of Litigation And Risk Management) a produit des informations intéressantes sur l'origine des sinistralités. À partir de l'identification de la ou des causes immédiates d'un événement, la grille ALARM permet de détecter les facteurs contributifs à la survenue de ces erreurs pour les corriger en installant des barrières. Les données extraites récemment renseignent sur les facteurs de sinistralité liés à l'équipe elle-même ; 27 % des éléments contributifs à des événements indésirables sont liés à celle-ci. Avec chacun ses failles et ses forces, nous sommes tous susceptibles de créer un dommage. Dans l'aviation par exemple, un jeune pilote a peu d'expérience mais une forte expertise de la machine. Le pilote plus âgé, dispose d'une expérience supérieure mais vole moins souvent. Les deux ont des fragilités en commun - sources d'erreur - mais aussi des robustesses.

### Le débriefing pour comprendre

Afin de réduire ou d'éviter les sinistralités, rester vigilant en toutes circonstances est essentiel. Apprendre de ses erreurs fait également progresser. Dans l'aviation militaire, le vol effectué est systématiquement débriefé pendant une quinzaine de minutes. Le

débriefing débute toujours par la remontée des points de sécurité. La sécurité a-t-elle été engagée ? En cas de réponse positive à cette question, le leader incite l'équipe à échanger en donnant toujours la parole au plus jeune car celui-ci ne s'exprimera pas librement après l'intervention d'un supérieur. Chacun communique sur sa perception du vol, l'atteinte ou non de l'objectif et, enfin, les points à améliorer. Traçabilité oblige, tout est renseigné et enregistré, qu'il s'agisse de données ou de critères techniques ou non techniques. Les éléments sont consignés pour chaque vol et chaque mission. Pour compléter ce débriefing officiel, les militaires se retrouvent souvent au bar de l'escadron où la liberté de parole est totale. Se réunir dans un lieu neutre, autour d'un café par exemple, est une façon très efficace de débriefing, d'échanger et de partager son expérience. Il n'y a là aucune trace écrite du contenu de l'échange avec pour conséquence une liberté totale d'expression très propice à la communication des émotions. Un temps d'échange formel ou informel est parfois plus utile que la lecture de recommandations. De nombreuses études ont établi que les équipes qui communiquent le mieux sont celles qui ont la meilleure courbe d'apprentissage et les meilleurs résultats.

Vanessa AVRILLON

D'après la présentation de Jean-Pierre HENRY, Président de STAN Institute, lors du Forum des pratiques professionnelles du CFU 2022.



## Le briefing d'un escadron de chasse : entretien avec Jean-Pierre Henry, pilote sur Mirage 2000

*Dans l'aviation militaire, le briefing correspond à la mise en commun et à l'étude de l'ensemble des éléments d'une mission afin que celle-ci se déroule de façon optimale. Jean-Pierre Henry, pilote sur Mirage 2000 et président de STAN Institute détaille les étapes clef de cette réunion préparatoire.*

**UJ - Le briefing d'un escadron de chasse est un travail d'équipe. Le commandant de bord en est-il toujours l'animateur ?**

JPH - Le but du briefing est de permettre à tous les membres de la patrouille d'avoir la même idée de l'objectif et de disposer des mêmes informations avant de partir pour une action commune. Chacun va préparer les éléments de la mission qui le concernent afin qu'ils soient mis en commun avant le départ pour le vol. Le briefing est animé par le leader ou le commandant de bord mais il ne se restreint pas à cette personnalité. Généralement, c'est le commandant de bord qui présente les éléments mais il peut déléguer certaines parties à d'autres membres du groupe. Par exemple, si plusieurs avions volent et que l'un d'eux a une mission particulière à effectuer, son pilote va présenter cette tâche. Les grandes lignes sont donc détaillées par le commandant de bord avec des apports ponctuels du reste de l'équipe ainsi que des zooms

thématiques. Certains points importants méritent en effet d'être traités hors du flux général comme l'objectif de la mission. Un autre zoom se fait à la fin du briefing et concerne la sécurité. On y aborde les points de vigilance en matière de sécurité. Pour faire un parallèle avec le bloc, c'est comme si l'anesthésiste présentait son action aux soignants qui, à leur tour, apportaient un complément d'information.

**Comment est structuré le briefing et s'appuie-t-il sur des outils particuliers ?**

Dans l'aéronautique militaire, le briefing s'ouvre avec le « time hack » qui permet de vérifier que l'ensemble des parties prenantes de la mission ont la même heure. En cas d'actions synchrones, si l'heure diffère ne serait-ce que de quelques secondes d'un pilote à l'autre, cela peut provoquer une collision en vol ou un crash. D'autre part, nous utilisons systématiquement un canevas très standardisé avec différents items, qui est à 90 % le même pour tous les pays de l'OTAN. Le parallèle peut être fait avec la check list au bloc qui débute toujours avec l'identitovigilance. Sur la base du canevas, les éléments principaux de la mission sont présentés à l'aide d'un support visuel. Celui-ci peut prendre la forme d'un support papier (a minima) dont chacun dispose d'un exemplaire identique ou d'un document projeté sur un écran. Pour certains vols particuliers plus complexes, la présentation sera toujours projetée.

**Le fait de disposer de standards suffit-il à éviter les erreurs ?**

En partageant un vocabulaire commun, une information identique et en ayant les yeux ri-



Jean-Pierre HENRY

*Navigateur sur Mirage 2000 depuis 1997, Jean-Pierre Henry a développé en escadron de chasse une expertise en Facteurs Organisationnels et Humains et en Sécurité Aérienne.*

*Il est cofondateur et dirigeant de la société STAN Institute, experte en formation au travail en équipe dans les milieux à risques (aviation, chirurgie, ferroviaire, etc.).*

*Coach Consultant et Professeur affilié ICN Business School, il coordonne le programme Coach Professionnel ICN à Paris - La Défense.*

vés sur un même document, on minimise le risque d'erreur. Cette réunion préparatoire est un travail d'équipe qui permet de faire des choix communs et de se synchroniser. Plus les standards de pratique sont nombreux, plus on économise du temps de briefing. On parle par exemple d'un décollage SOP (*standard operating procedures*) : une procédure d'opération standard pour un décollage standard. Si l'on n'est pas en présence d'un décollage selon les SOP, cela donne lieu à un briefing complémentaire sur les points qui diffèrent. Ces standards sont connus et maîtrisés par les pilotes de l'OTAN. Quant au canevas qui présente la mission de façon chronologique, on le suit strictement en balayant tout le déroulement de la mission qui démarre au briefing et se conclut à l'heure du poser de l'appareil et du débriefing.

*Propos recueillis par Vanessa AVRILLON*



## La communication positive dans le débriefing : entretien avec François Jaulin

*Débriefer à la sortie du bloc n'est pas systématiquement corrélé à la survenue d'un événement indésirable. Il est possible et même nécessaire de débriefer tous les actes médicaux, y compris lorsqu'ils se déroulent normalement. Mettre l'accent sur ce qui s'est bien passé pour en tirer les leçons : tel est le conseil de François Jaulin.*

**UJ - Le débriefing est souvent perçu comme chronophage et inutile. Comment le mener de façon rapide et efficace ?**

FJ - Le débriefing peut être vu comme le troisième temps de la check-list. Il est l'occasion d'aborder plusieurs points : ce qui s'est passé, comment les différentes étapes se sont déroulées et, si elles se sont enchaînées sans encombre, comment les améliorer encore. La durée du débriefing dans un contexte opérationnel entre deux chirurgies, prend la forme d'un échange de quelques minutes. Trois à quatre minutes suffisent. Il ne s'agit pas d'une réunion chronophage. Aucun membre de l'équipe n'accepterait un tel format. Ce point rapide se doit d'être simple et très opérationnel. Sur proposition du leader du débriefing, l'équipe effectue un état des lieux du déroulement de la chirurgie. Idéalement, les participants se rassemblent dans une configuration circulaire. Il n'est pas question d'ériger une personne face à son assemblée comme un professeur se positionnerait face à ses élèves. Concernant le lieu de cet échange, l'équipe peut se réunir au sein du bloc ou en salle de réveil au chevet du patient. Il est également possible d'échanger en fin de journée pour un débriefing consacré à l'ensemble de l'activité de la journée et à l'enchaînement des opérations sans que celui-ci soit associé à une chirurgie spécifique.

**Un leader conduit l'échange. Mais qu'en est-il du reste de l'équipe ?**

Toute l'équipe est concernée : chirurgien, anesthésiste, IBODE, IADE... À charge pour le conducteur du débriefing de s'assurer que

chacun ait l'opportunité de s'exprimer. Il est important de savoir « lâcher le micro » pour que tous puissent parler, y compris si le contexte est ou a été stressant. Même s'il n'y a théoriquement pas de lien de subordination au bloc, il est conseillé de confier la parole en priorité au « moins gradé ». L'IBODE prend la parole avant le chirurgien, l'IADE avant l'anesthésiste et le chirurgien s'exprime en dernier s'il mène le débriefing (par exemple). C'est l'occasion de revenir sur le cas des patients pour lesquels il y a eu un imprévu et de prévoir une meilleure répartition des tâches ou des rôles pour la suite du programme.

**Dans ce temps limité, jugez-vous important de mettre l'accent sur les points positifs ?**

Il faut à tout prix éviter la dichotomie points positifs, points négatifs. Se poser la question suivante est important : s'il fallait refaire la même chose le lendemain, quel point de l'organisation serait conservé tel quel ou amélioré ? Consacrer deux ou trois minutes pour expliciter ce qui s'est déroulé correctement est une façon d'aborder positivement le débriefing. L'efficacité et la fluidité des différents intervenants sont à souligner. Dans toute situation problématique, y compris si la chirurgie se passe mal, il y a forcément des étapes qui se sont bien déroulées, notamment au regard de la gestion du problème. L'appel à l'aide peut être félicité, la proposition de soutien d'un confrère, des collègues anesthésistes épaulant le chirurgien sont autant d'aspects positifs à relever car ils ont contribué à éviter des conséquences néfastes pour le patient. Le débriefing à la vertu d'explicitement ce qui a été correctement réalisé et d'insister sur l'idée qu'en agissant bien, l'équipe a évité que l'incident ne soit plus grave et posé les bases d'une bonne organisation pour la suite. On ne peut rien changer du passé mais le briefing est l'occasion d'apprendre pour l'avenir.

**Un débriefing de quelques minutes est insuffisant pour poser des bases solides. Comment s'assurer que le problème ne se reproduira pas ?**

S'il y a eu un problème avec un patient, après un premier et rapide débrief, il sera néces-



**François JAULIN**

*François Jaulin est anesthésiste-réanimateur et co-fondateur et président du groupe Facteurs humains en Santé et de la SafeTeam Academy, 1<sup>re</sup> plateforme de formation dédiée à la sécurité des soins par la vidéo-simulation. François Jaulin est également formateur en simulation médicale.*

saire de reprendre une discussion plus poussée dans un second temps, avec une analyse un peu plus longue et approfondie. Cela, pour comprendre l'origine du problème et s'assurer qu'il ne se reproduira pas. Le tout, sans casser le rythme de la journée ou démotiver les équipes. Mais cette analyse plus détaillée de la situation ne se substitue pas au débriefing essentiel notamment lorsque du stress et des émotions fortes sont apparus pendant l'intervention. Il est important de désamorcer rapidement ces émotions. Il ne s'agit pas de faire une thérapie, mais d'autoriser l'expression du ressenti des équipes pendant l'intervention. En retardant de quelques minutes seulement l'intervention suivante, ce débriefing permettra à l'équipe de réduire son niveau de stress, de désamorcer des émotions impactant la performance à venir, d'aller faire une pause rapide, respirer ou boire... Il ne faut pas confondre RMM et débriefing à chaud dont les conclusions peuvent être de proposer le cas à la prochaine RMM. Prévoir un temps d'échange rapide de 3 à 4 minutes est toujours plus constructif que de ne rien proposer. Sans que cela ne se substitue à une réunion plus approfondie sur la problématique rencontrée. En pratique, ces 4 minutes sont à considérer comme un investissement et non comme une perte de temps.

*Propos recueillis par Vanessa AVRILLON*



Stéphane  
BART

# Briefing / débriefing : l'outil HAS



La Haute Autorité de Santé a proposé une aide cognitive pour faciliter la prise de décision en situation complexe évolutive, à l'instar de l'aéronautique suivant l'acronyme FOR DEC (*Facts, Options, Risks, Decide, Execute, Check*), en français POUr-DÉCider (*Problème, Options utiles, Risques, Échange, Décision, Exécution, Contrôle*).

Celle-ci permet, en situation inattendue ou d'urgence, un échange réflexe de l'équipe soignante et de limiter certains biais individuels ou le phénomène de tunnelisation. Cette procédure permet d'anticiper ou d'atténuer un incident grave, notamment en per- ou périopératoire. L'appel d'une aide extérieure peut être facilité par ces échanges, qui rentrent dans les habitudes de l'équipe. Il faut insister sur la dernière étape qui correspond à la réévaluation de la situation qui peut être intégrée dans le temps de débriefing qui permet à chaque membre de l'équipe de s'exprimer et de partager son ressenti. Cette étape est d'autant plus importante que la situation vécue a pu engendrer un stress important et, dans de rares cas, des traumatismes psychologiques.

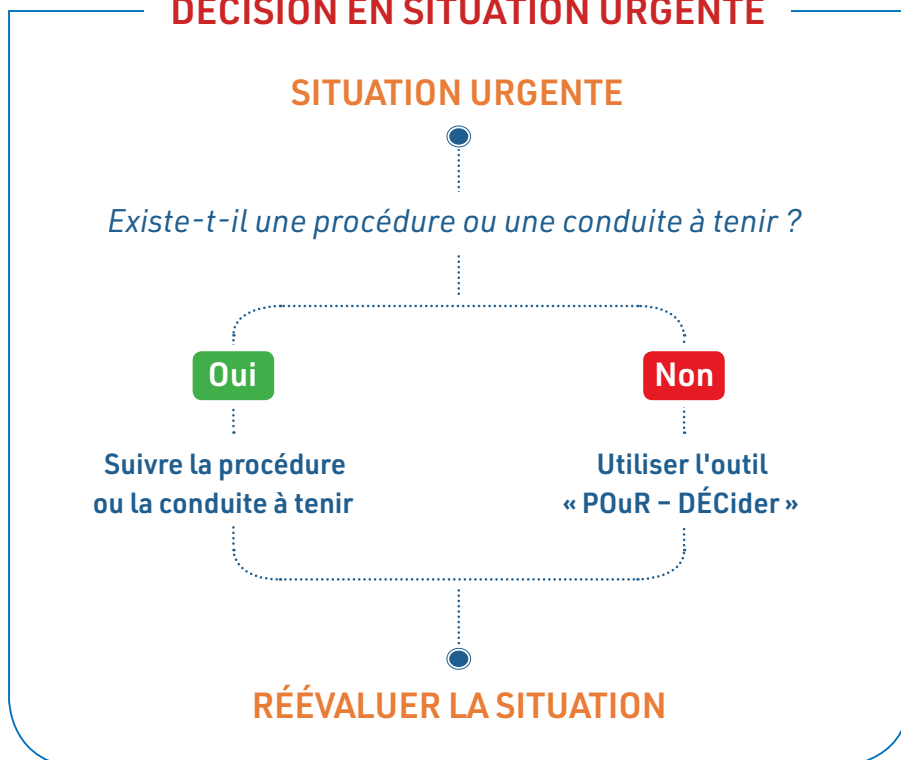
Une fiche Briefing-Débriefing a également été proposée pour faciliter les échanges et le travail en équipe.

Stéphane BART

### Pour aller plus loin...

- [3\\_outil\\_pour\\_decider.pdf](#) ([has-sante.fr](http://has-sante.fr))
- [4\\_pages\\_fiche\\_briefing\\_vd\\_2016-07-26\\_17-23-25\\_586.pdf](#) ([has-sante.fr](http://has-sante.fr))
- *Decision-Making Tools for Aeronautical Teams: FOR-DEC and Beyond*, by Henning Soll, Solveig Proske, Gesine Hofinger, and Gunnar Steinhardt, *Aviation Psychology and Applied Human Factors*, 2016.

## DÉCISION EN SITUATION URGENTE

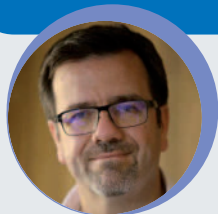


### Tableau de la solution sécurité patient No Go au bloc opératoire

P	Problème	Quel est le problème ?
Ou	Options utiles	Quelles sont les options utiles et possibles ?
R	Risques	Quels sont les risques et avantages de chaque option ?
-	Échange	Échange et partage en équipe
D	Décision	Que faisons-nous ?
É	Exécution	Qui fait quoi ? Quand ? Comment ?
Cider	Contrôle	Est-ce que tout s'est déroulé comme prévu ?

Cette aide cognitive comporte 3 parties :

- la partie **POUr** : concerne le processus cognitif (réflexion) qui doit être mené ;
- le **trait d'union** reliant POUr et DÉCider représente le temps indispensable d'échange en équipe ;
- la partie **DÉCider** concerne le processus de **décision** et de mise en œuvre de la solution choisie.



Didier LEGEAIS  
Président du SNCUF

# L'urologie pédiatrique en danger, mais pas qu'elle...

L'année 2023 avance et avec elle de multiples projets réglementaires et législatifs qui, pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, vont probablement entraîner un effondrement de l'offre de soins que la Loi Valletout ne pourra pas compenser par l'arrivée de médecins à Diplôme extra-Union Européenne et par la mise en place de politiques probablement coercitives sous autorité des ARS et des Conseils Territoriaux de Santé.

En décembre, successivement, deux décrets sont sortis pour préciser l'organisation de la chirurgie en établissement de santé en rappelant des règles déontologiques déjà connues (continuité des soins, courriers de sortie, etc.) mais aussi, à la demande du Conseil National de Chirurgie Pédiatrique, le cadre minimal d'organisation des soins en établissement de santé pour la prise en charge des enfants.

Ces décrets précisent les moyens humains et matériels nécessaires pour accueillir des enfants de moins de 15 ans en particulier pour les chirurgiens urologues, orthopédistes, viscéraux et gynécologues qui doivent arrêter la chirurgie réglée à froid dans leur domaine de compétence mais la continuer en permanence de soins (PDSSES).

Au-delà d'autorisations d'établissement, c'est fondamentalement imposer l'idée que nos spécialités commencent à partir de 15 ans et que les chirurgiens pédiatres seront dorénavant les seuls à pouvoir opérer des enfants de moins de 15 ans et ce jusqu'à 18 ans... Cela représente plus de 100 000 interventions par an.

Pour les urologues qui souhaitent continuer à opérer des enfants en chirurgie réglée et programmée, ils devront démontrer qu'ils ont reçu une formation initiale pendant leur internat en chirurgie pédiatrique (même si c'était il y a plus de 20 ans, on ne parle pas de VAE pour le moment) et qu'ils font régulièrement une formation continue en chirurgie pédiatrique (au moins un DPC par an...).

Pour ceux qui veulent opérer en PDSSES, ils devront contacter le centre expert de chirurgie pédiatrique de leur territoire pour adhérer à un dispositif spécifique régional en chirurgie pédiatrique (DSR).



En janvier 2023, la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) a publié à son tour des recommandations professionnelles pour prendre en charge les enfants de façon adaptée pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Ces recommandations sont fondées sur des publications solides intéressantes.

Ces propositions nécessitent de la part de nos confrères anesthésistes une adaptation complexe et parfois difficile pour continuer à pouvoir opérer des enfants de moins de 10 ans en dehors des centres experts.

Ce texte est paradoxalement en accord et en désaccord avec les décrets de 2022 et les instructions de la DGOS (voir plus loin) car il considère que l'enfant au-delà de 10 ans doit être traité comme un adulte...

La Direction Générale de l'Offre de Soins du ministère de la santé vient de publier ses instructions (DGOS/R3/2023/125 du 1<sup>er</sup> août 2023) pour appliquer les Décrets de décembre 2022, en précisant le cahier des charges en pratique des DSR et en ajoutant la mise en place d'une surveillance d'activité par l'arrivée des registres obligatoires sous autorité de la direction de l'établissement ainsi que des seuils d'activité comme en chirurgie bariatrique.

La volonté légitime de certains, en particulier dans les Conseils Nationaux Professionnels, se heurte d'abord à leur mauvaise connaissance des activités réalisées en établissement privé et au manque de moyens humains et matériels des centres experts.

Ces exigences risquent d'entraîner un accès aux soins difficile pour les enfants et, demain, pour d'autres patients avec une logique centralisée autour des centres experts qui ne reconnaît pas le volume d'activité chirurgicale réalisé en établissement privé et la souffrance déjà présente des centres experts qui manquent cruellement de moyens au point de remettre parfois en question leur excellence.

Notre famille urologique reste unie des activités des uns et des autres et il faut rester vigilants ensemble pour collectivement défendre la qualité et la sécurité de notre art quel que soit notre mode d'exercice.

La réforme de la chirurgie pédiatrique à marche forcée sans évaluation des activités des uns et des autres et des impacts sur l'accès aux soins est probablement l'exemple de ce qu'il faut éviter...

Vous découvrirez ci-après une synthèse des derniers textes (Décrets, SFAR, DGOS).

PS : LAFU, le SNCUF et le CNPU ont écrit au ministre de la santé pour l'informer de cette situation et proposer pour le moment de maintenir les activités pour éviter un effondrement de l'offre de soin en particulier en PDS. Nous n'avons pas eu de réponse à ce jour.

Didier LEGEAIS

**Décret n° 2022-1766 du 29 décembre 2022** relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046849056>

**Décret n° 2022-1765 du 29 décembre 2022** relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046848991>

## Décrets de décembre 2022

**Publics concernés : titulaires d'autorisations d'activité de soins de chirurgie...**

**Art. D. 6124-269**

*La configuration architecturale et fonctionnelle de chaque unité de soins garantit à chaque patient les conditions d'hygiène et d'asepsie nécessaires, ainsi que le respect de son intimité et de sa dignité.*

**Art. D. 6124-270**

Un bulletin de sortie est remis au patient avant son départ de l'unité de soins. Ce bulletin, signé par l'un des médecins de l'unité, mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire ou postanesthésique concernant, en particulier, la prise en charge de la douleur, et les coordonnées des personnels de l'établissement de santé assurant la continuité des soins.

**Art. D. 6124-271**

I.-Le personnel médical nécessaire à l'activité de chirurgie comprend :

- 1° Des médecins spécialisés en chirurgie, dont la spécialité est adaptée aux pratiques thérapeutiques spécifiques mentionnées au II de l'article R. 6123-202 et mises en œuvre par le titulaire de l'autorisation d'activité de soins de chirurgie ;
- 2° Des médecins spécialisés en anesthésie-réanimation.

Un médecin est désigné pour assurer la coordination de l'unité mentionnée à l'article de D. 6124-282.

II.-Le personnel non médical nécessaire à l'activité de chirurgie comprend :

- 1° Des infirmiers diplômés d'Etat et, en tant que de besoin, des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat, ainsi qu'éventuellement un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat ;
- 2° En fonction de l'activité chirurgicale pratiquée et des besoins médicaux des patients, d'autres auxiliaires médicaux et personnels paramédicaux dont la qualification est adaptée à cette activité chirurgicale.

Le titulaire de l'autorisation d'activité de soins de chirurgie peut en complément faire appel à tout professionnel dont la qualification est adaptée à cette activité chirurgicale.

Les effectifs de ces personnels sont adaptés au volume de l'activité, notamment le nombre de personnels médicaux mentionnés aux 1° et 2° du I, présents sur le site.

III.-Le titulaire de l'autorisation d'activité de soins de chirurgie s'assure, le cas échéant, du concours d'un physicien médical dans le cadre de la démarche d'optimisation de l'exposition aux rayonnements ionisants.

**Art. D. 6124-272**

L'autorisation d'activité de soins de chirurgie n'est accordée que si le titulaire organise la prise en charge chirurgicale des patients qui lui sont adressés par les structures de médecine d'urgence, conformément au 5° de l'article D. 6114-3.

**Art. D. 6124-276**

Le titulaire de l'autorisation s'assure du recueil et de l'analyse des données issues des pratiques professionnelles dans une finalité d'amélioration des pratiques et de gestion des risques.

L'équipe médicale mentionnée au 1° du I de l'article D. 6124-271 renseigne les registres professionnels d'observation des pratiques mentionnés au 3° de l'article D. 4021-2-1, dès lors que ces registres sont mis en place.

**Art. D. 6124-277**

La prise en charge en chirurgie ambulatoire consiste à dispenser, pendant une durée de séjour inférieure ou égale à douze heures, des actes de chirurgie équivalents, par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'ils requièrent, à ceux effectués dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet.

**Art. D. 6124-279**

Le titulaire de l'autorisation de chirurgie ambulatoire est tenu d'organiser la continuité des soins en dehors des heures d'ouverture de l'unité, y compris les dimanches et jours fériés. Il la dote de cet effet d'un dispositif de gestion et d'orientation permettant au patient de joindre l'équipe médicale en charge de la continuité des soins.

**Art. D. 6124-280**

L'unité de chirurgie ambulatoire est dotée d'une équipe médicale et paramédicale qui peut comprendre des personnels exerçant également en hospitalisation à temps complet sur le même site.

Toutefois, les membres de l'équipe n'intervenant pas à titre principal en secteur opératoire sont affectés à la seule unité de chirurgie ambulatoire pendant la durée des prises en charge.

Le nombre et la qualification des personnels médicaux, d'auxiliaires médicaux et d'aides-soignants sont adaptés aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activité effectués, ainsi qu'aux caractéristiques techniques des soins dispensés.

Pendant la durée des prises en charge en unité de chirurgie ambulatoire, sont requises :

- 1° La présence permanente d'au moins un infirmier diplômé d'Etat dans l'unité ;
- 2° La présence, sur le site du titulaire, d'un médecin spécialisé en anesthésie-réanimation en mesure d'intervenir au sein du secteur interventionnel dans un délai compatible avec la sécurité des prises en charge, ainsi que d'un nombre d'infirmiers diplômés d'Etat adapté à l'activité pendant la durée d'utilisation du secteur interventionnel ;
- 3° La présence, sur le site du titulaire, d'un médecin spécialisé en anesthésie-réanimation et d'un médecin spécialisé en chirurgie en mesure d'intervenir dans un délai compatible avec la sécurité des prises en charge dans l'unité de chirurgie ambulatoire, en cas de complications anesthésique ou chirurgicale.

**Art. D. 6124-281**

L'unité d'hospitalisation à temps complet comprend des chambres à un ou deux lits, équipées d'un dispositif d'appel.

**Art. D. 6124-283**

Lorsque le titulaire de l'autorisation d'activité de soins de chirurgie mentionnée au 1° du I de l'article R. 6123-202 prend en charge des enfants au titre du III du même article, il respecte les dispositions prévues à l'article D. 6124-284 et organise la prise en charge pédiatrique, avec un accueil adapté, dans des locaux permettant une hospitalisation des enfants à temps complet de jour ou de nuit, différenciée de celle des adultes.

Lorsqu'il prend en charge des enfants au titre du IV de l'article R. 6123-202, il dispose d'un médecin spécialisé en chirurgie pour la pratique thérapeutique spécifique concernée justifiant d'une formation initiale et d'une expérience en chirurgie pédiatrique et d'un médecin spécialisé en anesthésie-réanimation justifiant d'une expérience en anesthésie dans le cadre d'une prise en charge chirurgicale pédiatrique.

**Art. D. 6124-284**

Pour la prise en charge en chirurgie pédiatrique mentionnée au 2° du I de l'article R. 6123-202, le titulaire de l'autorisation dispose sur site d'au moins un bloc interventionnel à accès protégé, de dispositifs médicaux et des produits de santé, adaptés à la prise en charge des enfants.

**Art. D. 6124-285**

**I.-Le titulaire de l'autorisation d'activité de soins de chirurgie pédiatrique met en place une organisation et des aménagements permettant une prise en charge adaptée aux soins et aux besoins spécifiques des enfants, dans le respect de leur intimité.**

Il organise la prise en charge pédiatrique des patients, avec une répartition adaptée par groupes d'âge, dans une ou plusieurs unités d'hospitalisation à temps complet pédiatriques.

Au sein des unités dédiées à la chirurgie ambulatoire, le titulaire de l'autorisation dispose d'une organisation permettant une hospitalisation différenciée des enfants et des adultes.

L'identification de secteurs spécifiques par âge n'est pas exigée.

**II.-Le titulaire dispose des moyens permettant d'assurer en permanence l'accueil et la présence continue d'au moins un des parents ou de son substitut auprès de l'enfant, y compris pour des prises en charges ambulatoires, dans des conditions adaptées à sa pathologie et à la sécurité des soins.**

**Art. D. 6124-286**

Le titulaire de l'autorisation d'activité de soins de chirurgie mentionnée au 2° du I de l'article R. 6123-202 dispose d'une équipe médicale comprenant :

**1° Au moins un médecin spécialisé en chirurgie pédiatrique ou un médecin spécialisé en chirurgie justifiant d'une formation initiale et d'une expérience en chirurgie pédiatrique ;**

**2° Au moins un médecin spécialisé en anesthésie-réanimation justifiant d'une expérience en anesthésie pédiatrique.**

Le titulaire de l'autorisation dispose d'une équipe paramédicale comprenant notamment des infirmiers dont au moins un infirmier de puériculture ou au moins deux infirmiers justifiant d'une expérience en pédiatrie.

Le titulaire de l'autorisation assure l'intervention d'un psychologue en tant que de besoin.

**ARTICLE 7**

**I. - Les dispositions du présent décret entrent en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> juin 2023.**

**II. - Les titulaires d'autorisations d'activité de chirurgie cardiaque mentionnée au 10° de l'article R. 6122-25 du code de la santé**

publique dont les installations ne satisfont pas à la condition technique de fonctionnement prévue au 2° de l'article D. 6124-123 du même code, à la date d'entrée en vigueur du présent décret, **disposent d'un délai de cinq ans à compter de cette date pour s'y conformer.**

Lorsqu'à l'expiration de ce délai, il est constaté que le titulaire de l'autorisation n'est pas en conformité avec les dispositions mentionnées à l'alinéa précédent, l'autorisation fait l'objet des mesures prévues à l'article L. 6122-13 du code de la santé publique.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne sont pas applicables aux hôpitaux des armées.

**III. - Les expérimentations autorisées en application du e du 2° du II de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, avant l'entrée en vigueur du présent décret, se poursuivent jusqu'à leur terme. Les dispositions du présent décret ne leur sont pas applicables. Il est spécifié que :**

**Art. R. 6123-202**

**I.-L'activité de soins de chirurgie prévue à l'article R. 6123-201 s'exerce selon les trois modalités suivantes :**

**1° L'activité de soins de chirurgie pratiquée chez des patients adultes ;**

**2° L'activité de soins de chirurgie pédiatrique ;**

**3° L'activité de soins de chirurgie bariatrique.**

**II.-Les pratiques thérapeutiques spécifiques mentionnées à l'article L. 6122-7 pour la modalité mentionnée au 1° du I sont :**

**1° Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale ;**

**2° Chirurgie orthopédique et traumatologique ;**

**3° Chirurgie plastique reconstructrice ;**

**4° Chirurgie thoracique et cardiovasculaire à l'exception de l'activité mentionnée à l'article R. 6123-69 ;**

**5° Chirurgie vasculaire et endovasculaire ;**

**6° Chirurgie viscérale et digestive ;**

**7° Chirurgie gynécologique et obstétrique à l'exception des actes liés à l'accouchement réalisés au titre de l'activité de soins mentionnée au 3° de l'article R. 6122-25 ;**

**8° Neurochirurgie se limitant aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discale et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière ;**

**9° Chirurgie ophtalmologique ;**

**10° Chirurgie oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale ;**

**11° Chirurgie urologique.**

La ou les pratiques thérapeutiques spécifiques mises en œuvre sont précisées dans la demande d'autorisation et mentionnées dans la décision d'autorisation.

**III.-Par dérogation au premier alinéa de l'article R. 6123-206, le titulaire de l'autorisation sous la modalité « activité de soins de chirurgie pratiquée chez des patients adultes » peut prendre en charge des enfants, lorsque l'activité de chirurgie porte sur les pratiques thérapeutiques mentionnées aux 1°, 3°, 9° et 10° du II.**

**IV.-Par dérogation au premier alinéa de l'article R. 6123-206, le titulaire de l'autorisation sous la modalité « activité de soins de chirurgie pratiquée chez des patients adultes » peut prendre en charge des enfants, lorsque l'activité de chirurgie porte sur les pratiques thérapeutiques mentionnées aux 2°, 6°, 7° et 11° du II, pour des prises en charge urgentes d'enfants de plus de trois ans relevant de ces pratiques thérapeutiques spécifiques. Pour ces situations, il adhère au dispositif spécifique régional de chirurgie pédiatrique mentionné à l'article R. 6123-207.**

les chirurgiens suivants peuvent faire de la chirurgie réglée chez l'enfant sans âge limité :

**1° Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale ;**

**3° Chirurgie plastique reconstructrice ;**

**9° Chirurgie ophtalmologique ;**

**10° Chirurgie oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale ;**

Et les chirurgiens suivants ne peuvent faire que les urgences pour des enfants de plus de 3 ans :

**2° Chirurgie orthopédique et traumatologique ;**

**6° Chirurgie viscérale et digestive ;**

**7° Chirurgie gynécologique et obstétrique à l'exception des actes liés à l'accouchement réalisés au titre de l'activité de soins mentionnée au 3° de l'article R. 6122-25 ;**

**11° Chirurgie urologique.**



Ces nouvelles recommandations sont issues d'un travail commun réunissant la SFAR et l'ADARPEF (l'Association des Anesthésistes Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française).

Les experts ont utilisé la méthode Grade pour évaluer le niveau de preuve de la littérature. Ils ont repris la littérature de 2000 à 2022. Devant la très faible quantité d'études permettant de répondre avec la puissance nécessaire au critère de jugement majeur, ils ont décidé de formuler **34 recommandations** pour l'organisation de la pratique professionnelle plutôt que des recommandations d'experts ce qui tempore la puissance de ces recommandations et permet aux équipes d'assouplir les règles si besoin dans d'intérêt de l'accès aux soins et de l'organisation pratique des soins. Ces recommandations restent néanmoins la référence professionnelle vers quoi il faut aller.

Chaque recommandation est évaluée en fonction des accords ou des désaccords avec une échelle allant de 1 (désaccord complet) à 9 (accord complet). Sont aussi évalués 5 facteurs : la puissance de l'effet, le niveau de preuve, la balance bénéfices-risques, les habitudes professionnelles et le coût. Ainsi, seules 34 recommandations ont été retenues.

Chaque équipe doit ensuite tendre vers l'application de ces règles professionnelles mais la société savante insiste dans son rapport sur l'adaptabilité des équipes pour une évolution en douceur et sans déstabiliser toute l'offre de soin.

*La SFAR incite tous les anesthésistes-réanimateurs à se conformer à ces RPP pour optimiser la qualité des soins dispensés aux patients. Cependant, chaque praticien doit exercer son propre jugement dans l'application de ces préconisations, en prenant en compte son expertise et les spécificités de son établissement, pour déterminer la méthode d'intervention la mieux adaptée à l'état du patient dont il a la charge.*

Vous retrouverez l'intégralité de ce travail sur le site de la SFAR et une synthèse ci-dessous [1].

Les décrets de sécurité anesthésique de 1994 [2] et le schéma d'organisation de la chirurgie pédiatrique de 2004 [3] continuent bien évidemment à s'appliquer ainsi que la charte de l'enfant hospitalisé de 1988 [4] et les circulaires sur l'hospitalisation des enfants de 1983 [5].

## Recommandations de la SFAR

Une partie de cette réflexion est issue d'une étude (APRICOT) européenne menée en 2017 dans 261 hôpitaux dans 33 pays qui a montré une incidence globale de 5,2 % d'événements indésirables graves en particulier d'un point de vue respiratoire (2,7 %) et hémodynamique en lien avec l'âge de l'enfant, le terrain mais aussi l'organisation des soins et l'expérience des anesthésistes [6]. L'incidence des ECS était plus élevée chez le nouveau-né et chez l'enfant de moins de 1 an. Elle augmentait avec le score ASA et diminuait avec l'expérience pédiatrique de l'équipe anesthésique. **Un seuil de 3 ans était proposé par les auteurs pour préconiser la prise en charge par une équipe expérimentée en anesthésie pédiatrique afin de réduire le risque de complications.**

Les résultats français de l'étude APRICOT ont mis en évidence une association entre la survenue de complications péri-opératoires et la pratique de moins de 15 ans d'anesthésie pédiatrique ainsi qu'avec l'absence d'IADE.

À partir de 10 ans, l'enfant se rapproche de l'adulte sur les plans anatomique et physiologique. Différentes recommandations préconisent l'application des recommandations adultes à partir de cet âge. Néanmoins, la spécificité psychologique et émotionnelle doit être prise en compte pour la prise en charge au bloc opératoire (cf. champ 1).

Par ailleurs, ce travail fait référence à une étude américaine basée sur plus d'un million d'anesthésies [7] : les complications péri-opératoires de l'anesthésie pédiatrique les plus fréquentes sont respiratoires, surtout chez l'enfant de moins de 3 ans et se répartissent en laryngospasmes (1,2 %), bronchospasmes (1,2 %), stridor post-extubation (0,7 %) et inhalation du contenu gastrique (0,1 %). De plus, l'intubation est plus souvent difficile chez le petit enfant : 1 % des cas chez le nouveau-né et 1,1 % chez le nourrisson contre 0,1 à 0,2 % chez l'enfant plus âgé. Dans plus de 50 % des cas ou plus de 3 laryngoscopies avaient été nécessaires avant de réussir à intuber l'en-

fant malgré un score de Cormack-Lehane de 1 ou 2, les enfants étaient âgés de moins d'un an. La chirurgie ORL, qui est la chirurgie pédiatrique la plus pratiquée en France, est une procédure à risque majoré de complications respiratoires : 3,93 % contre 2,61 % pour la chirurgie non-ORL, soit un risque relatif de complications respiratoires de 1,51. Sur la base des données d'un peu plus d'un million d'anesthésies recueillies de 2010 à 2015, le registre américain *Wake Up Safe* a montré que **35 % des arrêts cardiaques per-opératoires en pédiatrie étaient d'origine respiratoire et que 79 % d'entre eux avaient été considérés a posteriori comme évitables.**

D'autre part, une analyse de données recueillies prospectivement lors de 276 209 anesthésies d'enfants, retrouvait une incidence d'arrêts cardiaques (AC) péri-opératoires de l'ordre de 1 à 2 sur 10 000. Cette incidence était multipliée par 20 chez l'enfant de moins de 1 mois et par 10 chez l'enfant de moins de 6 mois. Les enfants ASA 3 et 4 avaient une incidence d'AC multipliée par 5 et 30 respectivement. L'incidence des AC était d'autant plus élevée que le nombre d'enfants endormis par an était faible, avec un seuil d'augmentation du risque en cas d'activité inférieure à 149 cas/an ou encore < 30 % du temps d'exercice [8].

Les experts rappellent la nécessité de respecter les SHROS régionaux avec les centres de proximité (niveau 1), les centres spécialisés (niveau 2) et les centres experts (niveau 3). **Ils rappellent néanmoins qu'à partir de 10 ans la prise en charge de l'enfant peut être assimilée à celle d'un adulte** pour peu que l'on tienne compte de la psychologie de l'enfant et la spécificité ou non de la ou les pathologies sous-jacentes.

Vous trouverez ci-dessous une synthèse de ces recommandations. Les plus importantes en pratique relèvent de l'encadrement nécessaire pour la sécurité des soins pour les enfants en fonction de leur âge : moins de 1 an (ou ASA 4, 5), moins de 3 ans, moins de 10 ans et au delà.

### Salle d'intervention adaptée

**R1.1** – Les experts suggèrent que l'anesthésie pédiatrique soit réalisée dans une salle d'intervention disposant de matériel adapté au poids et à l'âge de l'enfant afin d'assurer la sécurité des soins.

#### Avis d'experts (Accord Fort)

- Anesthésistes et IADE formés à la pédiatrie



- Equipement adapté, accessible, entretenu
- Aides cognitives spécifiques pédiatrie
- Plages opératoires spécifiques
- Zone de surveillance pré- et postopératoire, et SSPI spécifique
- Check-list « HAS3 sécurité patient adapté à la pédiatrie : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2608022/fr/check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire-en-chirurgie-infantile](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2608022/fr/check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire-en-chirurgie-infantile)

*Néanmoins la SFAR précise qu'en revanche, les experts ne peuvent établir une recommandation quant à la limite d'âge pour un programme exclusivement pédiatrique. Certains adolescents peuvent, par exemple, être intégrés dans un programme adulte en fonction du type de chirurgie, de leurs antécédents médicaux et chirurgicaux.*

#### SSPI adaptée

**R1.2** – Les experts suggèrent d'identifier un secteur pédiatrique en salle de surveillance postinterventionnelle afin de regrouper le personnel et le matériel spécifiques à la prise en charge de l'enfant, ainsi que de permettre à un accompagnant d'être présent, afin d'assurer la qualité et la sécurité du réveil.

**Avis d'experts (Accord Fort)**

- Enfants à risque : nouveaux-nés, nourrissons, infection des voies respiratoires, intervention en urgence
- Anesthésiste formé en pédiatrie doit pouvoir intervenir immédiatement
- Séparation (rideau, paravent) avec SSPI adulte
- Présence d'un PARENT en SSPI (diminution anxiété, amélioration récupération, agitation ..)

**R4.4.1** – Les experts suggèrent la présence permanente en SSPI, d'une infirmière (IDE, IADE ou puéricultrice) formée au réveil pédiatrique pour réduire la morbi-mortalité péri-opératoire.

**Avis d'experts (Accord Fort)**

**R4.4.2** – Les experts suggèrent d'associer systématiquement la présence d'un second professionnel paramédical afin de prendre en compte les spécificités du réveil de l'enfant.

**Avis d'experts (Accord Fort)**

**R4.4.3** – Les experts suggèrent la présence supplémentaire d'une seconde infirmière (IDE, IADE ou puéricultrice) lorsque la SSPI dispose d'une capacité égale ou supérieure à six postes.

**Avis d'experts (Accord Fort)**

**Secteur dédié à la pédiatrie pour la consultation, l'hospitalisation avec présence d'un parent et de regroupement en fonction de l'âge, un réseau de soins, du matériel et des médicaments adaptés : pour les grands adolescents, la prise en charge peut être réalisée en secteur adulte (hospitalisation conventionnelle, ambulatoire, soins critiques, consultation)**

**R1.3.1** – Les experts suggèrent que l'hospitalisation des enfants en pré- et postopératoire se fasse dans un secteur dédié à la pédiatrie (hospitalisation conventionnelle ou ambulatoire, soins critiques) afin d'assurer la qualité et la continuité des soins.

**Avis d'experts (Accord Fort)**

**R1.3.2** – Les experts suggèrent que la consultation d'anesthésie se fasse dans un lieu dédié et adapté à l'enfant pour favoriser son confort et diminuer son anxiété.

**Avis d'experts (Accord Fort)**

**R1.4.1** – Les experts suggèrent que tout établissement ayant une activité pédiatrique programmée et/ou non programmée puisse avoir recours à un plateau technique (laboratoire, radiologie, délivrance de produits sanguins labiles, etc.) capable de répondre aux besoins spécifiques de la population pédiatrique notamment la réalisation, l'analyse et l'interprétation de micro-prélèvements, afin de garantir des conditions optimales de qualité et de sécurité des soins.

**Avis d'experts (Accord Fort)**

**R1.4.2** – Les experts suggèrent que tout établissement ayant une activité pédiatrique programmée et/ou non programmée formalise des réseaux de consultants spécialistes en pédiatrie afin de garantir des conditions optimales de qualité et de sécurité des soins.

**Avis d'experts (Accord Fort)**

La seule indication d'un bilan d'hémostase systématique avant un acte invasif chez l'enfant est l'absence d'acquisition de la marche. Dans toutes les autres situations, comme chez l'adulte, la prescription d'un bilan biologique pré-opératoire est exclusivement orientée par les antécédents personnels et familiaux, l'anamnèse et l'examen clinique, quelle que soit la nature de la chirurgie et la technique anesthésique [4-7]. En cas de risque de saignement important (> 7 mL/kg) et/ou de transfusion, la prescription préopératoire d'un groupage sanguin complet et la recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) doit être réalisée.

La présence de ces documents doit être vérifiée avant l'induction anesthésique. Un réseau de compétence pédiatrique (laboratoire, radiologie, pédiatres spécialisés, chirurgiens pédiatres, réanimations néonatale et pédiatrique, anesthésistes-réanimateurs pédiatriques) doit être organisé et connu de chaque centre.

**R2.1.1** – Les experts suggèrent que tout le matériel d'assistance respiratoire (i.e. pour la gestion des voies aériennes et de la ventilation) soit adapté à l'âge, au poids et à la taille de l'enfant, pour diminuer le risque de complications respiratoires et assurer la normoxémie et la normocapnie.

**Avis d'experts (Accord Fort)**

**R2.1.2** – Pour les salles non dédiées à la pédiatrie, les experts suggèrent d'utiliser un chariot mobile spécifique contenant les équipements et matériels destinés à l'anesthésie des enfants, afin d'optimiser la gestion des voies aériennes.

**Avis d'experts (Accord Fort)**

Les données du registre *Pediatric Difficult Intubation* ont montré que l'intubation difficile de l'enfant est associée à un taux élevé de complications, même dans des centres spécialisés : au moins une complication dans 20 % des cas, dont 2 % d'arrêts cardiaques hypoxiques et 9 % d'hypoxémies sévères. C'est pourquoi les recommandations proposent de diminuer le nombre de tentatives d'intubation par laryngoscopie directe à un maximum de 3, de recourir plus rapidement à la vidéo-laryngoscopie et de privilégier l'oxygénation pour diminuer l'incidence des complications liées à l'intubation et éviter l'hypoxémie. Même pour une intubation facile, des moyens simples, comme l'oxygénation par lunettes nasales durant la laryngoscopie, peuvent être utilisés pour prolonger le temps d'apnée sans hypoxémie chez les petits enfants.

**R2.2.1** – L'accès vasculaire étant indispensable lors de l'anesthésie, les experts suggèrent d'utiliser un matériel adapté à l'âge, la taille et/ou au poids de l'enfant pour garantir la qualité et la sécurité des soins.

**Avis d'experts (Accord Fort)**

**R2.2.2** – Les experts suggèrent de disposer dans tous les lieux participant à l'activité d'anesthésie pédiatrique (bloc opératoire, SSPI, etc.) du matériel d'abord intra-osseux (perceuse et trocarts adaptés à l'âge de l'enfant) pour les situations critiques.

**Avis d'experts (Accord Fort)**



Les recommandations ERC 2021 précisent que tout médecin pouvant prendre en charge un enfant en situation critique doit être compétent et entraîné à l'utilisation du matériel d'abord intra-osseux. Celui-ci doit donc être disponible dans les blocs et SSPI de pédiatrie.

### Spécificité de l'anesthésie pédiatrique

**R2.3.1** – Pour assurer les apports hydro-électrolytiques peropératoires de base chez l'enfant, les experts suggèrent de disposer de solutés prenant en compte les particularités physiologiques du nouveau-né, du nourrisson et de l'enfant :

- un soluté glucosé à 5 %, contenant au moins 4 g de NaCl par litre pour les nouveau-nés ;
- un soluté isotonique balancé glucosé à 1 %, pour les nourrissons et jeunes enfants ;
- un soluté balancé isotonique, pour les enfants au-delà de 3 ans.

#### Avis d'experts (Accord Fort)

En peropératoire, on observe à des degrés variables, une tendance à l'hyperglycémie liée aux effets des hormones de stress. Ces éléments expliquent que l'administration peropératoire d'un soluté polyionique glucosé à 5 % induit une hyperglycémie qui peut être potentiellement délétère en majorant la production de radicaux libres en cas d'ischémie cérébrale ou médullaire. Cependant, en cas d'absence d'apport glucosé peropératoire chez le jeune enfant, on peut observer une cétose via une augmentation de la lipolyse. Ainsi, il semble nécessaire d'assurer un minimum d'apports glucidiques chez le jeune enfant, permettant d'éviter à la fois l'hypoglycémie et l'hyperglycémie, de l'ordre de 0,12 g/kg/h, avec un maximum de 0,3 g/kg/h, hors nouveau-né. Un monitoring de la glycémie est donc indispensable en peropératoire chez le jeune enfant. Si l'intérêt de l'administration d'un soluté glucosé à 1 % isotonique (ou presque) est bien démontré chez l'enfant de moins de 1 an, son utilisation peut être moins évidente chez l'enfant plus grand, dont les risques d'hypoglycémie sont a priori plus faibles. Une étude montre que son utilisation chez l'enfant de moins de 4 ans permet d'éviter l'hypoglycémie et l'hyperglycémie dans cette population. Il semble donc raisonnable de conseiller l'utilisation de ce type de soluté G1% chez le jeune enfant jusqu'à 3 ans.

L'utilisation de solutés hypotoniques peut être rapidement à l'origine d'une hypona-

trémie, responsable d'une hypo-osmolarité plasmatique et d'un œdème intracellulaire entraînant un risque vital.

**R2.3.2** – Pour assurer le remplissage vasculaire péri-opératoire chez l'enfant, les experts suggèrent de disposer de solutés prenant en compte les particularités physiologiques du nouveau-né et du nourrisson :

- un soluté balancé isotonique pour le remplissage initial ;
- et en cas d'hypovolémie persistante, de l'albumine, en particulier chez le nouveau-né et le nourrisson.

#### Avis d'experts (Accord Fort)

**R2.4** – Les experts suggèrent de **disposer d'un chariot d'urgence pédiatrique** comportant les aides cognitives spécifiques à cette population en plus du matériel et des médicaments d'urgence, pour garantir la sécurité des soins.

#### Avis d'experts (Accord Fort)

Il doit toujours être situé à la même place, facilement accessible, mobile et il doit être connu par tout le personnel.

**R2.5.1** – Quel que soit le monitoring envisagé, les experts suggèrent d'utiliser un **monitoring dont les composants sont adaptés** au poids et/ou à l'âge de l'enfant pour avoir une interprétation fiable des données.

#### Avis d'experts (Accord Fort)

**R2.5.2** – Pour les nouveau-nés et nourrissons opérés de chirurgies majeures, les experts suggèrent de **monitorer l'oxygénation régionale cérébrale** pour détecter et prendre en charge rapidement les épisodes de désaturation cérébrale quelle qu'en soit la cause (hypotension, hypoxémie, anémie, hypocapnie).

#### Avis d'experts (Accord Fort)

Avoir des brassards à tension adaptés : largeur du brassard = 40 % de la circonférence du bras.

Chez le nouveau-né, une surveillance pré- et post-ductale de la saturation permet de détecter une réouverture du canal artériel avec un shunt droit-gauche pouvant aboutir à une désaturation profonde. Cela peut également mettre en évidence une cardiopathie congénitale.

**R2.6.1** – Les experts suggèrent de réaliser un **monitoring systématique de la température** en périopératoire chez l'enfant pour détecter, prévenir et traiter au plus vite une hypothermie.

#### Avis d'experts (Accord Fort)

**R2.6.2** – Les experts suggèrent de prévenir l'hypothermie des enfants pendant le transport vers le bloc opératoire, de débiter le réchauffement actif avant l'induction avec un dispositif adapté et un contrôle de la température de la salle, de poursuivre le réchauffement en continu pendant l'intervention et en post-opératoire (lit réchauffé ou couveuse maintenue à la température adéquate).

#### Avis d'experts (Accord Fort)

Le meilleur reflet de la température corporelle est la température centrale (température au niveau de l'artère pulmonaire). La température périphérique (extrémités et peau) est 2 à 4 degrés inférieure à la température centrale. Une bonne estimation de la température centrale peut se faire dans le 1/3 inférieur de l'œsophage afin de se trouver à proximité de l'oreillette gauche et de l'aorte descendante.

L'hypothermie est définie par une température corporelle inférieure à 36°C chez l'enfant de plus de 5 ans et 36,5°C chez l'enfant de moins de 5 ans. Une température inférieure à 35°C est considérée comme une hypothermie sévère.

**R2.7** – Pour l'échographie, les experts suggèrent de disposer de sondes linéaires de taille adaptée de 25 mm à 38 mm de surface active, délivrant des fréquences de 8 à 14 Mhz pour les abords vasculaires et l'anesthésie loco-régionale chez l'enfant, dans le but d'améliorer le succès et limiter les complications au cours des procédures.

#### Avis d'experts (Accord Fort)

### La formation des anesthésistes qui réalisent des anesthésies chez l'enfant

**R3.1.1** – Les experts suggèrent de se référer aux recommandations européennes et de les appliquer en tenant compte des spécificités nationales et locales relatives à la démographie médicale, aux capacités de formation et au flux de patients afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Ainsi, les experts suggèrent que **tous les internes d'anesthésie-réanimation**, quelle que soit leur future carrière, suivent une **période minimum de 3 mois de formation** en anesthésie pédiatrique dans un centre spécialisé ; étendue à 6 mois et avec un passage en soins critiques pédiatriques pour ceux qui vont avoir une activité d'anesthésie réanimation et médecine péri-opératoire pédiatrique régulière.

#### Avis d'experts (Accord Fort)



Pendant cette formation, Le nombre de prises en charge recommandé est de :

- 10 prises en charge de nourrissons de moins de 1 an (dont au moins 2 nouveau-nés),
- 20 prises en charge d'enfants de 1 à 3 ans,
- 60 prises en charge d'enfants de 3 à 10 ans.

**R3.1.2** – Les experts suggèrent que tout médecin anesthésiste-réanimateur pratiquant l'anesthésie pédiatrique ait une activité régulière spécifiquement en anesthésie pédiatrique (au minimum une demi-journée par semaine) et assure l'actualisation de ses connaissances et le maintien de ses compétences en anesthésie pédiatrique au moyen de programmes individuels de formation, dans le cadre défini par la certification périodique des professionnels de santé afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Avis d'experts (Accord Fort)

**R3.1.3** – Les experts suggèrent de promouvoir la mise en place de programmes de formation basés sur la simulation dans le cadre de la formation initiale et de la formation continue, afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Avis d'experts (Accord Fort)

**Formation Continue : Recommandations Européennes**

Elles distinguent trois situations pour lesquelles la formation continue et le maintien des compétences sont décrits :

- **Anesthésistes non spécialisés en pédiatrie** : tous les anesthésistes doivent être capables d'anesthésier en toute sécurité les enfants > 3 ans pour les interventions chirurgicales communes de l'enfant. Ils doivent également se tenir à jour en réanimation pédiatrique et pour la stabilisa-

tion des nourrissons et des enfants avant le transfert vers un centre de recours.

- **Anesthésistes ayant une activité régulière en anesthésie pédiatrique** : ils doivent suivre un programme de formation médicale continue et de développement professionnel et prendre contact avec un centre de recours pour faire des visites de mise à jour de leurs connaissances et de leur expertise.
- **Anesthésistes spécialisés en pédiatrie** : ils doivent maintenir à jour leurs connaissances et rester compétents en anesthésie et en réanimation pédiatrique, gestion de la douleur, médecine d'urgence pédiatrique et stabilisation initiale des enfants nécessitant des soins intensifs.

**L'exercice en réseau**

**R4.1.1** – Les experts suggèrent que les centres de proximité et les centres spécialisés ayant une activité d'anesthésie pédiatrique doivent s'organiser en réseaux avec leur centre spécialisé à vocation régionale pour sécuriser et optimiser la prise en charge des enfants devant bénéficier d'une chirurgie programmée ou non (Tableau 1)  
Avis d'experts (Accord Fort)

**R4.1.2** – Les experts suggèrent que l'organisation en réseaux évoquée à la R4.1.1 soit formalisée par une convention incluant une charte de fonctionnement adaptée à la situation locale et prévoyant le transfert des cas complexes.  
Avis d'experts (Accord Fort)

**R4.2.1** – Les experts suggèrent que le nouveau-né à terme de moins de 6 semaines et l'ancien prématuré de moins de 60 semaines d'âge post-conceptionnel ainsi que

les patients ASA 3 à 5, représentant une population à risque majoré de complications péri-opératoires cardio-respiratoires sévères, soient pris en charge dans un centre spécialisé ou dans un centre spécialisé à vocation régionale pour diminuer la morbi-mortalité périopératoire.

Avis d'experts (Accord Fort)

**R4.2.2** – Les experts suggèrent néanmoins que certains patients ASA 3 puissent être pris en charge en dehors d'un centre spécialisé, dans le cadre d'un réseau de soins contractualisé en particulier sur l'âge minimal et en accord avec l'ARS.

Avis d'experts (Accord Fort)

**Quel personnel en salle interventionnelle ?**

**R4.3.1** – Pour les enfants de moins d'un an, ainsi que pour les enfants ASA 4 et 5, populations à risque majoré d'arrêt cardiaque et d'hypoxie, les experts suggèrent que la prise en charge soit assurée par une équipe de deux professionnels dédiés exclusivement à ce cas, comprenant au moins un MAR avec activité régulière et formation complémentaire en anesthésie pédiatrique assisté d'un second professionnel de l'anesthésie avec activité régulière en anesthésie pédiatrique, pour améliorer la sécurité des soins.  
Avis d'experts (Accord Fort)

**R4.3.2** – Pour les enfants de 1 à 3 ans, population à risque majoré de complications respiratoires, les experts suggèrent que la prise en charge soit assurée selon une des deux organisations suivantes pour assurer la sécurité des soins :

- un MAR avec activité régulière et formation complémentaire en anesthésie pédiatrique, assisté d'un Infirmier Anesthésiste

Centre de proximité	Centre spécialisé	Centre spécialisé à vocation régionale
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmé et urgences &gt; 3 ans</li> <li>• Ambulatoire 1-3 ans si pratique régulière</li> <li>• Urgences simples &gt; 1 an si compétences anesthésiques et chirurgicales 24h/24 + service de pédiatrie</li> </ul>	Tous les âges sauf si nécessité de réanimation pédiatrique ou de plusieurs spécialistes pédiatres	Prise en charge spécialisée des pathologies chirurgicales pédiatriques très spécifiques et/ou nécessitant une réanimation pédiatrique et/ou nécessitant la présence de spécialistes pédiatres
Protocoles définissant actes et conditions de transfert vers centre spécialisé	Équipe de chirurgiens pédiatres 24h/24	Deux filières individualisées de chirurgie viscérale et orthopédique, une équipe d'anesthésie-réanimation pédiatrique et une réanimation pédiatrique
Pas de prise en charge < 1 an	Anesthésistes-réanimateurs avec expérience pédiatrique assurant une prise en charge continue des enfants < 3 ans	Chirurgien orthopédique ou viscéral de garde sur place (astreinte pour la spécialité non présente) et anesthésiste-réanimateur pédiatrique de garde sur place
Pratique régulière souhaitable	Chirurgien pédiatre et anesthésiste-réanimateur de garde ou d'astreinte	

Tableau 1. Spécificités des centres de proximité, spécialisé et spécialisé à vocation régionale. La caractérisation des centres relève des ARS conformément au SROS de l'enfant et de l'adolescent (Circulaire du 28 octobre 2004).

Diplômé d'État (IADE) avec activité pédiatrique régulière dédié exclusivement à ce cas ;

- un MAR avec activité régulière et formation complémentaire en anesthésie pédiatrique, dédié exclusivement à ce cas, assisté si besoin d'un second professionnel d'anesthésie avec une activité pédiatrique régulière immédiatement disponible au sein du bloc opératoire et identifié au préalable. Le choix entre ces deux organisations est sous la responsabilité exclusive du MAR en charge de l'enfant. Lorsqu'une situation à risque élevé de complication respiratoire sévère est identifiée, les experts suggèrent que, quelle que soit l'organisation choisie, deux professionnels de l'anesthésie en pédiatrie dont au moins un MAR soient présents à l'induction et au réveil.

Avis d'experts (Accord Fort)

**R4.3.3** – Pour les enfants âgés de 3 à 10 ans, les experts suggèrent que leur prise en charge soit assurée selon une des deux organisations suivantes pour assurer la sécurité des soins :

- un MAR avec activité régulière et formation complémentaire en anesthésie pédiatrique, assisté d'un IADE dédié exclusivement à ce cas.
- un MAR avec activité régulière et formation complémentaire en anesthésie pédiatrique, dédié exclusivement à ce cas, assisté si besoin d'un second professionnel d'anesthésie immédiatement disponible au sein du bloc opératoire et identifié au préalable. Le choix entre ces deux organisations est sous la responsabilité exclusive du MAR en charge de l'enfant.

Avis d'experts (Accord Fort)

**R4.3.4** – Pour les enfants de plus de 10 ans, les experts suggèrent que leur prise en charge obéisse aux mêmes règles organisationnelles que chez l'adulte, pour garantir la sécurité des soins.

Avis d'experts (Accord Fort)

**R4.4.1** – Les experts suggèrent la présence permanente en SSPI, d'une infirmière (IDE, IADE ou puéricultrice) formée au réveil pédiatrique pour réduire la morbi-mortalité péri-opératoire.

Avis d'experts (Accord Fort)

**R4.4.2** – Les experts suggèrent d'associer systématiquement la présence d'un second professionnel paramédical afin de prendre en compte les spécificités du réveil de l'enfant.

Avis d'experts (Accord Fort)

**R4.4.3** – Les experts suggèrent la présence supplémentaire d'une seconde infirmière (IDE, IADE ou puéricultrice) lorsque la SSPI dispose d'une capacité égale ou supérieure à six postes.

Avis d'experts (Accord Fort)

**Vers une équipe spécifique**

**R4.5** – Quand une équipe a une pratique mixte d'anesthésie adulte et pédiatrique, les experts suggèrent de concentrer l'activité pédiatrique sur un nombre limité de praticiens ayant bénéficié d'une formation spécifique et actualisée afin de limiter la survenue de complications.

Avis d'experts (Accord Fort)

Une étude montre que la création d'une équipe d'anesthésie-réanimation pédiatrique dédiée diminue l'incidence des arrêts cardio-circulatoires [9].

D'autres études montrent que l'expérience de l'anesthésiste-réanimateur est un facteur associé à la diminution des complications cardio-vasculaires et respiratoires. Cet argument est indirect mais suggère fortement que la concentration de l'expérience sur un nombre limité de praticiens est un facteur protecteur des complications péri-opératoires. Concernant le nombre d'actes à pratiquer, nous ne disposons que d'une seule étude ancienne qui a montré qu'un volume de 200 actes par an est associé de manière significative à une moindre survenue de complications péri-opératoires [10].

**R4.6** – Les experts suggèrent que les services qui réalisent des anesthésies pédiatriques collectent les données épidémiologiques et anesthésiques de leurs patients, en particulier les incidents critiques, afin d'évaluer leur qualité de soins en la comparant aux données de la littérature récente.

Avis d'experts (Accord Fort)

Le recueil de données anesthésiques anonymisées devrait donc idéalement inclure :

- l'âge, le poids et le score ASA de l'enfant ;
- le statut électif ou urgent de l'intervention ;
- le type de technique anesthésique utilisé : inhalatoire, IV, dispositif supra-glottique, intubation (facile ou difficile), ALR, etc. ;
- les incidents critiques : les complications respiratoires (laryngospasme, bronchospasme, inhalation) cardiovasculaires (hypotension, bradycardie, choc, anaphylaxie) et/ou neurologiques (convulsions, déficits postopératoires) observées,
- les erreurs médicamenteuses reconnues.

## Sources

- [1] <https://sfar.org/organisation-de-lanesthesie-pediatrique/>
- [2] <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000549818> : Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie.
- [3] <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-52/a0523394.htm> : Circulaire DHOS/01/DGS/DGAS n° 2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent.
- [4] Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé adoptée par le Parlement Européen le 13 mai 1986. Circulaire du Secrétariat d'Etat à la Santé de 1999 préconise son application.
- [5] Circulaire DH/EO 3 n° 98-688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie, Circulaire N° 83-24 du 1<sup>er</sup> août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants.
- [6] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28363725>. Habre W et al. Incidence of severe critical events in paediatric anaesthesia (APRICOT): a prospective multicentre observational study in 261 hospitals in Europe. *Lancet Respir Med* 2017; 5:412-425.
- [7] Christensen RE et al. Pediatric perioperative cardiac arrest, death in the off hours : a report from Wake Up Safe, the pediatric quality improvement initiative. *Anesth Analg* 2018; 127: 472-477.
- [8] Zgleszewski S, Graham D, Hickey P, Brustowicz R, Odegard K, Koka R, Seefelder C, Navedo A, Randolph A. Anesthesiologist and System-Related Risk Factors for Risk-Adjusted Pediatric Anesthesia-Related Cardiac Arrest. *Anesth Analg*. 2016 Feb;122(2):482-9.
- [9] Hohn A, Machatschek JN, Franklin J, Padosch SA. Incidence and risk factors of anaesthesia-related perioperative cardiac arrest: A 6-year observational study from a tertiary care university hospital. *Eur J Anaesthesiol*. 2018 Apr;35(4):266-272.
- [10] Auroy Y, Ecoffey C, Messiah A, Rouvier B. Relationship between complications of pediatric anaesthesia and volume of pediatric anaesthetics. *Anesth Analg*. 1997 Jan; 84(1):234-5.



Cette directive reprend les décrets sus-cités et précise les dispositifs spécifiques régionaux (DSR) pédiatriques dont voici un extrait.

Il est prévu pour l'ensemble de la chirurgie pédiatrique, la constitution dans chaque région d'un DSR afin de rendre lisible la filière pédiatrique, d'assurer une animation et une coordination territoriales des acteurs de l'offre de chirurgie pédiatrique.

L'adhésion au DSR est obligatoire pour les établissements souhaitant exercer une activité de chirurgie des enfants. Cette obligation est mentionnée dans les conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de chirurgie, à l'article R. 6123-207 du CSP : « Le titulaire de l'autorisation sous la modalité « chirurgie pédiatrique » adhère au dispositif spécifique régional de chirurgie pédiatrique. »

L'adhésion au DSR est également obligatoire pour les titulaires de l'autorisation de chirurgie adulte réalisant des prises en charge urgentes d'enfants de plus de trois ans (article R. 6123-202, IV, du CSP), pour les pratiques thérapeutiques suivantes :

- chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- chirurgie viscérale et digestive ;
- chirurgie gynécologique et obstétrique à l'exception des actes liés à l'accouchement réalisés au titre de l'activité de soins mentionnée au 3° de l'article R. 6122-25 du CSP ;
- chirurgie urologique.

Les DSR viennent en appui de l'ARS sur ses missions de pilotage territorial de l'offre de chirurgie pédiatrique, en associant l'ensemble des acteurs et des établissements de santé impliqués, en lien avec les autres acteurs et structures en amont et en aval de l'établissement autorisé à réaliser de la chirurgie des enfants.

Ils contribuent à la synergie des groupes de professionnels compétents en chirurgie pédiatrique. Par ailleurs, ils promeuvent la qualité et la coordination des soins auprès des acteurs, le cas échéant en apportant un appui méthodologique et d'expertise, ainsi que la diffusion des bonnes pratiques et le partage d'expertise.

La prise en charge pédiatrique, avec un accueil adapté, dans des locaux permettant une hospitalisation des enfants à temps complet de jour ou de nuit, différenciée de

## DGOS Instruction n° DGOS/R3/2023/125 du 1<sup>er</sup> août 2023

celle des adultes, sans qu'il soit besoin qu'une unité dédiée soit envisagée.

In fine, les DSR permettent une meilleure orientation des jeunes patients, ce qui renforce l'adéquation entre la pathologie et les moyens disponibles et, ainsi, améliorent la sécurité et qualité de la prise en charge.

Les objectifs des DSR pédiatriques sont multiples :

- adapter l'organisation et les articulations entre les établissements prenant en charge des enfants ;
- renforcer les modalités de coopérations et améliorer la fluidité du parcours patient ;
- adapter les capacités des dispositifs de chirurgie pédiatrique ;
- renforcer les actions transversales de qualité et de sécurité des soins ;
- diffuser les bonnes pratiques ;
- aider à la mise en œuvre des nouvelles autorisations et à l'application des décrets ;
- communiquer sur l'offre de chirurgie infantile de la région.

À noter : la création des DSR, à l'article L. 6327-6 du CSP11 dont les missions sont prévues à l'article D. 6327-6 du CSP, fait suite à l'abrogation des dispositions génériques sur les réseaux de santé dans le Code de la santé publique, qui recouvraient les réseaux régionaux et territoriaux prévus dans les textes réglementaires encadrant les activités de soins d'obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale et de traitement du cancer.

Ainsi, les DSR ont permis d'assurer une continuité en termes de support juridique pour les ex-réseaux régionaux en périnatalité (RRP) et en cancérologie (RRC).

*A propos des registres, la directive précise qu'en effet, le titulaire de l'autorisation est soumis à l'obligation de renseigner les registres d'observation des pratiques professionnelles (conçus par la Fédération des spécialités médicales et les conseils nationaux professionnels des spécialités chirurgicales) via une plateforme de données en ligne permettant aux praticiens d'entrer des données prédéfinies comme marques de leur pratique. À partir de la comparaison de ces données, le registre permet d'identifier les bonnes pratiques et peut également permettre de repérer les atypies dans la pratique.*





Benoît MESNARD

## Le Ventoux 2 : l'AFUF aux côtés de l'AFU pour rouler contre le cancer de la prostate

Le 3 juin 2023 avait lieu la deuxième édition du *Ventoux, Roulons contre le cancer de la prostate*. Cet événement sportif avait pour but de sensibiliser le grand public à la santé de l'homme et en particulier à la lutte contre le cancer de la prostate par le prisme du sport. Aux côtés de l'Association Française d'Urologie, des associations de patients et cyclistes sensibilisés à la cause, les membres de l'AFUF ont pu prendre part à cet événement et s'engager pleinement pour cette cause.

L'ascension du mont Ventoux a été pour tous un défi sportif fort mais également l'occasion tout au long de la journée de nous réunir autour d'une même cause. L'engagement de l'ensemble des inscrits souligne l'importance de cet événement et la volonté de donner de l'écho à la lutte contre le cancer de la prostate qui est un enjeu majeur de santé publique.

L'AFUF remercie le vélo club La Pomme et l'ensemble de ses bénévoles pour l'organisation sans faille de cette journée.

Le Ventoux 3 s'annonce pour le 7 septembre 2024, l'AFUF s'engagera de nouveau aux côtés de l'AFU et les membres de l'AFUF auront à cœur de se réunir encore plus nombreux pour rouler contre le cancer de la prostate.

Benoît MESNARD  
Représentant Ouest de l'AFUF



Arthur PEYROTTE

## Soirée-formation sur le cancer du rein

Le 30 mai dernier, s'est tenue à la MUR la deuxième édition de la soirée formation de cancérologie génito-urinaire en partenariat avec l'AERIO, l'Association pour l'Enseignement et la Recherche des Internes en Oncologie. Cette année, la thématique choisie par les jeunes urologues et oncologues s'est portée sur le cancer du rein. Deux invités de marque ont répondu à l'appel, le Pr Arnaud Méjean et le Pr Laurence Albiges. Tous les stades de la maladie ont été abordés : spécificités chirurgicales des tumeurs complexes, place des traitements systémiques en peri-opératoire, optimisation du parcours patient, molécules en première ligne métastatique, tumeurs rares et innovations thérapeutiques... Le duo d'enseignants a captivé un auditoire de plus de cinquante internes sur place et de presque 120 en distanciel sur près de 2h30... du jamais vu !! Le secret ? Un contenu pédagogique de qualité, de l'interactivité et de la convivialité. L'assemblée comprenait des urologues, des oncologues médicaux et des radiothérapeutes, de niveaux différents, allant de la phase socle au clinicat. On aurait même entraperçu un PH... Pour couronner le tout, un buffet était organisé avec l'aide de notre habituel « traiteur » japonais. La

soirée a pu faire salle comble et de nombreux retours positifs ont été exprimés, de la part des internes comme des orateurs.

Au-delà de l'objectif de formation des jeunes urologues, ces événements sont l'occasion de développer des relations étroites avec nos futurs confrères oncologues. Cette dynamique instaurée par nos prédécesseurs permet d'entretenir nos compétences médicales et relationnelles en favorisant l'interdisciplinarité. À l'image de cette initiative, l'AFUF a mis en place des partenariats multiples notamment avec l'Association Nationale des Internes de Gériatrie, avec le Syndicat National des Internes de Néphrologie et bientôt avec l'Association Française des Chirurgiens Pédiatres en Formation, sans pour autant se désinvestir de l'AFU. À ce titre, l'AFUF tient à remercier l'AFU de nous avoir permis d'utiliser la MUR pour cet événement. Cette maison nous rappelle combien il est valorisant d'appartenir à cette belle spécialité qu'est l'urologie.

Prochaine étape... les Rencontres de l'AFUF ! Internes, chefs de cliniques et assistants, nous espérons vous y voir nombreux !!

Arthur PEYROTTE  
Représentant AFUF Île-de-France



Zine-Eddine  
KHENE

## Prédiction de la survie après résection chirurgicale d'un carcinome rénal avec thrombus veineux : développement d'un modèle pronostique multi-omiques

Actuellement en 4<sup>e</sup> année de clinicien, j'ai effectué ma formation en urologie au CHU de Rennes, sous la supervision du Pr Karim Bensalah, où j'ai développé un intérêt particulier pour l'onco-urologie.

Nous avons élaboré un projet de recherche axé sur le développement de modèles prédictifs post-résection chirurgicale d'un cancer du rein à l'aide de l'intelligence artificielle. Ce projet a été réalisé en partenariat avec le service d'urologie du Pr Yair Lotan et de Vitaly Margulis situé à Dallas, à l'Université du Texas.

L'intelligence artificielle, en constante évolution, est au cœur des préoccupations actuelles. L'accroissement de la puissance de calcul des ordinateurs et la disponibilité de larges bases de données ont propulsé l'IA d'une notion de science-fiction à un enjeu scientifique prépondérant.

Ce projet s'inscrit naturellement dans la continuité de mon domaine d'expertise. J'ai acquis, au fil de mon parcours, une solide compétence en informatique, en ingénierie

biomédicale et en développement d'algorithmes d'IA. Mon intérêt pour l'IA remonte à mon Master 2 qui se focalisait sur la capacité de la radiomique à prévoir la complexité chirurgicale des opérations liées au cancer du rein. Mes recherches ultérieures ont abordé la capacité de l'IA à évaluer le pronostic des patients opérés et à prédire la réponse à l'immunothérapie face à une maladie métastatique. Depuis deux ans, je suis inscrit en thèse d'université, mon sujet étant la modélisation des carcinomes rénaux par imagerie multimodale (Laboratoire de traitement du signal et de l'image, Université de Rennes 1, UMR 1099). Au niveau national, je suis membre du comité de cancérologie de l'Association Française d'Urologie, participant activement à divers projets scientifiques et à la rédaction des recommandations françaises sur le cancer du rein.

Le département d'urologie de Dallas est reconnu pour son programme de recherche sur le cancer du rein, l'un des plus dynamiques et ambitieux des États-Unis. Le département d'urologie de *UT Southwestern* se distingue par son leadership en matière de soins aux

*Nous terminons la série 2023 des jeunes urologues prometteurs par trois brillantes présentations des Dr Khene, Mazeaud et Prost. Merci de faire progresser et vivre l'urologie française grâce au soutien institutionnel de l'AFU ! Merci au Professeur Saussine pour la coordination du séminaire Graine et Sol permettant de préparer les projets de recherches pour les futurs Master 2.*

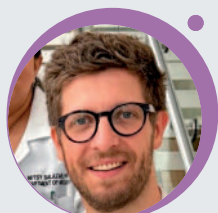
**Julien DEFONTAINES**

patients, de recherche et de formation. Leur expertise, notamment dans les domaines de l'IA, de la radiomique et de la pathomique est exceptionnelle.

En somme, notre projet a le potentiel de révolutionner la pratique clinique. Un modèle pronostique à la fois fiable et rapide faciliterait la sélection des patients pouvant bénéficier d'un traitement adjuvant post-opératoire.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à l'AFU pour son soutien inestimable dans la mise en œuvre de ce projet, qui s'inscrit dans le cadre d'une mobilité internationale. Sa réalisation n'aurait été possible sans l'appui de notre association.

**Zine-Eddine KHENE**

Charles  
MAZEAUD

## Modèles neuro-urologiques de la connectivité fonctionnelle et anatomique de la moelle épinière chez le sujet sain et malade

Je suis PHU depuis septembre 2022 au CHU de Nancy et je reviens tout juste d'une année de mobilité aux USA que j'ai pu effectuer grâce à la bourse AFU 2022.

Mon parcours est celui d'un urologue généraliste avec une valence en neuro-urologie. Je suis engagé dans un parcours hospitalo-universitaire. Après mon internat au CHU de Nancy et avec un M2 en poche, j'ai travaillé dans le service de chirurgie infantile et urologique du Pr Lemelle. J'y ai beaucoup appris

sur l'urologie infantile et la transition. J'ai ensuite intégré l'équipe adulte du service d'Urologie de Nancy comme CCA. C'est là qu'a vraiment démarré mon parcours HU.

En poussant la porte du laboratoire INSERM-IADI (U1254) pour m'inscrire en thèse de science, j'ai découvert une équipe de niveau européen, intéressée par des projets novateurs. Leur domaine d'expertise est l'IRM fonctionnelle (IRMf) cérébrale et cardiaque. L'IRMf en urologie n'existait pas encore. Ma proposition de faire uriner des volontaires

dans une IRM pour enregistrer leur activité cérébrale a initialement suscité une certaine incrédulité.

Ce domaine de recherche, très peu développé en France existe depuis plus de 15 ans dans quelques centres de recherche translationnels européens et à travers le monde. C'est pourquoi, très vite, mes encadrants et mon parrain de CNU m'ont poussé à partir en mobilité dans un centre expert pour acquérir les connaissances nécessaires au développement d'un projet local. Cette piste m'a vite conduit vers les travaux du Dr Rose Khavari, urologue au *Houston Methodist Hospital* (Houston, Texas, USA). J'ai eu la chance d'effectuer une année de *research fellow* dans son département, financée grâce à la bourse mobilité de l'AFU.

Mon projet s'est focalisé sur l'activité en IRMf de la moelle épinière lombosacrée pendant

une tâche spécifique. Uriner dans l'IRM n'était pas le moyen le plus commode pour débiter. La stimulation choisie fut le réflexe bulbo-caverneux (RBC), qui met aussi en jeu les centres de commande sphinctériens. Cependant, en demandant à nos volontaires de se pincer le gland ou le clitoris de manière répétée dans une IRM pour déclencher une contraction musculaire réflexe, on risquait de ne pas attirer les foules...

Grâce aux travaux du Pr Amarenco sur le sujet, nous sommes parvenus à créer un gros marteau reflexe compatible avec l'IRM pour réaliser une percussion vésicale sus-pubienne, représentant un substitut acceptable pour la stimulation du RBC. Cette conception a fait l'objet d'une déclaration en propriété intellectuelle et le protocole de percussion abdominale d'un article dédié.

Nous avons ensuite inclus au cours de l'année 17 sujets sains dans l'IRM du *Methodist Hospital*. Il a fallu apprendre et se plonger dans les différentes étapes de débruitages, suppression des artefacts de mouvements et coregistration pour pouvoir analyser le signal IRMf « *Bold* », considéré comme le reflet de l'activité neuronale *in vivo*. Ce projet était risqué et nous n'étions pas certains d'identifier la moindre activité significative dans la moelle.

Quelle joie immense l'équipe a ressenti lorsque les premières cartes d'activations ont montré des zones médullaires s'allumer au cours de la stimulation du RBC. Ça marche ! Il était possible de monitorer la moelle lombosacrée au cours d'une stimulation externe périnéale.

Oui mais dans quel but ? De nombreuses applications sont possibles. Par exemple, mieux comprendre certains dysfonctionnements lors d'atteintes neurologiques ou améliorer la conception d'appareil de neuromodulation médullaire.

Désormais de retour en France, nous entamons un projet nancéen qui inclura une cohorte de sujets sains pour reproduire l'expérience associée à un groupe de patients SEP avec symptômes urinaires. La perspective d'avoir de nouveaux résultats est très stimulante.

Je souhaite remercier mes mentors en France et aux USA, qui ont cru en ce projet. L'aventure ne fait que commencer, merci à l'AFU d'avoir rendu cela possible !

Charles MAZEAUD



Doriane PROST

## Projet PLASMURO : mise au point et validation clinique de l'hyperméthylation de l'ADN tumoral circulant comme biomarqueur des tumeurs urothéliales

Je suis inscrite au DES d'Urologie à Paris depuis 2018. J'ai fini mon 8<sup>e</sup> semestre d'urologie et je suis actuellement en année de Master 2 de Sciences Chirurgicales. Ancienne externe de la Pitié-Salpêtrière, j'ai été attirée par l'urologie par la grande diversité de la discipline et par l'activité de l'Association Française d'Urologie, son engagement avec l'AFUF et l'ECU dans la formation et l'encadrement des jeunes urologues. Je remercie l'AFU de soutenir mon projet de recherche de Master 2 par la Bourse de l'AFU, et URO-Jonction de me donner la parole pour présenter ce projet.

Mon domaine de prédilection en urologie est l'oncologie et, plus particulièrement, le domaine des tumeurs urothéliales, raison pour laquelle je me suis inscrite au DU d'Oncologie Génito-Urinaire en 2021. Désirant participer à la recherche dans ce domaine, j'ai rejoint dans le cadre de mon Master 2 le projet PLASMURO, qui est encadré par le Dr François AUDENET (MCU-PH à l'Hôpital Européen Georges Pompidou) depuis 3 ans.

Le projet PLASMURO, mené au Centre de Recherche des Cordeliers à Paris, a pour but l'identification de nouveaux biomarqueurs pronostiques basés sur l'hyperméthylation de l'ADN tumoral circulant (ADNtc) plasmatique et urinaire dans les tumeurs urothéliales.

Les tumeurs de vessie infiltrant le muscle ont un pronostic péjoratif et un fort potentiel d'évolution métastatique. Il n'existe à ce jour pas de biomarqueur utilisé en pratique courante permettant une stratification précoce du risque oncologique. Ces dernières années, l'ADNtc a pris une place considérable dans la recherche en oncologie et s'est révélé être un biomarqueur pronostique dans de nombreux cancers. Le développement de tels biomarqueurs est limité par l'hétérogénéité des mutations génétiques retrouvées dans les tumeurs de vessie. Nous nous sommes donc intéressés aux modifications épigénétiques associées au développement de ces tumeurs : l'hyperméthylation de gènes suppresseurs de tumeurs est un marqueur précoce de carcinogénèse qui pourrait permettre de détecter l'ADNtc plus précocement et avec une meilleure sensibilité.

Nous avons d'abord identifié des positions de méthylation associées aux tumeurs urothéliales : une analyse bio-informatique, réalisée sur des centaines de fichiers de méthylation provenant des données numériques du TCGA (*The Cancer Genome Atlas*) a permis de sélectionner 3 séquences promotrices d'intérêt, identifiant les tumeurs urothéliales avec une discrimination proche de 100 %. Nous avons ensuite mis au point un test combiné par PCR digitale permettant de dé-

tecter ces 3 séquences avec une grande sensibilité. Mon travail au sein de PLASMURO consiste à tester ce biomarqueur sur des échantillons recueillis dans le cadre de soins courants d'une cohorte monocentrique de patients pris en charge pour une tumeur urothéliale (TVIM ou TVES). Il s'agit d'extraire l'ADN libre des échantillons, de convertir l'information épigénétique en information génétique et de rechercher spécifiquement nos marqueurs par PCR digitale. Les résultats préliminaires montrent que la détection des marqueurs dans le plasma est associée au stade tumoral et à un pronostic péjoratif tant en survie sans récurrence qu'en survie globale. Dans les urines, nos marqueurs sont détectés chez 89 % des patients avant traitement et leur concentration est associée au stade tumoral et au risque de récurrence.

Nous avons mis au point un test permettant de détecter facilement des biomarqueurs d'intérêt à partir de l'ADN tumoral circulant plasmatique et urinaire des patients atteints de tumeur urothéliale, sans nécessité de séquençage préalable. De prochaines analyses sur une cohorte de validation permettront d'évaluer son intérêt pour prédire la réponse histologique au traitement néoadjuvant et identifier précocement les récurrences.

Doriane PROST



Gaëlle FIARD

# 3 juin 2023 : on a roulé contre le cancer de la prostate

**P**oint d'orgue de la campagne #RoulonsContreLeCancer, la seconde édition de l'ascension du Mont Ventoux s'est déroulée le 3 juin dernier, et a réuni 450 participants – urologues, patients et leur entourage, partenaires, grand public – tous mobilisés pour démontrer par l'exemple l'importance du sport dans la lutte contre le cancer de la prostate. Un événement que le comité de rédaction d'Urojonction ne pouvait pas manquer !

### 6h – Réveil matinal et départ pour Bédoin

C'est l'heure d'un petit déjeuner rapide à l'hôtel avant de rejoindre le départ de la course à Bédoin. Très bonne surprise de partager celui-ci avec Bernard Hinault, qui partage ses souvenirs de course (si, si, on profite des paysages – souvent, pas toujours), son plaisir de revenir une nouvelle fois au Mont Ventoux et, surtout, de précieux conseils pour les cyclistes les moins assidus ; comment gérer sa montée, le freinage en descente, la tenue vestimentaire... De quoi gagner en confiance à quelques heures de franchir la ligne de départ !

### 7h30 – Récupération des vélos et arrivée au centre Les Florans

L'arrivée à Bédoin et aux loueurs de vélo plante le décor : partout des vélos réservés au nom de l'AFU, vélos à assistance électrique pour les plus modernes, ou vélos classiques pour les plus traditionnels, il y en aura pour tous ceux qui avaient réservé. Les loueurs équiperont tout le monde, puis prennent le temps de détailler le fonctionnement des vélos à assistance électrique, tous munis par défaut de 2 batteries afin de pallier à toute éventualité. De partout, les voitures affluent et les cyclistes commencent à se regrouper autour du centre de vacances Les Florans, centre névralgique de l'événement et point de départ de l'aventure.

Il est enfin l'heure de récupérer dossards, bidons et l'incontournable maillot bleu aux couleurs de l'AFU ! L'ambiance est festive, les préparatifs se déroulent dans la bonne humeur autour de la prostate géante installée pour l'occasion, partagés entre l'excitation et la joie de retrouver les collègues de toute la France, de partager ce moment hors du temps avec patients, famille et partenaires, et une petite pointe d'appréhension devant le défi qui s'annonce...



## 9h – Show time !

Après les derniers préparatifs, vérification du matériel, remplissage des gourdes et des estomacs, le moment du départ approche... quelques mots d'introduction permettant de rappeler l'historique de l'événement, le rationnel du sport dans la prise en charge du cancer et de mettre en avant l'équipe d'organisation, les sociétés savantes représentées et bien sûr le club cycliste de la Pomme, organisateur de l'événement. Il est l'heure de se placer sur la ligne de départ, derrière Bernard Hinault parrain de l'événement cette année encore vêtu du maillot jaune AFU. C'est parti ! Les premiers kilomètres sont facilement avalés dans la bonne humeur, on fait connaissance avec ses voisins de peloton, les kilomètres défilent sous le ciel bleu (pour l'instant...) au milieu des genêts qui parfument la campagne encore verte à cette saison.

## 9h30 – On passe aux choses sérieuses

On arrive rapidement au fameux virage de Saint Estève qui marque le début des hostilités. Les bénévoles du club annoncent la couleur « *vous partez pour 10 km à 10 % !* ». Effectivement, la pente se fait rapidement sentir, à mesure que la route serpente dans la forêt et s'élève en direction du sommet du Ventoux, qui n'est toujours pas visible ! Les cyclistes avec assistance électrique scrutent leur jauge avec insistance – les kilomètres défilent plus vite que les kilomètres parcourus dans ces pentes abruptes – alors que ceux montant à la force du mollet commencent à faire chauffer les muscles jusque-là peu sollicités. On croise de drôles d'équipées : vélo élliptique, tandems, toutes avec le sourire jusqu'aux oreilles et la volonté d'en découdre, l'ambiance dans ce peloton bigarré est au beau fixe malgré la difficulté du parcours, aidée par la beauté du paysage et la fraîcheur offerte par les arbres qui bordent le parcours.

## 10h30 (selon les participants – pour des raisons de confidentialité, les heures réelles ne seront pas communiquées ici) – Ravitaillement au Chalet Reynard

Bien aidé(e)s par l'ambiance sportive, les encouragements du public et un soupçon d'émulation, les difficultés sont avalées dans la bonne humeur, avec finalement peu de souffrance, malgré les premières crampes qui commencent à arriver chez certains et les jambes qui commencent à durcir. Enfin, la récompense est au bout du tournant, avec



l'arrivée au Chalet Reynard, son (bref) replat, et son ravitaillement ! Le buffet est bien fourni, les visages sont un peu plus marqués mais toujours souriants, les gourdes se remplissent de boissons énergétiques, et ça repart ! les bénévoles annoncent la couleur : « *vous avez fait le plus dur physiquement, maintenant vous commencez le plus dur mentalement* ». Le mental ? Quel(le) urologue n'en a pas ? C'est reparti pour 6 km jusqu'à l'arrivée, dans une ambiance maintenant hivernale avec l'arrivée des premiers nuages qui accompagnent la montée en créant une ambiance féérique dans ce paysage maintenant désertique, presque lunaire. Le froid s'installe petit à petit, accompagnant nos derniers efforts jusqu'en haut, alors que de derniers coups de pédale nous permettent, au détour d'un dernier virage, de voir apparaître le sommet du Mont Ventoux. Nous y sommes ! 1910 mètres, le temps de prendre quelques photos, de rajouter une petite couche contre le vent, et de rejoindre

en contrebas le second ravitaillement avant d'attaquer la descente.

## Quelque part avant midi (on ne sait plus trop, le temps passe vite quand on s'éclate !) – la descente

Après un petit remontant, il est temps de s'attaquer à la partie la plus redoutée par les cyclistes amateurs : la descente ! Et celle-ci, il faut l'avouer, ne décevra pas, débutée sous la pluie, poursuivie sous la grêle, et achevée sous le soleil, un éventail de conditions permettant de se préparer à toute aventure cycliste future réservée aux cyclistes ayant su faire durer l'aventure, alors que les plus rapides sont en train de continuer d'explorer les magnifiques dentelles de Montmirail sur le circuit long, voire déjà attablés avec une médaille autour du cou ! Pour les autres, le circuit se poursuit par un petit ressaut par le Col de la Madeleine, facilement avalé après avoir gravi le géant de Provence !

#### L'arrivée, déjà...

Bédoïn et le centre des Florans sont rapidement en vue, ainsi que la ligne d'arrivée où les participants sont accueillis en fanfare, sous les applaudissements et se voient remettre la médaille du *finisher* et un badge à épingle à sa blouse en témoignage de cette aventure urologique partagée avec le grand public autour de cette cause commune qu'est le cancer de la prostate. Vient le temps du repas et du débriefing de l'épreuve avec collègues, patients, famille et amis présents, un moment hors du temps dans cet état un peu second que seules le mélange d'endorphines et de sueur (et de bière du Ventoux) peut procurer...ainsi qu'une furieuse envie de recommencer !

#### Best-of 2023

De cette journée, je retiendrai : la formidable cohésion entre membres de l'AFU, amis et famille, le partage de cet événement avec Alexandra et Marianne, toujours présentes et fidèles au poste, la gentillesse des bénévoles et leurs conseils tout au long de l'ascension, le soutien et les encouragements du public, de belles rencontres avec des patients venus mettre leur maladie entre parenthèses (parfois à des stades très avancés) le temps de vivre à nos côtés cette aventure sportive, le partage de trucs et astuces et bons plans matériel avec cyclistes de tous âges, la joie de partager ce moment avec mes collègues grenoblois venus de tous les établissements publics ou privés, internes, assistants, urologues installés, et des collègues de toute l'Europe.

#### Ils ont roulé avec nous... à Chicago !

« Petit » conflit d'agenda, l'ascension du Ventoux se déroulait cette année en même temps que le congrès de l'ASCO à Chicago. L'occa-

sion d'exporter le concept outre-Atlantique, avec une belle équipe d'urologues et d'oncologues médicaux qui ont porté fièrement le maillot AFU - Roulons contre le cancer de la prostate, à vélo bien sûr, et jusque dans le McCormick Place Convention Center.

#### On remet ça ?

Oui ! Et la date est déjà fixée : ce sera le samedi 7 septembre 2024. Date à noter impérativement dans vos agendas, pour ceux qui ont déjà participé et ne rateraient l'événement sous aucun prétexte, ou celles et ceux à qui ce récit aura donné des idées ! Septembre 2024, cela laisse tout juste un an d'entraînement pour ceux que l'aventure dans sa version la plus sportive intéresse, ou se renseigner sur le fonctionnement de l'assistance électrique pour les moins affûtés qui préféreraient profiter jusqu'au dernier moment.

Gaëlle FIARD



**Ventoux 3**  
**Samedi 7 septembre 2024**  
**Save the date !**

*L'aventure cycliste #RoulonsContreLeCancer revient en 2024, avec une nouvelle ascension du Mont Ventoux, dont les modalités sont encore à préciser mais vous pouvez encore à préciser mais vous pouvez d'ores et déjà noter la date : ce sera le samedi 7 septembre 2024. N'hésitez pas à partager cette date avec votre entourage, collègues et patients !*





Alexandre  
CORBEL



Romain  
MATHIEU

## Activité physique adaptée (APA) : mode d'emploi

L'activité physique adaptée (APA) est désormais un soin de support incontournable dans la prise en charge des cancers, notamment urologiques (Emilio *et al.*, 2019), mais également pour différentes pathologies chroniques. Reconnue pour ses nombreux bienfaits, physiques ou bien encore psychosociaux, l'APA est inscrite dans plusieurs plans nationaux (e.g., Programme National Nutrition Santé 2017–2021, Plan cancer 2014–2019). Elle doit être considérée comme un outil thérapeutique à part entière et son intégration au sein de nos parcours de soins est donc primordiale ! Alors, l'APA pour qui, pourquoi, comment ? On vous répond !

### L'APA c'est quoi ?

L'activité physique (AP), ce n'est pas (que) le sport ! En effet, l'AP est définie comme « *tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense énergétique par rapport à la dépense énergétique de repos* » (Caspersen, 1985). L'AP est donc omniprésente dans la vie quotidienne de tout un chacun : elle peut être liée à de multiples domaines tels que les transports (déplacements actifs, déplacements pour se rendre sur le lieu de travail, etc.), les activités domestiques (travaux de bricolage, d'entretien domestique, etc.), les activités professionnelles ou les loisirs (activités pratiquées pendant les temps de loisirs incluant les sports et les exercices physiques). L'APA, c'est adapter ces activités aux capacités de la personne dans un objectif de prévention, de rééducation ou bien encore de réadaptation. C'est donc le moyen de mettre en mouvement des personnes qui, en raison de leur état physique, mental ou social, ne peuvent pratiquer une activité physique dans des conditions normales ou habituelles. Elle s'adresse ainsi à des personnes souffrant de pathologies connues mais peut aussi être proposée dans un but de prévention afin de prévenir l'apparition de futures pathologies.

### L'APA, pourquoi ?

L'annonce de la maladie, la maladie elle-même, la mise en place et les effets secondaires des traitements, s'accompagnent volontiers d'une diminution de l'AP. Un cercle vicieux de déconditionnement se met alors en place, facteur d'aggravation de la maladie et de son pronostic (Shachar *et al.*, 2016). Ce déconditionnement à l'effort s'accompagne d'une augmentation de la fatigue et de troubles psycho-sociaux, notamment en cas de cancer. Les bienfaits de l'APA sont donc multiples selon la littérature. La pratique régulière d'une APA permet non seulement de diminuer la fatigue liée au cancer mais également de regagner en masse musculaire, en endurance, en force et en équilibre (Gardner *et al.*, 2014). Sa pratique permet notamment aux patients de reprendre confiance en leurs capacités, de se réapproprier leur corps et de mieux supporter les différents traitements pouvant être mis en place. En effet, il n'est pas rare que les patients développent une peur du mouvement au fur et à mesure de leur parcours de soin. L'APA permettra ici de lever ces différentes barrières afin que les patients puissent re-

prendre goût au mouvement. Un programme d'APA contribue également à réduire le stress lié à la maladie tout en améliorant les fonctions sexuelles et cognitives des patients. La pratique d'une APA en groupe permet également aux patients de recréer du lien social, d'échanger et de partager leurs expériences. D'une manière générale, l'APA aboutit donc à une amélioration de la qualité de vie des patients.

### L'APA, comment ?

Les programmes proposés dans les différentes études concernant l'APA varient et il n'existe à ce jour aucun programme type en termes de fréquence, intensité, type d'activité et temps de maintien de l'activité optimale. Il est cependant possible d'utiliser les recommandations nationales en matière d'AP, à savoir pratiquer au moins 150 minutes d'activité d'endurance à intensité modérée ou 75 minutes à intensité soutenue, ou une combinaison équivalente des deux. Il est également nécessaire de réaliser des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires à raison de deux fois par semaine (tableau 1).



Type d'exercice	Axe développé	Fréquence hebdomadaire	Exemple de séance
<b>Aérobic</b>	Capacités cardiorespiratoire	5 à 7 fois	30 min (ou 3 × 10 min) de marche, de vélo
<b>Résistance</b>	Fonctions musculaires	Au moins 2 fois	8-10 exercices <sup>a</sup> de renforcement musculaire avec 2-3 séries de : 8-10 répétitions courtes ou 2-3 répétitions de contraction isométrique (60 à 90 sec)
<b>Etirements</b>	Assouplissement articulaire	Au moins 2 fois	8-10 exercices <sup>a</sup> d'étirements dynamiques (10 à 30 sec) ou passifs (> 30 sec)
<b>Proprioception</b>	Maintien de l'équilibre	Au moins 2 fois (surtout si > 65 ans)	Selon les besoins, exercices sur sol stable/ instable, avec/sans matériel
<b>Impact<sup>b</sup></b>	Fonctions osseuses	Au moins 4 fois	2-4 exercices avec 2-3 séries de 10-20 répétitions soit 50-100 sauts

a : Ciblent les principaux groupes musculaires, en particulier les muscles des membres inférieurs et de la région abdomino-dorsale.

b : Il est recommandé de réaliser des exercices de résistance préalable pour ceux qui ont une faible force musculaire et/ou une fonction musculaire faible avant de commencer certaines activités d'impact.

### Comité de rédaction d'UROjonction

#### Rédactrice en chef :

Priscilla LEON  
bertrandpriscilla@yahoo.fr

#### Secrétaires de rédaction :

Olivier ALENDA  
olivier.alenda@hotmail.fr

Stéphane BART  
stephane.bart@ght-novo.fr

Julien DEFONTAINES  
julien.defontaines@gmail.com

Gaëlle FIARD  
gaellef@gmail.com

Blandine TAMARELLE  
Blandine.tamarelle@gmail.com

#### Coordination générale :

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

#### Courrier à adresser à :

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

#### Mise en page :

Accent Aigu  
accent-aigu@wanadoo.fr

Tableau 1. Recommandations de pratique de l'activité physique pour les patients atteints de cancer de la prostate (Veni et al., Progrès en urologie, 2019)

D'une manière plus globale, la pratique d'une APA doit permettre de développer quatre qualités :

- la **capacité cardiorespiratoire** : marche, vélo et autres activités d'endurance ;
- la **capacité musculaire** : gym douce, musculation, pilate ;
- l'**assouplissement articulaire** : pilate, yoga, stretching ;
- l'**équilibre** : parcours moteurs, qi gong.

#### L'APA, où ça ?

Il est désormais possible pour les médecins de prescrire de l'APA dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD). Il faut alors diriger les patients vers des associations (e.g. ligue contre le cancer), des structures labellisées (Maison Sport Santé par exemple) ou directement vers des professionnels de l'APA. Les enseignants en APA sont des professionnels qualifiés pour intervenir dans ce domaine. Ils possèdent une licence ou un master dans le domaine de l'APA (parcours universitaire STAPS : sciences et techniques des activités physiques et sportives). Ces en-

seignants peuvent également intervenir dans les établissements de soins. Aujourd'hui, les programmes d'APA ne bénéficient pas d'un remboursement de l'Assurance Maladie, néanmoins, certaines mutuelles proposent des remboursements pouvant atteindre 500 €. Il est donc vivement conseillé aux patients en ALD de contacter leur mutuelle afin de connaître leurs droits et connaître les structures et professionnels en mesure de les accueillir afin de leur proposer le programme d'APA qui leur convient.

Alexandre CORBEL  
Enseignant APA, CHU de Rennes  
Romain MATHIEU  
Urologue, CHU de Rennes



# Hommage au Professeur Christian Chatelain (1931-2023)

Le Pr Christian Chatelain est décédé dans sa 92<sup>e</sup> année, le 26 juin 2023, à Paris. Pour toutes les personnes qui ont travaillé à la Pitié-Salpêtrière, le nom de Christian Chatelain évoque un chef de service apprécié, un chirurgien urologue brillant et efficace, un collègue chaleureux et bienveillant, un patron proche de ses assistants et de ses internes, un médecin connaissant chacune de ses infirmières, accessible à tous et surtout attentif aux patients.

Il est arrivé au Pavillon Gaston Cordier en 1972, officiellement en octobre avec le Pr René Küss, dont il était l'agrégé, à l'occasion de la création du service de la clinique urologique du CHU. En fait, depuis plusieurs mois, il venait sur place « surveiller », avec l'aide d'Alain Jardin, la bonne exécution des plans du futur service. A partir de l'été 1972 les patients opérés à l'hôpital St Louis, dans le service d'urologie qui allait fermer, passaient la période postopératoire dans le pavillon Gaston Cordier de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Il y créa aussi un secteur d'urologie pédiatrique au 4<sup>e</sup> étage et organisa la prise en charge urologique opératoire des traumatisés neurologiques venant de l'Hôpital Raymond Poincaré à Garches.

Avant son arrivée à la Pitié-Salpêtrière et le choix du plein-temps, le Pr Christian Chatelain, une fois l'internat (AIHP promotion 1962) – entrecoupé d'une année au Canada – et le clinat effectués, avait exercé une triple activité : hospitalière, en urologie adulte à St Louis avec René Küss, en chirurgie pédiatrique à l'hôpital Bretonneau avec Marcel Bourreau, et libérale en clinique comme l'autorisait le mi-temps hospitalier de l'époque. Ces activités lui donnèrent une expérience considérable et l'amènèrent naturellement à s'impliquer dans deux des thématiques innovantes des années soixante : la greffe rénale et la chirurgie reconstructrice de la voie excrétrice urinaire après séquelles tuberculeuses. Sa notoriété européenne et internationale s'amplifia avec ses travaux sur la bilharziose urogénitale et sur les trauma-

tismes rénaux effectués à la Pitié-Salpêtrière à partir de 1972.

En 1983, Christian Chatelain succède à René Küss au pavillon Gaston Cordier et dirige le service pendant 14 ans (1983-1997). L'importance et la qualité de ses activités cliniques et opératoires sont évidentes à la lecture de ses « titres et travaux ». Sa capacité à déléguer en tant que chef de service et la confiance qu'il avait dans ses collaborateurs doivent être soulignées. C'est ainsi qu'il créa l'une des équipes urologiques françaises les plus renommées et qu'il en partagera l'organisation et la direction, sans jamais aucune discorde, avec celui qu'il avait fait revenir dans le service pour ultérieurement lui succéder, François Richard. L'innovation et la transmission l'ont toujours intéressé comme en témoigne son implication dans la publication des *Séminaires d'Uro-Néphrologie de la Pitié-Salpêtrière* (les SUN) qu'il dirigea de 1984 à 1997 avec le Pr Marcel Legrain puis le Pr Claude Jacobs (service de Néphrologie) ou son rôle avec Saad Khoury à partir de 1991 dans les *Consultations Internationales d'Urologie* organisées avec l'Association Nord-américaine d'urologie (ICUD). Ces consultations, d'une forme unique, sont aujourd'hui la référence internationale de la spécialité pour bâtir un état de l'art quadriennal selon les thématiques. On retiendra en particulier les conférences quadri-annuelles sur l'incontinence, désormais publiées par l'ICS dont la première eut lieu en 1998 à Monaco et dont il fut à l'initiative discrète (*International Consultation on Incontinence*).

Sur le plan administratif national, il a été le président de la commission nationale d'appel de qualification en urologie au Conseil National de l'Ordre des Médecins, il a favorisé le regroupement entre le syndicat des urologues universitaires et celui des libéraux et a été élu président du Syndicat National des Chirurgiens Urologues Français (SNCUF) de 1987 à 1993, il a présidé le 84<sup>e</sup> Congrès Français d'Urologie (1990) et le 98<sup>e</sup> Congrès de Chirurgie de l'AFC (1996). Il a obtenu la pre-



mière Médaille « Felix Guyon » (1996) de l'Association Française d'Urologie. Il a participé avec constance à l'ensemble des Congrès Français d'Urologie et sa présence était particulièrement appréciée de ses collègues au déjeuner annuel des Sages de l'AFU qui réunit chaque année les anciens responsables de la spécialité.

À 65 ans, Christian Chatelain, remplacé à la chefferie du service par François Richard, a poursuivi son activité clinique en tant que consultant pendant 3 ans et a été chargé d'un rapport global sur les activités cancérologiques de la Pitié-Salpêtrière.

La liste de ses élèves est majeure. Le service dont il a procédé à la création a fêté ses 50 ans en 2022 et recensé plus de 110 urologues formés par un post-internat à la Pitié-Salpêtrière. Il en était fier et attachait une grande importance à cette notion de filiation.

Il était Chevalier de la Légion d'Honneur depuis 1998. Il devint Président de l'Académie Nationale de Chirurgie en 2005. Il recevra en 2007 le *Distinguished Career Award* de la Société internationale d'urologie lors du congrès de son centenaire à Paris sous la présidence de Richard Fourcade. Enfin, après avoir présidé pendant 4 ans la 2<sup>e</sup> division, il devient Président de l'Académie Nationale de Médecine en 2018.

Emmanuel CHARTIER-KASTLER  
François RICHARD



## In memoriam Daniel Grasset (1929-2023)

### Daniel Grasset : un destin montpellierain

Le mardi 1<sup>er</sup> août 2023 a marqué la fin d'une histoire qui prendrait 5 vies à un être humain normal pour être contée. Successeur d'un empereur local de la construction, Daniel Grasset aura été le maître d'œuvre de ce récit.

Il apprit l'urologie auprès d'Eugène Truc auquel il succéda, mais aussi avec la complicité chirurgicale de Jean Cibert de Lyon et de Roger Couvelaire de Paris qui le conduisit à l'agrégation à 33 ans. Il reprendra le service d'Urologie et en guidera la mue, ce dont il était très fier, depuis l'historique hôpital Saint Charles vers l'ensemble actuel comprenant l'Hôpital Lapeyronie dont il avait choisi le nom. Il se délectait de rapporter tous les détails de la conception jusqu'à la construction débutant par la pose de la première pierre en compagnie de Simone Veil dont la photo trônait fièrement dans son bureau. Dans son service, premier arrivé, dernier parti, il développa, dès les années 1970, la pédiatrie, le neuro-urologie, à l'heure des balbutiements de la LEC et de la transplantation rénale.

Le personnel de l'époque gardera le souvenir d'un acharné du travail, à la main de fer, mais sachant valoriser l'individu quelle que soit son échelle dans le projet de soins du patient.

Lorsque j'étais un jeune Interne en Chirurgie avec la vocation de l'Urologie, dès le début de l'Internat, j'avais été frappé de la bienveillance de Daniel Grasset qui avait à cœur de promettre à chacun de ses élèves un clinicat et un avenir ! On rentrait dans la famille de l'Urologie Montpellieraine, avec son histoire

spécifique, un esprit d'équipe très marqué et une formation chirurgicale avec un compagnonnage exceptionnel par tous les Urologues du service (Jacques Guiter, François Iborra, Michel Averous, Xavier Rebillard, Maxime Robert et bien d'autres...) et l'humour au quotidien ne lui faisait pas peur.

Daniel Grasset pris aussi sa part dans la vie communautaire urologique française.

Secrétaire général de l'AFU pendant de nombreuses années et Vice-Président de 1987 à 1989, d'où sa grande connaissance du terrain urologique de cette époque, il ne manquait jamais d'anecdotes concernant ses pairs et leurs écoles aux quatre coins de la France. Il fut également Président de la Société Française d'Urologie et son apothéose avec la présidence du Congrès de l'AFU en 1986. Il sera également Président de la Conférence Nationale des Académies regroupant toutes les Académies de province.

S'il n'avait pas été médecin, Daniel Grasset aurait été marin (amiral s'entend !) ou architecte. C'est parce qu'il avait ces deux qualités qu'il a pu mener son service où il voulait tout en ménageant l'équipage et bâtir une école dont les nombreux élèves sont fiers de l'appartenance.

Il prend sa retraite en 2000, mais il continua de faire bénéficier le tissu montpellierain de son réseau et s'impliqua dans l'Académie des Sciences et des Lettres de Montpellier ou il côtoiera un de ses anciens élèves, Etienne Cuenant, responsable de l'histoire de l'Urologie pour l'AFU, mais son identité médicale ne l'empêcha pas de briller dans ses présentations hors du spectre de l'Urologie, notamment concernant sa passion de la Marine.

La sphère personnelle répondait aux mêmes codes, en faisant émerger sa résidence des Gardies, le chalet des Pyrénées Orientales où il réunira jusqu'à il y a peu les différentes générations de sa famille. Sa femme

Jacqueline l'a épaulé dans la construction de cette vie bien remplie et est toujours soutenue par leurs 6 filles (Béatrice, Catherine, Françoise, Irène, Isabelle et Marie-Christine), leurs petits- et arrière-petits-enfants. Malgré un rythme à la hauteur de ses multiples fonctions, il a su trouver le temps d'accompagner chacun d'entre eux avec bienveillance en leur partageant sa vision du monde et les conseillant dans la prise des décisions importantes de la construction d'une vie. L'équilibre intérieur était certainement la clé de son implication et il a su adapter sa soupape à l'évolution de sa santé quittant l'aéromodélisme pour son pendant automobile en gardant un lien très profond avec la nature.

Fidèles à l'esprit qu'il leur a insufflé, ses élèves et sa famille continueront à construire sans jamais négliger leurs valeurs pour entretenir l'esprit de bâtisseur qui le caractérisait.

L'AFU reconnaissante présente à sa famille ses sincères condoléances.

Etienne CUENANT, Antoine FAIX  
Thibaut MUREZ



22-25 NOVEMBRE 2023  
PARIS, FRANCE  
PALAIS DES CONGRÈS

[www.cfu-congres.com](http://www.cfu-congres.com)

Inscrivez-vous  
sur : [https://  
cfu-congres.com/](https://cfu-congres.com/)

# 117<sup>e</sup> CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

**AFU** ASSOCIATION  
FRANÇAISE  
D'UROLOGIE  
[www.urofrance.org](http://www.urofrance.org)

Connectez-vous !



@AFUrologie

#CFU2023