

Éditorial

- *Présider le Congrès Français d'Urologie : un privilège !* 2
Michel SOULIÉ

Dossier - 117^e CFU

- *117^e Congrès Français d'Urologie* 3
Blandine TAMARELLE
- *Le comité d'organisation du 117^e CFU* 5
- *Session AUDE, venez nombreux !* 6
Charlotte METHORST
- *Les symposiums du congrès* 7
- *GénérationS AFU : VOTRE nouvelle Soirée* 8
Nadia ABID, Gaëlle FIARD, Benjamin PRADÈRE
- *Place des patients et de leurs associations dans l'AFU* 9
Alexandre de la TAILLE
- *Journée Patients CFU 2023* 9
Julien BRANCHEREAU

European urologists' champions league

- *Urologists in Europe* 11
Maurice MICHEL, Jürgen GSCHWEND, Susanne KREGÉ

JEAU

- *Retour sur les JEAU 2023* 12
Nadia ABID, Christophe VALIGNAT

En direct du CA

- *Retour sur la réunion du CA du 1^{er} septembre à la MUR* 13
Gaëlle FIARD

Ces métiers en lien avec l'urologie...

- *La médecine nucléaire* 15
Gaëlle FIARD, Loïc DJAILEB
- *L'ophtalmologie - Traitements urologiques et effets secondaires ophtalmologiques* 17
Julie GUEUDRY

Sommaire

SNCUF

- *À qui peut-on donner les codes CCAM ?* 19
Didier LEGEAIS

Soins et méditation

- *Méditation de pleine conscience en santé* 21
Stéphane BART, Corinne ISNARD BAGNIS

Dans les coulisses du club robotique

- *Tour d'horizon de l'offre robotique en 2023* 23
Olivier ALENDA

Prévoyance

- *Intérêt d'une prévoyance* 26
Guillaume MARIE

Billet littéraire

- *Deux textes courts d'Henri Mondor et Georges Pérec* 28
François RICHARD

Histoire de l'urologie française

- *L'urologie à Strasbourg* 29
Christian SAUSSINE

FAX AFUF

- *Congrès Onco-Urovar 2023 • Rencontres de l'AFUF 2023* ... 31
William BERCHICHE, Denis SÉGUIER
- *Laissez-nous vous présenter FRACT'AFUF* 32
Arthur PEYROTTE

SUC 2024

- *Séminaires d'Urologie Continue 2024, inscrivez-vous !* 32



Michel SOULIÉ
Président
du 117^e CFU

Présider le Congrès Français d'Urologie : un privilège !

Avoir le privilège de Présider le Congrès annuel de l'AFU se savoure tel un mets ou un breuvage d'exception. Avec l'avantage que ce moment solennel se prépare 2 ans à l'avance, se poursuit pendant les quatre jours du Congrès puis reste fixé dans la mémoire du temps.

Autant dire que l'honneur que m'a fait le Conseil d'Administration de l'AFU en 2021 est immense et crée une longue période de bonheur intime qui occasionne une introspection fouillée sur la vie et la carrière. Je suis très heureux d'avoir été élu par les Membres du CA et le ressens comme une grande reconnaissance des années d'engagement au service de l'AFU et de la communauté urologique.

Ma génération a vécu à l'heure du bénévolat dans la plupart des tâches nobles qui nous étaient proposées, rendant celles-ci encore plus appréciables. Ainsi, j'ai vécu 25 ans dans le sérail des Comités, majoritairement au CCAFU, et des Conseils d'Administration avec l'impression au final d'une vie presque familiale partagée avec des personnes différentes et attachantes. Les Présidents se sont succédés avec leur projet personnel fondu dans l'intérêt collectif, intégrant toujours l'avis du CA qui reste décisionnaire. L'AFU n'a cessé de grandir autour des adaptations technologiques, scientifiques, organisationnelles notamment en politique de santé pour rester un exemple de société savante évoluée, moderne et réactive à l'actualité.

Nous avons beaucoup de chance d'en être là, unis et solidaires, en ayant évité la scission de l'AFU en petits groupes ou en sections, comme cela existe dans d'autres disciplines ou dans d'autres pays. Nous le devons à nos responsables qui ont su avancer dans le droit chemin au fil des mandatures en maintenant un esprit œcuménique et ce lien si intense qui s'expriment chaque année lors du Congrès que nous apprécions tous.

Je vous retrouverai bientôt avec grand plaisir afin de rendre le 117^e Congrès de l'AFU digne de ses prédécesseurs, dans le bonheur d'échanger facilement sur les nouveautés scientifiques et la joie de célébrer ensemble ce moment attendu.

Michel SOULIÉ

22-25 NOVEMBRE 2023
PARIS, FRANCE
PALAIS DES CONGRÈS

www.cfu-congres.com

117^e
CONGRÈS
FRANÇAIS
D'UROLOGIE

AFU ASSOCIATION
FRANÇAISE
D'UROLOGIE
www.urofrance.org

Connectez-vous !

   @AFUrologie
#CFU2023



Blandine
TAMARELLE

117^e Congrès Français d'Urologie 22-25 novembre 2023

117^e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

22-25 NOVEMBRE 2023
PARIS, FRANCE
PALAIS DES CONGRÈS

Il n'est jamais trop tard, encore moins trop tôt, pour jeter un œil au programme du Congrès Français d'Urologie et profiter au mieux de ces quelques jours (heures pour certains) de formation riche et pointue.

Il y aura ceux qui y participeront dans son intégralité, ceux qui n'auront que deux ou trois demi-journées, pour cause de relai avec les collègues du service, ceux qui y assisteront à distance, peut-être même entre deux créneaux de bloc ou de consultation et, enfin, ceux qui en profiteront plus tard en replay afin de profiter également de cette excellente opportunité de se mettre à jour voire de découvrir de nouveaux traitements ou nouvelles propositions de prise en charge. Chacun aura ainsi le choix d'y participer à sa façon, selon ses disponibilités et toujours à la carte.

Pour les présents, on ne change pas une équipe qui gagne, c'est ainsi au Palais des congrès de Paris que se déroulera le congrès du mercredi 22 au samedi 25 novembre 2023.

Premier rendez-vous français et franco-phonie en urologie, il a accueilli l'an passé près de 3 500 participants et nous nous attendons à une affluence similaire cette année.

C'est également une occasion de proposer un partage de connaissance et d'y rassem-

Le CFU 2023, c'est...

1	séance officielle
1	séance de clôture
1	rapport du congrès
1	essentiel du congrès
9	séances plénières
17	états de l'art
12	tables rondes
7	pour ou contre
6	face à face
20	sessions de com. orales
177	communications orales
4	sessions de com. vidéos
28	communications vidéos

17	forums
5	clubs
6	cours
1	session développement durable
1	atelier médico-légal
1	masterclass
1	session de cas clinique
1	session Aude
1	journée ARTP
1	journée pédiatrie
4	journées infirmier(e)s, AFUF, kinés, AMA
9	symposiums de l'industrie
6	ateliers de l'industrie
4	meet the experts de l'industrie

bler et fédérer l'ensemble des acteurs de soins en urologie avec encore ses journées dédiées pour les kinésithérapeutes, les infirmières, les assistantes médico-administratives ou les urologues en formation.

Telles les grandes plateformes vidéo, ce sont autant de formats variés qui vous sont proposés pour parfaire vos connaissances sur les sujets d'actualité, d'autres sujets plus pointus, échanger sur les pratiques et les techniques ainsi que leurs technologies associées.

Dans sa version VOD vous pourrez visualiser les 9 séances plénières, la séance officielle et la séance de clôture du congrès.

Comme chaque année toutes les thématiques de la spécialité pourront y être abordées.

Le congrès au jour le jour

Mercredi 22 novembre

Dès 8h30, plusieurs clubs démarreront leurs sessions : robotique, lasers, neuromodulation, chirurgie de la verge et traitements alternatifs du cancer localisé de la prostate. Puis pour connaître les dernières actualités n'hésitez pas à participer à l'un des forums du Comité des pratiques professionnelles ou des experts près les tribunaux.

La Session Aude (Agir pour une Urologie Diversifiée et Equitable) se tiendra de 9h30 à 10h30, son organisatrice, Charlotte Methorst vous en détaille le contenu en page 6.

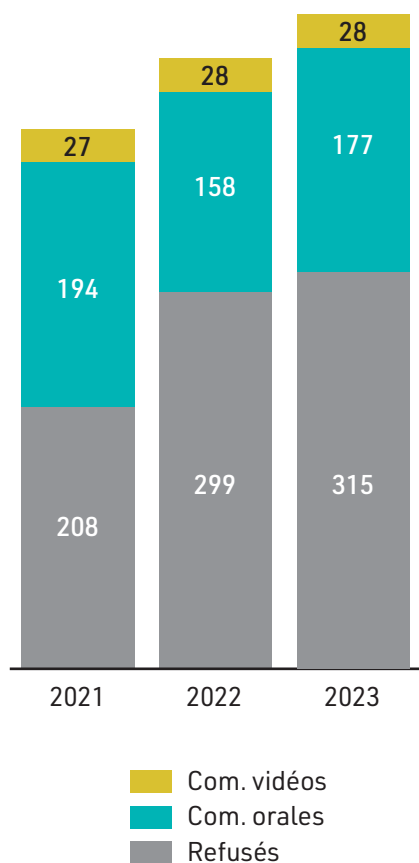
En séance plénière du matin, des thématiques fonctionnelles comme carcinologiques seront abordées. Les sessions de communication vidéo et de communications orales seront l'occasion de connaître les divers projets et travaux de recherche en cours sur de nombreux centres français ou francophones.

L'après-midi, vous pourrez assister à la session de l'urologie internationale francophone avec la session AFU/FASULF suivie de la session urologie humanitaire et solidaire.

En parallèle de ces sessions se tiendront sur cette journée du mercredi :

- la deuxième journée des infirmières, toujours riche en échanges des pratiques professionnelles ;
- la journée des urologues en formation de l'AFUF, encore rythmée par son fameux concours UROCONTEST à la mi-journée ;
- Le 32^e meeting annuel de l'ARTP (Association pour la Recherche sur les Tumeurs de la Prostate).

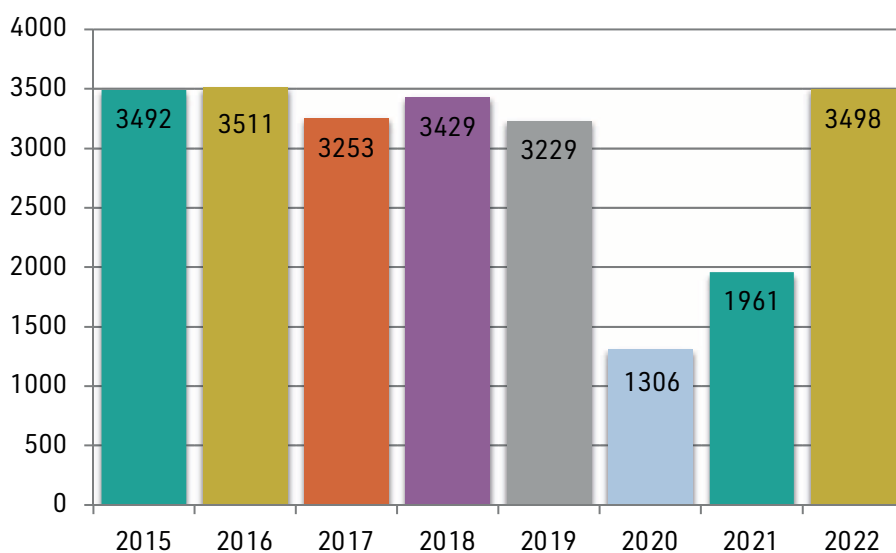
Abstracts soumis, acceptés, refusés :
comparatif 2021/2022/2023



Thèmes	Nb
Cancer de la prostate	29
Cancer de la vessie	18
Lithiase	16
Cancer du rein	14
HBP	12
Incontinence urinaire et statique pelvienne	12
Neuro-urologie et autres troubles mictionnels	10
Traumatologie	10
Autres cancers	9
Pédagogie, pratique prof. et médico économique	9
Anomalies acquises ou malformations congénitales	9
Transplantation - IRC	8
Infection	8
Urologie reconstructrice et transitionnelle	8
Dysfonctions sexuelles	7
Infertilité	5

Sessions de communications orales : nombre de résumés acceptés par thème en 2023

Évolution du nombre d'inscrits de 2015 à 2022



Jeudi 23 novembre

Pour les plus matinaux vous pourrez débiter la journée par les actualités des forums du Comité de formation continue ou du Comité de transplantation et d'insuffisance rénale chronique ou bien, si vous avez anticipé votre inscription, participer à l'un des 3 cours dès 8h30.

L'AFU accueille cette année la DGU (*Deutsche Gesellschaft für Urologie*) qui sera présentée à 10h15 en Amphi Havane avant le forum du Comité d'infectiologie, nouvelle occasion de connaître l'évolution probable des recommandations sur les antibioprophy-laxies en urologie.

Les cours 2023

Sur pré-inscription, limités à 50 personnes

Jeudi 23 novembre - 8h30-9h30

Cours 1 - Salle 343

Bandelettes et prothèses : où en est-on en 2023 ? Quelles alternatives ?

Jean-François HERMIEU (Paris)
Véronique PHÉ (Paris)

Cours 2 - Salle 342 A

Comment limiter le risque infectieux péri-opératoire

Franck BRUYÈRE (Tours)
Maxime VALLÉE (Poitiers)

Cours 3 - Salle 342 B

Nouveaux traitements médicaux des cancers urologiques : ce que doivent savoir les urologues

Yann NEUZILLET (Suresnes)
Géraldine PIGNOT (Marseille)

Vendredi 24 novembre - 7h30-8h30

Cours 4 - Salle 342 B

Prise en charge des sténoses de l'urètre : trucs et astuces

Bernard BOILLOT (Grenoble)
François-Xavier MADEC (Suresnes)

Cours 5 - Salle 343

Endo-urologie. Calculs : mini-percutanée et urétéroscopie souple

Nadia ABID (Lyon)
Olivier TRAXER (Paris)

Vendredi 24 novembre - 8h30-9h30

Cours 6 - Salle 341

Vasectomie mini-invasive et alternatives

Antoine FAIX (Montpellier)

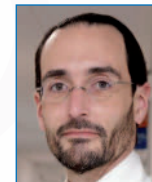
117^e CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE COMITÉ D'ORGANISATION



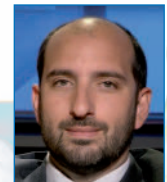
Michel
SOULIÉ
Président



Christian
SAUSSINE
Vice-Président



Yann
NEUZILLET
Responsable



Evangelos
XYLINAS
Responsable
adjoint

8 membres



Olivier
ALENDA



Christophe
ALMERAS



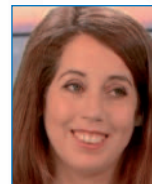
Julien
BRANCHEREAU



Luc
CORMIER



Sarah
DROUIN



Charlotte
METHORST



Benjamin
PRADÈRE



Olivier
TRAXER

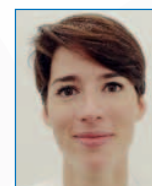
4 secrétaires



Xavier
BIARREAU



François
KLEINCLAUSS



Caroline
PETTENATI



Maxime
VALLÉE

- Choix des thèmes scientifiques
- Sélection des communications (sur avis de 3 relecteurs)
- Planification des modérateurs
- Organisation des sessions et symposiums
- Gestion du programme social
- Évaluation du précédent congrès
- Synchronisation des sessions
- Rédaction du programme
- Gestion des intervenants pendant le congrès
- Coordinations des journées infirmières, kinés et secrétaires
- Assurer un bon déroulement des 5 jours du congrès



Lors de la Journée AFU/SFUPA dédiée à la pédiatrie, la session du matin sera l'occasion de questionner et de s'informer sur les derniers points de la réforme d'autorisation des pratiques de chirurgie urologique pédiatrique ainsi que ses conséquences possibles en termes d'accès aux soins de cette population. Quel état des lieux de la pratique de chirurgie pédiatrique par les urologues libéraux ? Quelles conséquences de ce décret pour nos collègues anesthésistes et la réaction en chaîne pour toutes autres spécialités à activité pédiatrique dépendantes de ces derniers ? Quel risque en termes de désaveu de cette activité chez les urologues ou chez les anesthésistes ? C'est avant tout des constats qui y seront faits afin de permettre à chacun de mesurer l'importance et l'ampleur des changements possibles suite à ce décret.

L'après-midi, afin de conforter ou faire évoluer vos connaissances, vous aurez l'embaras du choix de thématiques parmi l'ensemble des sessions de communication orales.

Vendredi 24 novembre

Journée intense qui débutera dès 7h30 pour certains cours afin de ne pas manquer les dernières actualités via les différents forums des Comités de neuro urologie, de cancérologie, d'exercice professionnel et des troubles mictionnels de l'homme.

Rendez-vous incontournable à 11h30 avec la séance officielle du congrès qui vous permettra de mieux connaître les acteurs prin-

cipaux de ce congrès et l'Association Française d'urologie avant la pause déjeuner.

Retour dans l'après-midi des sessions de communications orales avec des thèmes encore divers ainsi que l'atelier médico-légal qui suscitera certainement votre intérêt.

En parallèle se tiendront :

- la journée des kinésithérapeutes dont la qualité de la formation des pratiques dédiées à l'urologie est désormais reconnue comme essentielle ;
- la journée des assistantes médico-administratives dont les missions ne cessent d'évoluer.

Samedi 25 novembre

Comme l'ouverture du journal au lever, vous pourrez encore suivre l'actualité via les forums des Comités lithiase, d'urologie et de pelvi-périnéologie de la femme, d'andrologie et de médecine sexuelle, de techniques chirurgicales puis des pratiques professionnelles et enfin du bien-être de l'urologue.

Une masterclass sur la vasectomie mini-invasive vous sera également proposée en parallèle de la session plénière aux sujets toujours aussi variés.

A l'heure de l'indispensable questionnement de notre impact écologique, l'application à nos pratiques sera abordée lors de la session développement durable.

Au programme de l'après-midi, le rapport du congrès abordera la thématique de la fertilité

masculine et sera comme à l'habitude suivi de l'Essentiel du congrès puis de la remise des prix.

Au milieu du casse-tête pour choisir vers quelle session votre cœur balancera n'oubliez pas que le congrès c'est aussi :

- un, deux, cinq ou dix cafés-thés-petites douceurs par demi-journée à discuter avec les anciens collègues, internes, juniors ou patrons ;
- des échanges de coordonnées avec l'intention réelle de venir se former chez l'un ou l'autre de nos collègues ou centre expert ;
- le regain de motivation pour améliorer sa pratique et rentrer plein de nouveaux projets pour son équipe et son service ;
- une tenue de sortie pour la (que dis-je ?), les soirées des partenaires, de l'AFUF, d'AUDE ou dîner (dîner des Membres le vendredi 24 au Musée d'Orsay) selon vos aspirations ;
- une paire de chaussure confortable pour déambuler entre salles, stands de nos partenaires industriels toujours prêts à nous faire découvrir les dernières évolutions technologiques, retrouvailles diverses ou tentatives de retrouvailles ;
- une tenue pratique pour le rythme infernal de ce concentré de formation, de convivialité, de discussions et embrassades, peut-être même de course à pied pour ne pas manquer son train aller ou retour parce qu'on s'est laissé prendre par tout cela.

Blandine TAMARELLE



Charlotte METHORST

Session AUDE, venez nombreux !



Une session du think tank AUDE (Association pour une Urologie Diversifiée et Équitable) aura lieu lors du Congrès Français d'Urologie le mercredi 22 novembre 2023 prochain. L'occasion de se poser de nouvelles questions et de tenter ensemble de trouver des réponses.

Une première partie de la session sera orientée sur les différences territoriales : le clivage des zones de lowtech versus hightech rend l'exercice de l'urologie plus difficile ou

s'agit-il d'être plus inventif ? L'une des pratiques est-elle plus simple, plus rigoureuse que l'autre ? Trois de nos confrères/sœurs viendront vous présenter leurs points de vue.

La seconde partie sera plus du domaine personnel. Il y a quelques temps, il vous a été envoyé, via les mailings lists de l'AFU et de l'AFUF, un sondage sur votre vécu vis-à-vis de la maternité, de la paternité et de leurs impacts sur votre formation, votre vie financière et l'impact potentiel sur vos collègues et sur la vie du service. Les réponses ont été

nombreuses (on vous en remercie !). Nous avons maintenant une idée plus précise de vos ressentis, de vos besoins, des idées que vous voudriez mettre en place.

Une overview des pratiques de nos voisins européens nous sera à cet effet présentée.

Nous vous attendons nombreux pour cette séance axée sur les différences qui nous rendent si riches.

Charlotte METHORST



Les symposiums du congrès

Mercredi 22 novembre

12h50-13h50

Amphi. Havane

Symposium organisé par



Science For A Better Life

Place de l'urologue à l'heure des nouvelles approches thérapeutiques multimodales aux différents stade du cancer de la prostate

Présidente
Géraldine Pignot (Marseille)

Mercredi 22 novembre

17h00-18h30

Amphi. Bordeaux

Symposium organisé par



Quoi de neuf dans le cancer de la prostate ?
Les immanquables 2023

Président
Laurent BRUREAU (Pointe-à-Pitre)

Mercredi 22 novembre

17h00-18h30

Amphi. Havane

Symposium organisé par



Prise en charge du cancer du rein et du carcinome urothélial

Président
Karim BENSALAH (Rennes)

Jeudi 23 novembre

12h50-13h50

Amphi. Bordeaux

Symposium organisé par



Prise en charge des tumeurs urologiques en peropératoire : néoadjuvant/adjuvant

Président
Arnaud MÉJEAN (Paris)

Jeudi 23 novembre

12h50-13h50

Amphi. Havane

Symposium organisé par



Cancer de la prostate :
hormonothérapie

Président
Patrick COLOBY (Pontoise)

Jeudi 23 novembre

17h30-19h00

Amphi. Bordeaux

Symposium
organisé par



PSMA dans le cancer de la prostate

Président
Jean-Baptiste BEAUVAL
(Toulouse)

Jeudi 23 novembre

17h30-19h00

Amphi. Havane

Symposium organisé par



PARPi en mono et en combinaisons

Président
Romain MATHIEU (Rennes)

Vendredi 24 novembre

16h30-18h00

Amphi. Bordeaux

Symposium organisé par



Cancers du rein et de la prostate,
place du traitement local
au stade métastatique :
qui, quand, comment, pourquoi ?

Président
Hervé LANG (Strasbourg)

Vendredi 24 novembre

16h30-18h00

Amphi. Havane

Symposium organisé par



Comment simplifier la prise
en charge des cancers urologiques

Président
Thierry LEBRET (Suresnes)



Nadia
ABID



Gaëlle
FIARD



Benjamin
PRADÈRE

GénérationS AFU : VOTRE nouvelle Soirée durant le CFU 2023

Lors du prochain CFU, l'AFU organise un nouvel événement pour réunir l'ensemble des urologues : **GénérationS AFU**. Fort du renouveau instillé à l'AFU, il est apparu primordial de lancer un nouvel événement permettant à toutes les générations qui font vivre notre association de se retrouver, de découvrir, et d'échanger. Pour cela rien de mieux que de créer cet événement durant le CFU.

C'est chose faite avec la création de la soirée **GénérationS AFU**.

Ce nouvel événement a pour but de créer et renforcer les liens si forts qui existent au sein de notre association. L'urologie est une grande famille et cet événement veut la célébrer !

Alors que la classique soirée de l'AFUF est dédiée aux plus jeunes et que le dîner du vendredi soir reste plus conventionnel, **GénérationS AFU** se veut festive, réunissant un maximum de participants pour brasser l'ensemble des générations de l'AFU !

Après déjà deux jours de congrès et avant d'entamer la seconde moitié, cette soirée doit être un vrai moment de détente permettant à tout le monde de se retrouver en dehors des couloirs du Palais des Congrès.

Nous invitons tous les membres de l'AFU, de l'AFUF ainsi que les partenaires à nous rejoindre pour cette soirée qui sera un moment de rencontres et d'échanges de tous les acteurs de l'urologie française.

Cette soirée aura lieu le **jeudi 23 novembre 2023** dans un célèbre lieu Parisien, l'**ALCAZAR**, de 22h à 2h du matin. Si vous êtes inscrit au congrès, l'entrée sera gratuite et en apportant votre Badge du congrès, vous bénéficierez de 3 consommations offertes.

Nous espérons TOUS vous voir pour la première édition de **GénérationS AFU** qu'inous en sommes convaincus, va devenir un événement incontournable du CFU !

Nadia ABID, Gaëlle FIARD, Benjamin PRADÈRE
Pour le CA de l'AFU

GénérationS AFU

Nous vous attendons nombreux pour cette 1^{ère} édition de la soirée **GénérationS AFU**

La première soirée qui réunit toutes les générations AFU

L'AFU vous invite à sa première soirée dédiée à toutes les générations AFU et ses amis.s:
la soirée GÉNÉRATIONS AFU

Nous vous invitons à nous rejoindre pour une soirée qui célébrera le lien qui existe au sein de l'AFU.

Que vous soyez membre de l'AFUF, de l'AFU ou partenaire de notre association vous êtes toutes et tous invité.e.s pour ce premier événement.

Une autre bonne nouvelle ?

Si vous êtes inscrit au congrès votre participation est gratuite

Que la soirée commence !

N'oubliez pas votre badge du congrès pour accéder à la soirée, nous vous y attendrons dès 22h00.

Vous pourrez profiter du bar et de ce lieu d'exception !

En tant que congressiste vous aurez le droit à 3 consommations au bar et à 2 consommations en tant qu'exposant.

23 novembre 2023 !

ALCAZAR

62 rue Mazarine, 75006 Paris

22h00 - 2h00





Alexandre
de la TAILLE
Président de l'AFU

Place des patients et de leurs associations dans l'AFU

Avoir les patients et les associations de patients avec l'AFU est une situation qui semble naturelle puisque chaque jour en consultation nous discutons avec eux, expliquons les pathologies et les traitements possibles et tenons compte de leurs souhaits pour définir la stratégie. Les intégrer dans l'AFU apparaît comme une démarche logique et attendue. Ainsi, nous avons contacté une grande part des associations pour les actions suivantes :

- Participation aux campagnes grand public telles que le Ventoux ou la semaine de l'incontinence. L'objectif est de les inclure dans les démarches de sensibilisation et de pouvoir compter sur eux pour faire un relai de l'information. Par exemple, le Ventoux qui s'étend d'année en année est le fer de lance pour l'information sur le cancer de la prostate, la santé de l'homme et le sport. L'Anamacap et le Cerhom étaient présents lors de la manifestation. Lors de la journée sur le cancer de la vessie, Cancer Vessie France était à la MUR et a participé aux débats. Ainsi, pour chaque événement, des associations seront associées.

- Intégration des associations de patients dans les travaux des comités scientifiques. Chaque responsable de comité scientifique a contacté les présidents des associations impliquées dans leurs spécialités afin de les faire participer à certaines réunions, réflexions et projets, et aux discussions sur les recommandations. En Angleterre, depuis longtemps les associations de patients sont intégrées aux recommandations tout comme les assurances maladie. N'oublions pas que les tutelles écoutent les associations et sont très sensibles à leur point de vue. Par leur biais, nous avons pu voir des accès précoces donnés pour des traitements nouveaux, novateurs mais encore très coûteux. Plus récemment, nous avons sollicité les associations de patients pour qu'elles s'impliquent dans la relecture des fiches information patient qui sont actuellement en cours d'actualisation. Ces fiches sont essentielles à la vie de notre association et à nos pratiques. Ce sont les documents les plus téléchargés sur notre site internet. Le fait que les associations soient parties prenantes est un atout pour la crédibilité des fiches.

- Création de la journée patients lors du Congrès Français d'Urologie. Cette année, une des nouveautés sera une journée dédiée pour les patients et leurs associations avec des présentations scientifiques le matin mais aussi la présentation de chacune des associations partenaires permettant des échanges constructifs. La date est le jeudi 23 novembre de 10h à 16h au Hyatt Regency (voir programme page suivante). N'hésitez pas et venez nombreux à ce rendez-vous !

Notre métier est centré sur le soin et les relations médecin/malade. Faire entrer les patients dans la vie de l'association est logique et nous espérons qu'avec ces initiatives, nous soyons encore plus pertinent dans les propositions thérapeutiques et documents à destination du grand public.

Alexandre de la TAILLE



Julien
BRANCHEREAU
Secrétaire Général
adjoint de l'AFU

Journée Patients CFU 2023

C'est avec beaucoup de plaisir que nous vous convions à une journée inédite d'interactions et d'échanges avec les associations de patients. L'Association Française d'Urologie est particulièrement soucieuse de valoriser et de renforcer l'implication des patients dans leur prise en charge.

La journée a été construite avec les représentants des associations concernés par les soins en urologie. Ce premier forum permettra la rencontre des associations, des représentants des patients et des urologues et sera un moment privilégié de reconnaissance mutuelle, d'échanges et de débats.

La matinée sera consacrée à des présentations scientifiques des différents comités scientifiques. Le temps du déjeuner autour

d'un buffet libre sera consacré aux échanges. L'après-midi sera totalement dédié aux présentations des associations de patients.

Vous trouverez en page suivante l'intégralité du programme. Nous vous y attendons nombreux !

Julien BRANCHEREAU

JOURNÉE
PATIENTS
CFU 2023

Jeudi 23 novembre
10 h > 16 h

Hôtel Hyatt, Salle Regency 15
3 place du Général Koenig,
75017 Paris

Renseignements : afu@afu.fr



JOURNÉE PATIENTS PROGRAMME

117^e
CONGRÈS
FRANÇAIS
D'UROLOGIE

matin La parole est donnée aux médecins

10 h

Introduction

Julien Branchereau,
secrétaire général
adjoint de l'AFU

Charlotte Methorst,
membre
du comité
d'andrologie et de
médecine sexuelle
de l'AFU

Alexandre de la Taille,
président de l'AFU

10 h 10

Changer ses
habitudes de
vie : et si c'était
le premier
traitement de
l'hypertrophie
bénigne de la
prostate ?

Yohann Roussoff,
Nice - Comité
des troubles
mictionnels de
l'homme de l'AFU

10 h 30

Testing
génomique sur
tissu tumoral
et information
préalable :
quelles
implications
pour le
traitement et
quel impact
sur la famille ?

Charles Dariane,
Paris - Comité
de Cancérologie
prostate
de l'AFU

10 h 50

Hygiène de vie
dans la prise en
charge du cancer
de la prostate
(initiale et
récidive)

Romain Mathieu,
Rennes - Comité
de Cancérologie
prostate de l'AFU

11 h 15

Radiothérapie
interne
vectorisée : pour
quels patients ?

Jérôme Rigaud,
Nantes

11 h 45

Registre TVNIM :
vers une
diminution des
cystoscopies ?

Yann Neuzillet,
Suresnes - Secrétaire
général et
responsable
du Comité de
Cancérologie vessie
de l'AFU

12 h 05

Chirurgie
mini-
invasive du
prélèvement
rénal chez le
donneur vivant

Romain Boissier,
Marseille -
Comité de
transplantation
rénale de l'AFU

après-midi La parole est donnée aux associations

12 h 30



Déjeuner
buffet
Temps
d'échanges

Rendez-vous
Jeudi 23 novembre
10 h - 16 h

Hôtel Hyatt, Salle Regency 15
3, place du Général Koenig,
75017 Paris

Renseignements : afu@afu.fr

14 h

Présentation par les associations de patients

- **AnamaCap** - Association Nationale des Malades du Cancer de la Prostate
- **ARTuR** - Association pour la Recherche sur les Tumeurs du Rein
- **Cancer Vessie France** - Association de patients atteints de cancer de la vessie
- **Cerhom** - La fin du Cancer, le début de l'Homme
- **France Assos Santé** - Organisation pour représenter les patients et les usagers du système de santé et défendre leurs intérêts
- **France Rein** - Réseau solidaire en action
- **Icave** - Association d'information sur le cancer de la vessie
- **Parlons pipi sans tabou** - Libérer la parole sur l'incontinence
- **Renaloo** - Association de patients atteints de maladies rénales

16 h

CONCLUSION





Urologists in Europe



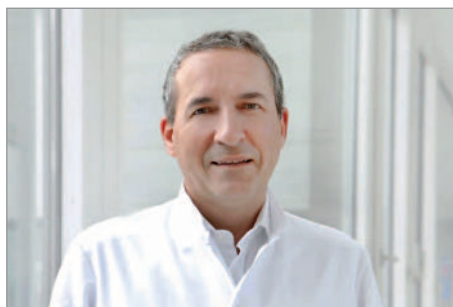
Prof. Maurice Stefan MICHEL
Mannheim, Allemagne
DGU General Secretary
and Speaker of the Board

Prof. Dr. Maurice Stephan Michel is chairman of the Department of Urology and Urosurgery at the University Hospital Mannheim, University of Heidelberg. His clinical and scientific expertise is the field of complex urological cancer surgery, with the focus on bladder cancer and urinary diversion. His department is divided into different areas of expertise that cover the broad spectrum of urology, including all major open, robot assisted and endoscopic urological operations as well as f.e. pediatric urology, transgender medicine and urogynaecology.

Urology in 2030

Urology is the future field of medicine. As society ages more and more, the number of patients suffering from urological diseases will increase significantly. The future development of urology will be characterized by the development of ever more minimal invasive and individualized treatments. This means that increasingly more patients can be cared for as outpatients or as short-term inpatients. In Germany, where half of all urologists work in an outpatient office, efforts are being made to provide urological care that transcends the two sectors. Only through cross-border international collaboration we can conduct the best possible urological research and develop the best possible urological standards for the benefit of urological patients.

The Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) is a German professional medical association with currently 7.500 members. DGU was founded in 1906. Its French counterpart is the Association Française d'Urologie (AFU). The DGU serves in the field of science, education on several levels as of medical care in Urology. The latter applies to care supplied by office urologists as of hospital in- and outpatient care. DGU hosts the worlds' third largest urological convention which takes place in September each year. Just a few weeks ago the annual meeting in Leipzig was attended by 6.400 guests. DGU serves as link from and to its members in all aspects of the professional life of our medical specialty in Germany, also regarding ongoing and planned reforms in the German health care system. The vast majority of German urologists are



Prof. Jürgen E. GSCHWEND
Munich, Allemagne
President of DGU 2023/2024

Prof. Jürgen Gschwend is chairman of the Department of Urology at rechts der Isar University Hospital, School of Medicine and Health, Technical University of Munich, Munich, Germany. His clinical and scientific focus lies mainly in the field of surgical and systemic Urooncology, with a special focus on prostate and bladder cancer. His department and staff is dedicated to all types of open, laparoscopic, robotic and endoscopic surgeries as well as a comprehensive systemic GU cancer care and execution of clinical and experimental studies.

Urology in 2030

I see the future of Urology in 2030 in strong national and international collaborations within the framework of the European Urology Community as well as fruitful collaborations with European and global partners and organisations in the field of Urology and GU Oncology.

members of DGU. The membership in the association is voluntary.

DGU is headed by 11 members of the Board of directors, in close cooperation with two managing directors. The members of the board are being elected during the general assembly of DGU. Three members of the board will be invited guests at the annual meeting of AFU this year. All three of them are already looking forward to this event. They will now be shortly introduced regarding their fields of interest as of their role in DGU.



Prof. Susanne KREGE
Essen, Allemagne
Vice President of DGU
and incoming President of DGU

Prof. Susanne Krege is head of the Department of Urology, Pediatric Urology and Urological Oncology at Evangelische Kliniken Essen-Mitte (KEM) in the Ruhr area. Her department covers all main fields of urology and offers open, robotic and endoscopic surgery. Her main fields of interest are urooncology, especially testis cancer, and plastic-reconstructive surgery. Prof. Krege is co-coordinator of the German guideline "Kidney Cancer". In the field of reconstructive surgery her focus is treatment of urethral strictures and gender affirmation surgery.

Urology in 2030

The future presents us with major challenges as increasing numbers of patients, limited medical personal resources and the need of sustainability also within the medical sector. Therefore, it is of utmost importance to optimize the structures of our medical systems as to set up specialized centres e.g. in the field of urooncology or pediatric urology. And we should combine forces, which also means a close cooperation with our neighbouring countries, if possible with the European Association of Urology (EAU) as an umbrella organization.



Nadia ABID
Trésorière de l'AFU

Retour sur les JEAU 2023

Journées d'échanges et d'auto-évaluation en urologie

Les 6 et 7 octobre derniers ont eu lieu le congrès des JEAU 2023 (Journées d'échange et d'auto-évaluation en urologie) soutenu par le laboratoire Pierre Fabre.

Nous nous sommes retrouvés pour cette édition anniversaire (30^{es} JEAU !) sous le soleil éclatant de Marseille.

Le principe du congrès : des QCM et des cas cliniques permettant de balayer l'urologie, en mettant l'accent sur les actualités et les préoccupations pratiques de l'urologue.

J'ai eu la chance de présider ces journées, avec un panel d'experts très sympathique, et très accessible : Gaëlle Fiard, Zine-Eddine Khene, François-Xavier Madec, Philippe Sèbe et Caroline Thuillier. Le programme a donc couvert des sujets très variés avec notamment de l'oncologie urologique (rein, vessie, prostate), de la lithiase, de l'urologie de la femme, de l'androgénologie et de l'HBP.

L'événement a réuni 32 participants venant de toute la France, dans une ambiance studieuse et conviviale ! La participation active de la salle a permis de nombreux échanges très enrichissants, en insistant sur la prise en charge très pratique, au quotidien.

Les 2 participants ayant le meilleur score aux QCM ont la chance de bénéficier d'une prise en charge complète par le laboratoire Pierre Fabre pour le prochain congrès de l'EAU qui aura lieu en 2024 à Paris. Les heu-

reux gagnants de l'année sont le Dr Christophe Valignat et le Dr Pierre Eloi Briant.

Vivement la prochaine édition !

Nadia ABID



Christophe VALIGNAT

*J*e suis fidèle aux JEAU depuis plus de 10 ans. En aucun cas je ne manquerai une édition, tant cette formation cumule les avantages :

- Organisation impeccable ;
- Staff de qualité ;
- Ambiance conviviale et échanges enrichissants avec les experts ;
- Thèmes abordés variés, permettant une « remise à niveau » de notre culture urologique globale ;
- Cas cliniques et QCM très pratiques, ce qui a une influence directe.

De plus, le format est interactif, donc très stimulant, et le côté « challenge » est un plus, avec une belle récompense à la clé.

Personnellement, j'apprécie particulièrement ce format, qui favorise la mémorisation. C'est très stimulant !

Merci à Nadia et à son équipe de prolonger l'esprit de cette formidable formation, parfaitement complémentaire des congrès, SUC, JAMS..

Et qui est parfaitement adaptée aux Urologues « généralistes », qui représentent la majorité de la profession.

Et merci à Pierre FABRE, dont la logistique est toujours impeccable, ce qui ne gâche rien.

Christophe VALIGNAT
PH d'Urologie, Annecy





Gaëlle
FIARD

Réunion du CA du 1^{er} septembre à la Maison de l'Urologie

La rentrée, c'était le 1^{er} septembre dernier pour le conseil d'administration de l'AFU qui s'est réuni à la Maison de l'Urologie pour une intense journée d'échanges dont voici les grandes lignes.

De nouveaux prix pour récompenser les urologues français

À l'image du prix Matula remis par l'EAU à un jeune urologue prometteur, le CA a validé la possibilité de remettre lors du congrès plusieurs prix afin de récompenser des urologues, jeunes ou moins jeunes, ayant contribué au rayonnement scientifique de l'urologie française, mais également au fonctionnement de notre association ou encore à la formation des urologues. Ce sont ainsi 6 prix qui seront remis cette année au congrès, en plus de la traditionnelle Médaille Félix Guyon : Matula français récompensant un jeune urologue de moins de 40 ans, Médaille René Küss de l'innovation, prix de la meilleure communication orale et de la meilleure vidéo au CFU 2023, prix de l'article le plus cité dans Progrès en Urologie et prix du meilleur relecteur de Progrès en Urologie. Les prix seront remis durant la séance officielle du CFU.

Des liens renforcés avec les associations de patients

Ce sera une première pour le CFU qui accueillera cette année pour la première fois une Journée patients, qui se tiendra de 10h à 16h à l'hôtel Hyatt, en parallèle du congrès toute la journée du jeudi 23 novembre. Au programme, plusieurs présentations par des urologues experts sur des thématiques au cœur des préoccupations des patients, suivies d'un temps d'échange avec les associations de patients ayant répondu présentes. La journée est bien sûr ouverte à l'ensemble des urologues, n'hésitez pas à passer un moment échanger avec les patients et associations présents !

Cette première journée AFU-patients marque le début d'une collaboration avec les associations de patients qui sont amenées à prendre une place croissante dans l'élaboration des recommandations et des documents d'information à destination des patients.



Évolution des statuts et du règlement intérieur de l'AFU

L'évolution du fonctionnement de l'AFU va nécessiter d'apporter plusieurs modifications au règlement intérieur qui ont été discutées et validées au CA.

Parmi celles-ci :

- La modification des modalités de vote lors de l'élection des administrateurs : possibilité de vote électronique à distance, diminution du nombre minimal de candidats sur un bulletin, suppression des procurations ;
- La modification du nom du journal de l'association, au profit du French Journal of Urology, qui gardera à ses côtés un Progrès en Urologie FMC renforcé pour accueillir les publications en français de l'urologie francophone ;
- La création d'un statut particulier de membre associé junior, avec une adhésion commune AFUF-AFU afin de faciliter la transition AFUF-AFU et la prise en charge par l'AFU des formations dédiées aux jeunes urologues comme Graines et Sol et l'Enseignement du Collège d'Urologie.

Ces modifications feront l'objet d'un vote lors de l'Assemblée Générale de l'AFU, ouverte à tous ses membres, qui se déroulera, comme à l'accoutumée, pendant le CFU le vendredi 24 novembre à 18h dans l'amphi Havane.

Du nouveau du côté des fiches d'information patients

Le renouvellement des fiches d'information patients est en cours, sous l'impulsion des différents comités scientifiques. Au programme de cette refonte, notamment, la possibilité d'utiliser les vidéos créées par l'EAU pour améliorer la qualité de l'information délivrée et faciliter les échanges avec les patients. Une implication des associations patients est également recommandée afin de garantir la production de fiches correspondant au mieux à leurs attentes.

Relations internationales : ne manquez pas l'EAU à Paris !

L'appel à soumission de résumés pour le congrès de l'EAU 2024 ne vous aura sans doute pas échappé, et pour cause : Paris accueillera le congrès de l'EAU du 5 au 8 avril 2024. Pour l'occasion, nous quitterons le



Palais des Congrès, direction Paris Expo Porte de Versailles pour 4 jours d'échanges avec nos confrères de toute l'Europe et au-delà. L'occasion pour l'AFU de renforcer les liens avec l'EAU et nos collègues du monde entier. L'événement urologique à ne pas manquer ce printemps !

Une nouvelle soirée durant le CFU : ne manquez pas GénérationS AFU

Une nouvelle soirée, à la jonction entre la soirée de l'AFUF le mercredi et le dîner des membres le vendredi, sera l'occasion de resserrer les liens entre les différentes générations de la grande famille AFU. Membres AFU, AFUF, partenaires de l'AFU seront les bienvenus de 22h à 2h à l'Alcazar, le jeudi 23 novembre prochain, pour un moment convivial entre urologues de tous âges et horizons. On vous attend !



Le point sur la chirurgie pédiatrique

Le CA a été l'occasion de faire le point avec les représentants du CNP d'urologie et du Syndicat sur les conséquences du décret publié en décembre dernier visant à restreindre les autorisations de pratique de la chirurgie pédiatrique.

Un courrier a été rédigé et transmis par mail à l'ensemble des membres de l'AFU, rappelant aux urologues la possibilité de continuer pour l'instant cette activité qui concerne plus de 100 000 enfants par an, en rappelant que la prise en charge des enfants de moins de

3 ans ou plus âgés avec comorbidité nécessite des équipes spécialisées ou rodées à cette prise en charge. Ce sujet sera abordé durant le CFU à l'occasion de la session commune AFU-SFUPA.

Roulons contre le cancer : toujours plus loin en 2024

L'année 2024 sera sportive, avec notamment l'incontournable Ventoux 3 prévu le 7 septembre 2024. Mais nous travaillons à l'organisation d'autres événements sportifs permettant de créer un fil rouge autour de cette thématique « sport et cancer » mais aussi « sport et urologie », permettant de contribuer à l'alimentation du Fonds d'Innovation en Urologie et au financement de la recherche en urologie. Des événements à ne pas rater !

Gaëlle FIARD

Pour être en confiance, il faut d'abord se sentir protégée.

Conçue pour le confort de l'urètre et la protection contre le risque d'infections urinaires^{1,2}. Avec son apparence discrète, GentleCath Air® pour femme est un choix vraiment facile à vivre.

Technologie FeelClean®

NOUVELLE VERSION

GentleCath Air® avec technologie FeelClean®

Protection et douceur. Vivez confiant.

convatec
- forever caring -
forever caring : prendre soin de vous

1. Pollard D, Allen D, Irwin N J, Moore J V, McClelland N, McCoy C P. Evaluation of an Integrated Amphiphilic Surface as an Alternative to Traditional Polyvinylpyrrolidone Coatings for Hydrophilic Intermittent Urinary Catheters. Biorobotics. 2022;32(466):2022100223. 2. Rapport WHR18223 TA1869 Données in vitro internes. Les produits de la gamme GentleCath® Air sont des dispositifs médicaux de classe I stérile (CE2397), fabriqués par Convatec, ils sont destinés à la vidange régulière de la vessie par sondage urinaire intermittent. Les produits de la gamme GentleCath® Air sont remboursés par la Sécurité Sociale au titre de la catégorie L, section 4, sous-section 1 de la LPPR pour le recueil ou le drainage des urines et des selles. Une attention particulière doit être portée sur la notice d'instruction du produit avant utilisation. Laboratoire Convatec, société par action simplifiée (SAS) au capital social de 40 000€, siège social : 89, boulevard National - 92250 La Cressence-Colombes - R.C.S. NANTERRE B 318 209 251 - SIREN 318 209 251-CODE NAF : 4646Z - N°TVA intracommunautaire : FR 34 318 209 251 © 2023 Convatec. *TM indique une marque d'une société du groupe Convatec. Septembre 2023.



Gaëlle
FIARD



Loïc
DJAILEB

La médecine nucléaire Entretien avec le Pr Loïc Djaileb, CHU Grenoble Alpes

Dans cette rubrique, nous vous faisons découvrir des spécialistes avec qui nous travaillons mais que l'on ne connaît souvent que par les comptes-rendus qu'ils ou elles nous font parvenir, ou les quelques instants partagés durant lesquels nos trajectoires se croisent... En quoi consiste réellement leur métier ? Comment s'organisent leurs journées ? L'objectif de ces entretiens ? Mieux se comprendre pour mieux collaborer !

GF - Bonjour Loïc, merci d'accepter de partager avec nous le quotidien d'un médecin nucléaire. Peux-tu nous dire comment tu organises ton temps à l'hôpital ?

LD - Avant toute chose, il faut savoir que ce que je vais présenter correspond à l'activité d'un médecin nucléaire ayant une activité de radiothérapie interne vectorisée, activité pour l'instant limitée au milieu hospitalier, notamment du fait de la nécessité de disposer d'une unité d'hospitalisation radioprotégée. L'activité d'un médecin nucléaire exerçant en structure privée est en général très différente, beaucoup plus axée sur le versant diagnostique de notre métier.

J'en déduis que tu as toi aussi une activité diagnostique, comment celle-ci est-elle organisée ?

Oui tout à fait, l'activité diagnostique représente une part importante de mon activité. En pratique, chaque médecin nucléaire est responsable de plusieurs vacations d'imagerie, avec des patients qui s'enchaînent de 7h30 à 18h chez nous et permettent la réalisation de 20-30 examens en fonction des systèmes installés. Les patients sont accueillis par les manipulateurs qui expliquent le déroulement de l'examen et réalisent l'injection du radiotracer. Une fois le délai nécessaire écoulé, ils installent les patients pour l'acquisition des images. De mon côté, je suis en charge de la prescription du traceur, de

l'interprétation des images bien sûr, et je revois les patients lors d'une consultation post-examen au cours de laquelle j'explique au patient les résultats de celui-ci.

Concernant la prescription des traceurs justement, comment fonctionnez-vous ? En pratique pour les urologues, que se passe-t-il à partir du moment où vous recevez la demande d'examen ?

Concernant les radiotraceurs, l'organisation est différente à l'hôpital et en libéral. A l'hôpital, je travaille avec un radiopharmacien qui gère les commandes des radiotraceurs. En pratique, les demandes une fois reçues par le secrétariat sont validées par l'un de nous, idéalement en fonction de nos domaines d'expertise, ce qui est facilité par une demande bien identifiée « urologie ». Pour chaque demande, je vais valider l'indication mais surtout vérifier que le bon traceur est demandé. Cette étape du choix du traceur est importante et nécessite que nous disposions de suffisamment d'informations cliniques ! Une fois l'examen validé, le patient est positionné sur l'agenda. La prescription du traceur est réalisée par mes soins le jour J, quand le patient est là. Parmi les informations nécessaires en amont, le poids permet de prescrire le traceur de manière à ce que l'activité soit suffisante lors de l'acquisition. En cas d'activité insuffisante, par exemple si le poids renseigné n'était pas exact, il peut être nécessaire de rallonger le temps d'acquisition de l'examen pour compenser, mais c'est rarement un problème avec nos machines les plus récentes.

Je suppose que ton activité ne s'arrête pas à cette activité diagnostique ?

Non, en effet ! La consultation représente un autre pan important de mon activité, souvent intriquée avec l'activité diagnostique. En pratique, dès lors qu'un patient relève d'une indication de radiothérapie interne vectorisée (Lutetium-PSMA), je le reçois au cours d'une première consultation pré-thérapeutique, qui va me permettre une première évaluation clinique et biologique et la validation de l'indication. Je vais alors expliquer au patient l'étape suivante, à savoir la réalisation d'une TEP-PSMA et d'une TEP-FDG qui vont per-

mettre de confirmer la faisabilité du traitement. Je revois alors le patient avec ces résultats au cours d'une 2^e consultation, qui me sert aussi à renouveler l'examen clinique, expliquer au patient le déroulement du traitement (traitement toutes les 6 semaines jusqu'à 6 cures), prescrire le suivi biologique, les traitements nécessaires à la gestion des effets indésirables éventuels et les transports si nécessaire. Durant le traitement, un suivi en consultation est nécessaire toutes les 3 semaines pour vérifier la tolérance et l'efficacité du traitement et décider de la réalisation ou non de la cure suivante. C'est un traitement qui s'étale jusqu'à 9 mois durant lequel le patient garde en parallèle un suivi avec son oncologue le plus souvent, parfois son urologue. Nous assurons aussi les consultations qui entourent le traitement par Xofigo®, qui consiste en une cure toutes les 4 semaines jusqu'à 6 cures, soit presque 6 mois de traitement. Enfin, nous assurons également les consultations protocolaires des patients que nous incluons dans des essais avec l'aide d'une ARC dédiée à l'activité théranostique.

Tu t'occupes aussi de l'unité d'hospitalisation ?

Oui, nous accueillons aussi en hospitalisation les patients venant pour leur traitement. Cette hospitalisation ne diffère des autres services que par le fait qu'elle est radioprotégée (mur plombés, toilettes reliées à des cuves de décroissance radioactive).

Je vois le patient à son arrivée, valide la cure, prescris le traitement, puis valide la sortie à l'issue de celui-ci. En pratique, la plupart des patients sont hospitalisés en hôpital de jour (6h chez nous), à l'exception des patients traités par Iode131 pour un cancer de la thyroïde et de certains patients inclus dans des essais qui doivent rester une nuit. En pratique, on assiste à une augmentation importante de la demande et du nombre de patients traités qui pour l'instant ne peuvent l'être qu'en milieu hospitalier. Une grande partie de mon travail consiste à coordonner l'ensemble des interventions, nous devons gérer non seulement un service d'imagerie, le coordonner avec la radiopharmaceutique et un service d'hospitalisation.



La radioprotection est un sujet souvent évoqué, que doivent savoir les urologues sur la radioprotection ?

Au décours d'un examen de médecine nucléaire, c'est finalement assez simple : aucune précaution n'est nécessaire vis-à-vis de l'entourage au décours de l'examen.

Les femmes enceintes sont une contre-indication sauf en cas de bénéfice attendu supérieur au risque (scintigraphie pulmonaire pour recherche d'embolie pulmonaire, bilan d'extension pour une pathologie néoplasique, etc.) et en cas d'allaitement en cours, il faut simplement respecter une période d'interruption par mesure de précaution qui dépend de la demi-vie du traceur utilisé.

Après traitement par Lutetium-PSMA ou Xofigo® par exemple, aucune mesure d'éviction de l'entourage n'est nécessaire à la sortie.

Comment vois-tu l'évolution de ta spécialité ?

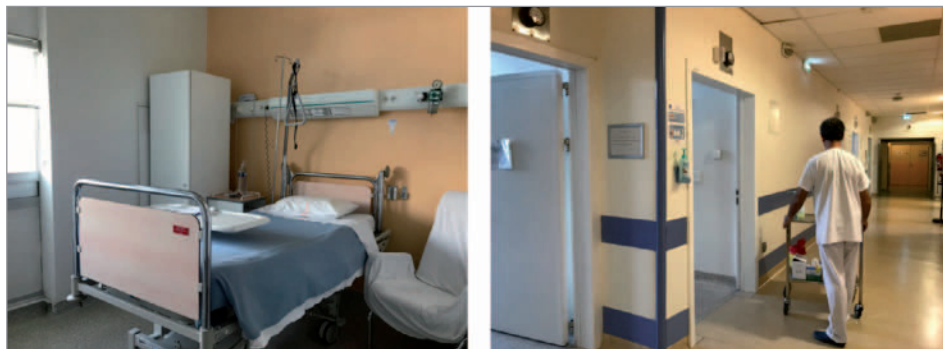
L'activité d'imagerie est en augmentation croissante avec par exemple 10-15 % par an en France pour la TEP depuis une dizaine d'années. C'est également le cas sur l'activité de thérapie (notamment dans le cancer de la prostate) qui devrait atteindre le même volume d'activité que le versant imagerie. On attend un important développement diagnostique et thérapeutique (radio-thérano-istique). Ces développements peuvent venir de nouveaux traceurs en cours d'investigation, élargissant ainsi les applications diagnostiques et thérapeutiques de la médecine nucléaire. En imagerie, le ⁶⁸Ga-PSMA par exemple est désormais disponible en première intention en pratique clinique pour le bilan d'extension des ADK à haut risque, la récurrence biochimique et l'évaluation pré-thérapeutique. On voit aussi apparaître de nouveaux traceurs TEP pour l'exploration du cancer du rein et un regain d'intérêt pour la TEP dans le cancer de la vessie.

En thérapie, notamment avec le PSMA, l'évolution suit plusieurs voies : l'optimisation (évaluation précoce de la réponse au traitement, développement de la dosimétrie, etc.), l'évaluation d'associations thérapeutiques (immunothérapies, inhibiteurs de PARP, chimiothérapies, etc.), l'utilisation dans des stades plus précoces de la maladie et l'utilisation d'isotopes radioactifs différents liés au PSMA.

De nouvelles occasions de collaborer avec les urologues !

Loïc DJAILEB

Interview réalisée par Gaëlle FIARD



FICHE D'INFORMATION PATIENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE NUCLÉAIRE

Effets secondaires éventuels et dose d'exposition aux rayonnements ionisants dans le cadre d'un examen diagnostique :

Si vous êtes enceinte ou susceptible de l'être, ou que vous allaitez merci de le signaler par avance ou dès votre arrivée dans le service.

La quantité de produit administré est extrêmement faible, il n'existe pas de toxicité, les réactions allergiques sont très exceptionnelles.

La dose de rayonnements ionisants délivrée à l'occasion de cet examen est du niveau des faibles ou très faibles doses et correspond approximativement, comme les examens de radiologie, à l'exposition naturelle aux rayonnements ionisants reçue en France sur quelques mois ou années.

A ce faible niveau d'exposition, aucune conséquence néfaste sur la santé n'a jamais été démontrée.

Pendant les heures qui suivront votre sortie du service, vous serez susceptibles de délivrer vous-même, à vos proches et votre entourage, de très faibles doses de rayonnements qui ne présentent aucun risque, y compris pour les femmes enceintes et les jeunes enfants.

Après l'examen :

Il est recommandé de boire régulièrement le jour de l'examen, afin de favoriser l'élimination urinaire du produit injecté.

Vous pouvez utiliser les toilettes habituelles en prenant soin de respecter les règles habituelles d'hygiène (tirer la chasse d'eau et vous laver systématiquement les mains après).

Si vous devez être hospitalisé dans les jours qui suivent, signalez au service d'hospitalisation que vous avez eu un examen scintigraphique.

Certains lieux comportent des détecteurs de radioactivité (aéroports, certains postes frontières...) que vous pouvez déclencher parfois plusieurs jours après l'examen. Un certificat indiquant l'élément radioactif qui vous a été administré peut vous être fourni sur demande.

Aucune mesure d'éviction particulière n'est recommandée pour l'entourage et les sujets contacts, y compris les enfants en bas âge et les femmes enceintes, les doses cumulées étant toujours très inférieures à 1 mSv et très souvent équivalentes à celles délivrées par l'irradiation naturelle de certaines régions sur quelques jours.

Version 1.0 du 28/06/2015





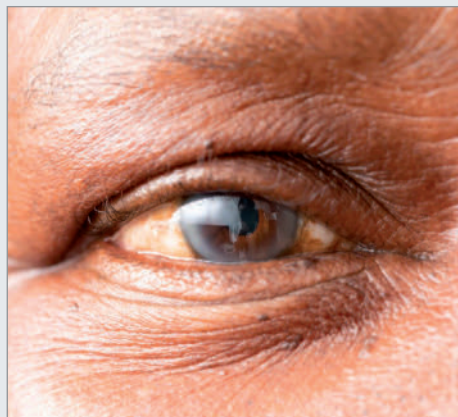
L'ophtalmologie

Traitements urologiques et effets secondaires ophtalmologiques

Plusieurs classes thérapeutiques utilisées en urologie sont suspectées ou reconnues pour être responsables d'effets secondaires ophtalmologiques. L'usage des anticholinergiques et des alpha-bloquants est courante dans la prise en charge des troubles urinaires tant chez l'homme que chez la femme. Certains patients peuvent présenter des pathologies oculaires ou particularités anatomiques qui peuvent être décompensées lors de l'introduction de ces molécules. Plusieurs questions peuvent se poser en pratique quotidienne.

Qu'est-ce que le syndrome de l'iris flasque potentiellement induit par les antagonistes des récepteurs alpha-adrénergiques (autrement appelés alpha-bloquants) ?

Le syndrome de l'iris flasque ou IFIS (*Intraoperative Floppy Iris Syndrome*) a été décrit initialement en 2005. Il se traduit par un iris qui perd sa tonicité, ce qui interfère dans la réalisation d'une chirurgie de cataracte. Le syndrome de l'iris flasque peut être de gravité variable, classé en trois stades de sévérité, de minime à sévère. Il se caractérise par une triade peropératoire complète ou non : un stroma irien flasque qui ondule sous les courants liquidiens intraoculaires durant la procédure chirurgicale, le resserrement de l'iris (ou myosis induit) alors qu'une large di-



latation pupillaire est nécessaire pour la réalisation aisée du geste chirurgical et une hernie de l'iris possible à travers les incisions cornéennes.

Quels sont les risques ophtalmologiques associés au syndrome d'iris flasque ?

Le syndrome de l'iris flasque augmente significativement les risques de complications peropératoires lors de la chirurgie de cataracte comme les traumatismes iriens ou les ruptures du sac capsulaire empêchant ou modifiant les modalités de mise en place d'un implant cristallinien, compliquée ou non ensuite d'inflammation post-opératoire, de décollement de rétine, etc. Il a été montré qu'une exposition récente à la tamsulosine engendre deux à trois fois plus de risque de développer des complications per- ou post-opératoires par rapport à une population témoin. Néanmoins, les taux de complications sont significativement plus élevés en cas d'IFIS non anticipé par l'ophtalmologiste.

Quels sont les antagonistes des récepteurs alpha-adrénergiques potentiellement inducteurs ?

L'incidence de l'IFIS est désormais estimée entre 1,1 et 12,6 % au cours de la chirurgie de cataracte. La tamsulosine par voie orale est responsable de 80 % des cas d'IFIS. Néanmoins, les autres alpha-bloquants (alfuzosine, doxazosine, térazosine, etc.) sont potentiellement pourvoyeurs mais dans une bien moindre mesure. La différence serait en partie expliquée par la plus grande spécificité de la tamsulosine pour les récepteurs α_1A aussi présents au niveau du muscle dilateur de l'iris.

Quelles précautions sont nécessaires avant d'introduire des antagonistes des récepteurs alpha-adrénergiques ?

Il a été montré que l'arrêt de la tamsulosine 4 à 7 jours avant l'opération de la cataracte pourrait être bénéfique, bien qu'il



Julie GUEUDRY

Praticienne hospitalière, Service d'ophtalmologie du CHU de Rouen.

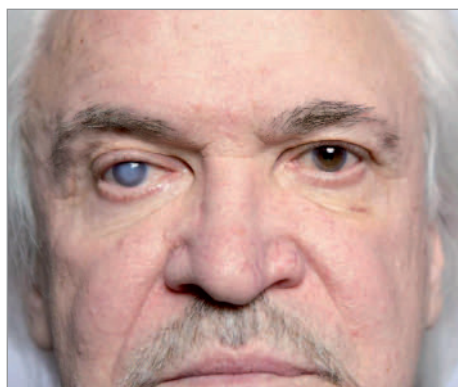
ne prévienne pas l'IFIS complètement, du fait de modifications anatomiques irréversibles de la musculature de l'iris. Le syndrome de l'iris flasque peut néanmoins survenir plusieurs années après l'arrêt de la tamsulosine. Ceci rend difficile l'élaboration d'une conduite à tenir sur la gestion de ces molécules en préopératoire de chirurgie de cataracte. En revanche, il est déconseillé d'instaurer un traitement chez les patients pour qui une intervention de la cataracte est programmée, en particulier la tamsulosine ; il est préférable de retarder sa mise en route.

Quels sont les effets secondaires des anti-cholinergiques ?

Les antagonistes des récepteurs muscariniques ou les anti-muscariniques, aussi appelés « anti-cholinergiques », traitement de l'hyperactivité vésicale, sont largement prescrits. Les anti-cholinergiques agissent également sur les récepteurs d'autres organes, expliquant leurs effets secondaires. Au niveau ophtalmologique, la classique crise de glaucome aigu, rare dans ce contexte, et la sécheresse oculaire sont reconnues.

Le glaucome aigu par fermeture de l'angle est une affection potentiellement cécitante ; la réabsorption de l'humeur

aqueuse au niveau de l'angle iridocornéen devient impossible par son obstruction, favorisée par une petite taille du globe oculaire, l'augmentation d'épaisseur du cristallin et la mydriase qui peut être d'origine médicamenteuse. Ceci entraîne une augmentation forte de la pression intra-oculaire et une souffrance rapide irréversible du nerf optique. Le traitement est une urgence ophtalmologique du fait de la douleur induite et du pronostic visuel très rapidement engagé. Les anti-cholinergiques sont théoriquement à risque de fermeture de l'angle par la dilatation irienne induite qui, en augmentant l'épaisseur irienne en périphérie, favorise la fermeture de l'angle. Cet effet secondaire théorique semble en réalité assez rare.



Les sécheresses oculaires d'origine médicamenteuse sont à envisager en cas de prise d'un médicament avec un effet anticholinergique. L'arrêt du traitement en cause ou la réduction de la dose peuvent diminuer la sécheresse oculaire. Néanmoins, son origine est le plus souvent multifactorielle et l'application de larmes artificielles sans conservateur est le plus souvent débutée pour soulager les symptômes sans se priver d'une thérapeutique potentiellement utile pour les patients.

Est-ce que l'antécédent de glaucome est une contre-indication aux anti-cholinergiques ?

Les patients déjà traités pour un glaucome à angle fermé et suivi par leur ophtalmologiste ont déjà bénéficié d'un traitement permettant de lever le bloc pupillaire, empêchant la fermeture de l'angle iridocornéen. À l'inverse, le glaucome chronique à angle ouvert, le plus fréquent, est un glaucome avec un angle iridocornéen qui n'est pas fermable en mydriase.

Ainsi, pour les patients rapportant des antécédents de glaucome régulièrement suivis par un ophtalmologiste, la prescription d'anti-cholinergiques est possible en sécurité. En revanche, si le patient décrit un antécédent de glaucome négligé ou perdu de vue, il semble utile de réadresser le patient auprès de son ophtalmologiste pour éclaircir la situation avant une éventuelle prescription.

Y a-t-il d'autres traitements prescrits pas l'urologue à retentissement oculaire ?

Références

- Kumar A, Raj A. Intraoperative floppy iris syndrome: an updated review of literature. *Int Ophthalmol.* 2021 Oct;41(10):3539-3546.
- Chang DF, Campbell JR. Intraoperative floppy iris syndrome associated with tamsulosin. *J Cataract Refract Surg* 2005; 31:664-673.
- Information importante sur le syndrome de l'iris flasque peropératoire (intraoperative floppy iris syndrome, IFIS) et la tamsulosine - Lettre adressée par l'Afssaps aux médecins généralistes, ophtalmologues et urologues (15/12/2006).
- Weglinski L, Manceau P, Thomas-Pohl M, Le Breton F, Amarenco G. Évaluation prospective de l'impact des anticholinergiques sur la sécheresse buccale et oculaire chez 35 patients atteints de sclérose en plaque avec hyperactivité vésicale neurogène [Prospective evaluation of mouth and eye dryness induced by antimuscarinic drugs used for neurogenic overactive bladder in 35 patients with multiple sclerosis]. *Prog Urol.* 2017 Mar;27(4):253-260.
- Gani J, Perlis N, Radomski SB. Urologic medications and ophthalmologic side effects: a review. *Can Urol Assoc J.* 2012 Feb;6(1):53-8.
- Szamocki S, Green J. Ophthalmic manifestations of urological drugs. *Trends Urol Mens Health* 2016;7(2): 9-13.

Il n'existe aucune preuve que les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 augmentent le risque de neuropathie optique ischémique antérieure. Seuls quelques cas ont été rapportés dans la littérature. De plus, Il est difficile d'établir un lien causal car les facteurs de risque de dysfonction érectile et de neuropathie optique ischémique aiguë sont similaires. Néanmoins, il est conseillé d'informer le patient de la nécessité de consulter en urgence en cas de trouble visuel et ne pas prescrire ce médicament si le patient présente déjà un antécédent de neuropathie optique ischémique.

La finastéride pourrait être associée à la survenue du syndrome d'iris flasque ; quelques cas cliniques ont été décrits dans la littérature mais cet éventuel risque nécessite des études complémentaires.

Julie GUEUDRY

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 :

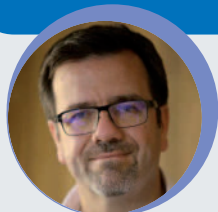
Marianne BOUET
mbouet@afu.fr
01 45 48 06 09

Courrier à adresser à :

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

Mise en page :

Accent Aigu
accent-aigu@wanadoo.fr



Didier LEGEAIS
Président
du SNCUF

À qui peut-on donner les codes CCAM ? À personne !! ou presque...

C'est la Cour de Cassation qui depuis 140 ans l'affirme : « L'obligation du secret professionnel s'impose aux médecins comme un devoir de leur état. Elle est générale et absolue et il n'appartient à personne de les en affranchir » (1885 - arrêt Watelet), arrêt de la chambre criminelle du 8 mai 1947 (Degraene).

Dans ces conditions, les complémentaires santé n'ont absolument aucun droit à exiger le code CCAM pour connaître la pathologie du patient.

C'est dangereux pour les patients car certains assureurs, mutuelles ou institut de prévoyance en plus du contrat santé du patient peuvent aussi être leurs assureurs en prévoyance ou d'emprunt bancaire. Le fait qu'ils connaissent la pathologie du patient pourrait entraîner « par hasard » la résiliation des autres contrats...

Des complémentaires santé exigent des patients le code CCAM de leur intervention afin, disent-ils, de pouvoir les rembourser. Cette demande est illégale et peut entraîner pour les urologues qui communiqueraient ces informations une plainte pénale ou ordinaire pour non-respect du secret médical. Vous trouverez ci-dessous les arguments juridiques et les courriers types pour vous accompagner dans vos pratiques et permettre à chacun de protéger son secret médical et de faire néanmoins respecter les termes du contrat santé de nos patients.

Listes des articles et recommandations

Code de déontologie intégré au Code de santé publique

Article R4127-4 du code de santé publique
Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Article R4127-72 du code de santé publique
Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient ins-



truites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle.

Code de santé publique

Article L1110-4 du Code de Santé publique

- I. Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement... a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, ... Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.
- II. Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.
- III. Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par

décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

- IV. La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.
- V. Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende..

Code pénal

Article 226-13 du Code Pénal

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Conseil national de l'ordre des médecins

Bulletin du CNOM n°8 novembre-décembre 2009 : La CNAMTS, par une décision du 16 janvier 2006, rappelle que les données codées ne peuvent figurer sur les décomptes envoyés aux assurés, ni parmi les informations transmises par les organismes d'assurance maladie aux organismes d'assurance complémentaires. Il en est donc de même pour les médecins.

Bulletin du CNOM numéro spécial secret médical novembre-décembre 2012 : ... la règle est claire : pas de partage d'informations médicales avec les compagnies d'assurances.

Il n'y a pas ici de « secret partagé ». Le médecin traitant d'une personne malade ou blessée ne doit donner aucun renseignement à une compagnie d'assurances. Il doit refuser de répondre à une compagnie d'assurances qui lui demanderait un diagnostic de maladie ou d'autres indications médicales . http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2015/09/Article-4-Secret-professionnel_20150925111331.pdf

Formulaires médicaux et assurances (F. Stefani), Rapport adopté lors de la session du



CNOM de septembre 2007 : *Les médecins des compagnies d'assurance et des mutuelles ne sont autorisés par aucun texte à demander des renseignements au médecin traitant... ; ...les médecins conseils des compagnies d'assurance et de mutuelle sont astreints au secret médical y compris envers l'organisme qui fait appel à leurs services...*

Jurisprudence de la Cour de cassation

La Cour de cassation a consacré la nullité de la clause qui oblige l'assuré à communiquer à l'assureur des informations couvertes par le secret médical pour obtenir le remboursement garanti par le contrat (Cour de cassation, 1^{re} chambre civile, 18 mars 1986, n° 84-15702).

« *L'obligation du secret professionnel s'impose aux médecins comme un devoir de leur état. Elle est générale et absolue et il n'appartient à personne de les en affranchir* » (1885 - arrêt Watelet), arrêt de la chambre criminelle du 8 mai 1947 (Degraene).

Ainsi, il a été admis que :

- Le patient ne peut délier le médecin de son obligation de secret ;
- Cette obligation ne cesse pas après la mort du patient ;
- Le secret s'impose même devant le juge ;
- Le secret s'impose à l'égard d'autres médecins dès lors qu'ils ne concourent pas à un acte de soins ;
- Le secret couvre non seulement l'état de santé du patient mais également son nom ;
- Le médecin ne peut faire connaître à des tiers le nom des personnes qui ont (eu) recours à ses services ;
- Il ne peut donc être dérogé au secret médical que par la Loi.

En conclusion, vous ne devez pas donner le code CCAM aux complémentaires santé, mais certaines sont têtues, aussi vous pouvez donner le code au patient qui décidera de son propre chef, une fois informé, de savoir s'il le donne ou non à sa complémentaire.

Vous trouverez ci-dessous deux courriers types pour la complémentaire du patient et pour le patient pour lui permettre de garder son secret médical.

Au recto de ses courriers je vous invite à rappeler les articles précisés plus haut.

Dans mon département, les complémentaires n'osent plus demander les codes mais souhaitent juste savoir s'il s'agit d'un acte technique médical (ATC : fibroscopie, PBP, etc.) ou un acte de chirurgie (ADC) car les

remboursements et prises en charge ne sont pas identiques.

En créant ces notions d'ATM et ADC, les complémentaires ont réussi à se désengager des honoraires libres de toute l'endoscopie digestive !

Petite entourloupe, jeu de mots, jeu de lettres qui leur a permis d'économiser des millions d'Euros .

À vos devis En espérant que ces informations vous seront utiles.

Didier LEGEAIS

Courrier type Médecin pour la complémentaire

Monsieur le Directeur,

Vos services demandent ou exigent de connaître le code CCAM des patients que nous opérons.

Nous devons vous rappeler que cela est formellement interdit par le Code de santé publique, le Code pénal, le Code de déontologie, la jurisprudence et la Caisse nationale d'assurance maladie.

Vous trouverez ci-dessous tous les articles qui font références.

Nous pouvons juste vous préciser s'il s'agit d'un acte technique médical (ATM) ou d'un acte de chirurgie (ADC) puisque vos prestations dépendent parfois de ce code de classification générale des actes.

Si vos services insistent, je serai malheureusement dans l'obligation de le signaler à la CPAM et à l'ARS.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Courrier type Patient pour la complémentaire

Monsieur le Directeur,

Vos services me demandent ou exigent de connaître le code CCAM de ma prochaine intervention.

Mon médecin me rappelle que cela est formellement interdit par le Code de santé publique, le Code pénal, le Code de déontologie, la jurisprudence et la Caisse nationale d'assurance maladie.

Vous trouverez ci-dessous tous les articles qu'il m'a communiqués pour vous le rappeler.

Il peut juste vous préciser s'il s'agit d'un acte technique médical (ATM) ou d'un acte de chirurgie (ADC) puisque vos prestations dépendent parfois de ce code de classification générale des actes.

Je vous prie donc de bien vouloir trouver ci-joint son devis qui précise le code général (ATM ou ADC) ainsi que le tarif de référence CCAM et le montant de ses honoraires libres.

Je vous remercie de bien vouloir me préciser le montant de votre prise en charge dans le respect des garanties souscrites.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Stéphane
BART

SB - Quelle a été la démarche qui a abouti à créer l'enseignement sur la méditation à Sorbonne université ?

CIB - J'ai créé cet enseignement en 2015, après avoir soumis un dossier à la faculté quelques années avant. A l'époque, ces approches paraissaient contradictoires avec la science et la santé. Aujourd'hui, la santé intégrative a pris sa place dans notre société à l'image du collège universitaire qui s'est créé par la suite en 2017 (<https://www.cumic.fr/>). Actuellement, nous allons accueillir la 8^e promotion et avons formé plus de 250 professionnels de santé.

L'objectif de la santé intégrative est d'intégrer dans l'enseignement des soignants des « outils complémentaires » tels que la médecine chinoise, le yoga, la méditation, l'hypnose, la sophrologie, etc.

Auparavant, la perspective des programmes d'éducation thérapeutique restait très médico-centrée et n'intégrait pas réellement la qualité de vie et l'expérience des patients.

Dans les pathologies rénales chroniques, l'hémodialyse et le suivi de patients transplantés, les patients souffrent d'anxiété et d'anticipation anxieuse. L'éducation thérapeutique ne répondait pas à ces problématiques.

Mon intérêt pour la méditation a également répondu à une curiosité personnelle pour la pleine conscience, au cours d'une vie professionnelle intense. J'ai suivi le programme MBSR (*Mindfulness Based Stress Reduction Program*) et immédiatement réalisé à quel point cela pouvait aider nos patients dans la prise en charge de leur maladie chronique.

À cette époque, il n'y avait pas de proposition hospitalière structurée autour de la pratique méditative si ce n'est celle du Dr Christophe André à Sainte-Anne, mais dans le contexte psychiatrique.

Il m'a conseillé pour accéder à la formation professionnelle pour enseigner. Je me suis donc formée sur 2-3 ans auprès de John Kabat-Zinn à Boston et j'ai commencé à enseigner auprès des patients à l'hôpital en 2012, en intégrant un programme de méditation (gestion du stress) à celui de l'éducation thérapeutique.

Je tire plusieurs enseignements de cette expérience :

- L'attrait des patients pour cette réponse à leur anxiété et leur stress à vivre avec leur pathologie chronique. Mais la méditation n'est qu'un moyen parmi d'autres.
- La confiance dans une approche proposée à l'hôpital par les soignants.
- L'intégration dans un programme d'éducation thérapeutique sans frais pour les patients.

Cela implique que les soignants soient formés et cette activité n'est pas valorisée de manière propre et n'est pas financée. C'est une activité chronophage qui peut empiéter sur le temps médical si le médecin est le formateur.

L'activité de recherche s'est organisée avec quelques étudiants intéressés par cette expérience. Quelques études ont été réalisées avec un impact significatif dans la gestion positive du stress et l'amélioration de la qualité de vie des patients. Ce qui confortait notre ressenti clinique.

L'association à l'éducation thérapeutique apporte un gain supplémentaire en termes d'autonomie des patients face à la gestion de leur maladie chronique (sortir du déni, appréhender ses émotions et sensations physiques liées à la maladie, les accepter, modifier ses habitudes de vie telle que son alimentation, son activité physique).

La méditation s'est donc révélée comme un catalyseur, complémentaire de l'éducation thérapeutique.

Néanmoins, le programme MBSR dans l'ETP s'est révélé un investissement médical chronophage pour un nombre de patients limité. D'où l'idée de former d'autres soignants à la méditation.

De la même manière, il a été proposé aux patients qui le souhaitaient de pratiquer la méditation à l'extérieur.

Un dernier point et non des moindres que l'on découvre avec le temps et l'expérience, la méditation change également la relation personnelle avec les patients et crée un nouvel espace d'échange lors des consultations.



Corinne ISNARD BAGNIS

Corinne ISNARD BAGNIS est médecin néphrologue et professeur à la Faculté de santé Sorbonne Université et praticien hospitalier à l'hôpital Pitié-Salpêtrière et à l'hôpital Tenon. Elle s'est impliquée dans le développement de l'éducation thérapeutique en néphrologie et dirige les activités de néphrologie ambulatoire. Elle a introduit la méditation de pleine conscience pour le bénéfice des patients à l'hôpital dans le cadre de son programme d'ETP en 2012. Elle a créé les premiers enseignements universitaires pour les étudiants en médecine sur les sciences contemplatives et est membre du CUMIC, le Collège Universitaire de Médecines Intégratives et Complémentaires.

Elle a publié deux ouvrages sur la méditation de pleine conscience dans la santé :

- *Que sais-je : la méditation de pleine conscience, 2017, PUF.*
- *La pleine conscience au service de la relation de Soins, De Boeck, 2017.*



Comment a évolué l'enseignement au fil du temps ?

En huit ans, c'est un enseignement qui s'est enrichi des nombreux enseignants pratiquant la méditation et de nouvelles thématiques. Le premier critère est la qualité des enseignants et leur expérience et vécu. La bienveillance infuse les cours et c'est en quelque sorte un espace expérimental de bienveillance entre les étudiants et les enseignants. De plus, le partage et les échanges entre les étudiants au cours de l'année est un voyage initiatique en soi. Cela dénote avec le quotidien professionnel contraignant des soignants (gestion de l'urgence, des pénuries, mode dégradé, perte de sens, etc.).

Nous avons notamment introduit de nouveaux cours sur les sujets suivants : auto-compassion (Claire Mizzi), introduction à la démarche appréciative (Thierry Brigodiot, Geneviève Courbaud, Christine Cayre, Isabelle Brunet), médecine narrative par atelier (Gaëlle Abgrall, Elisabeth Aslangul), alimentation et pleine conscience (Yasmine Lienard et Duncan Benveniste).

Je ne « divulgâche » pas ces cours qui sont passionnants. Ces démarches sont des apprentissages qui se fondent sur la progression positive de la personne, a contrario de certaines pratiques que nous utilisons dans notre métier de soignants où l'apprentissage par l'erreur prévaut. À découvrir.

J'effectue également un cours sur les effets secondaires de la méditation pleine conscience, un cours qui interpelle les étudiants sur les conditions à respecter pour ces propositions. Si la méditation est une compétence universelle, elle ne s'adresse pas pour autant à tout le monde.

De nombreuses innovations ont été réalisées et structurées dans les pays anglo-saxons avant d'être enseignées. Certaines équipes européennes et françaises ont apporté leur pierre à l'édifice.

Qu'en est-il de la méditation dans le cadre de votre formation ?

Contrairement à d'autres enseignements sur ce même sujet, ce DU ne propose pas de programme de méditation obligatoire. Il n'y a pas de programme MBSR intégré. Il s'agit d'une sensibilisation à ces pratiques, et les étudiants qui s'inscrivent s'y intéressent. Ils peuvent donc réaliser un programme MBSR de leur plein gré.

La réalisation d'un programme de méditation nécessite une demande de la part d'un individu et une évaluation d'un formateur, ce qui

induit un entretien préalable, la vérification des motivations et l'absence de contre-indications (telle que l'évolution d'une pathologie psychiatrique aiguë).

En revanche, il y a quelques temps proposés de méditation par les enseignants pour expérimenter leur enseignement spécifique.

Une des motivations des soignants qui réalisent ce diplôme est de mettre en place des aides au quotidien dans leur structure. C'est intimement lié à notre démarche de soignant, et notre vocation professionnelle.

Le cours présentant les risques et effets secondaires de la méditation permet de sensibiliser sur les conditions propices à la réalisation de programmes de méditation type MBSR (environnement propice, évaluation des demandes, responsabilité du formateur).

Par exemple, proposer une sensibilisation à la méditation dans un équipe en souffrance ou en situation de détresse n'est probablement pas la première initiative. Evaluer la situation, mettre à plat les problématiques et libérer la parole sera peut-être la première pierre puis viendra, avec le temps et un travail de réorganisation, une éventuelle proposition incluant la méditation pour les personnes qui le souhaitent. Ne pas mettre la charrue avant les bœufs...

Cet enseignement permet de sensibiliser nos étudiants à proposer des outils et des approches alternatives pour les soignants ou les patients. Il met également les étudiants en face du réel et les prépare à présenter ces programmes dans des environnements administratifs potentiellement non convaincus. La méditation n'est pas toujours bien accueillie même si cette pratique a été popularisée ces dernières années.

Tous les étudiants ne sortent pas du diplôme avec le souhait de se mettre à la méditation ou de créer un programme. Il leur est demandé de valider l'année avec un mémoire concernant un projet soignant ou sur leur parcours réflexif dans la découverte de la méditation.

On entend de « nombreuses vérités scientifiques » sur les bienfaits de la méditation qui sont des fakes. J'ai écrit un livre en 2017 aux éditions De Boeck, qui fait une synthèse des données scientifiques et permet de séparer les données acquises des informations non vérifiées.

Comment voyez-vous l'évolution de cette pratique chez les soignants et les patients ?

D'expérience, il existe un réel impact sur la réduction du stress chez les professionnels

et les soignants, avec un impact en termes de réduction du risque psycho-social. Cela nécessite des évaluations chiffrées.

Pour les patients, comme évoqué, il s'agit d'une aide parmi d'autres pour améliorer leur autonomie, qui tienne compte de leur vécu et l'améliore, en association avec l'éducation thérapeutique. L'impact en termes de qualité de vie est majeur.

Il y a encore de la place pour la recherche dans le domaine des sciences contemplatives dans le monde du soin, autant pour son impact chez les professionnels que chez les patients.

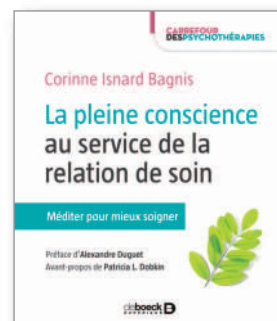
Cela concourt à la richesse et la diversité des propositions des soignants dans leur métier. Il existe un cours lors des études médicales qui présente ces alternatives (médecine chinoise, méditation, etc.). Les patients vont être mieux informés et pourront être adressés vers des formateurs en fonction de leur sensibilité. Il faut donc former des professionnels intéressés.

La reconnaissance de ces programmes et leur valorisation sont nécessaires pour leur développement. Actuellement, le coût pour les patients est un frein (environ 500 € pour la réalisation du programme MBSR).

Ce programme MBSR est l'une des propositions les plus développées, mais je crois que les soignants ont besoin de vivre un programme d'auto-compassion et de le vivre au cœur de leur métier, ce qui est difficile de nos jours.

Corinne ISNARD BAGNIS

Interview réalisée par Stéphane BART



Pour en savoir plus...

- *DU - Méditation, gestion, du stress et relation de soin* (Sorbonne Université). <https://fc.sorbonne-universite.fr/pdf/fiche/?ID=6565>
- <https://www.cumic.fr/>



Olivier
ALENDA

Tour d'horizon de l'offre robotique en 2023

Je remercie le conseil d'administration de l'Association Française d'Urologie (AFU) de me confier la responsabilité du Club Robotique à partir de cette année 2023.

Le club robotique est né le 29 novembre 2006 et a depuis été coordonné conjointement par le professeur Jacques Hubert et par le docteur Thierry Piéchaud.

Une première demande de création du club avait été réalisée par le professeur Jacques Hubert en décembre 2004 au conseil d'administration de l'AFU qui sera finalement acceptée en février 2006.

Ce binôme, issu d'une activité universitaire et libérale, sensibilisera durant toutes ces années la communauté urologique sur l'apparition de l'activité chirurgicale robotisée et réunira les premiers utilisateurs, informera des évolutions techniques successives et présentera les résultats de cette nouvelle voie d'abord en urologie.

La réunion annuelle du club robotique au congrès français d'urologie (CFU) fait état chaque année du développement de la chirurgie robotique, de l'organisation au sein d'un établissement de santé, des moyens de formation et aborde les points de négociation auprès de nos établissements de santé.

Les démarches administratives ont été initiées pour aborder la reconnaissance des actes pratiqués en chirurgie robotique, obtenir une nomenclature et enfin espérer une tarification adaptée au surcoût imposé par cette pratique.

À ce sujet, une saisine menée par le CNPU et soutenue par l'Académie nationale de médecine a été déposée à l'HAS et est en cours de traitement pour les actes de cystectomie et de néphrectomie partielle.

Un certain nombre de parcours de formation universitaire ont été proposés et restent à définir.

Enfin, l'initiation de projet de recherche clinique en chirurgie robotique est devenu indispensable pour la reconnaissance de cette nouvelle pratique.

Comment choisir son robot chirurgical ?

Pour rappel, le concept de la chirurgie robotique est né dans les années 1990 avec la volonté d'accroître la précision du geste chirurgical et d'améliorer la dextérité du chirurgien afin de faciliter la mise en œuvre d'une chirurgie mini-invasive, plus précise et plus respectueuse du patient.

Les nouvelles compagnies proposent des solutions innovantes pour concurrencer le leader Da Vinci et démocratiser la chirurgie assistée par robot.

Le robot Da Vinci

La société *Intuitive* a développé le concept multiports Da Vinci, actuellement abouti à la quatrième génération Xi et en attente de l'arrivée de la cinquième génération qui s'appellera la *five generation multiports* et du premier robot *single port SP*.

Avec ses 5 582 robots implantés à travers le monde, *Intuitive* est leader sur le secteur. La France est placée au 3^e rang mondial en nombre de systèmes Da Vinci installés et 25 000 à 35 000 procédures chirurgicales robot-assistées y sont effectuées chaque année. Ce nombre est amené à augmenter en raison de l'adhésion croissante aux systèmes robotiques et à l'augmentation des offres constructeurs.

Le robot Hugo

Conçu par l'entreprise irlandaise *Medtronic*, il entend répondre aux contraintes de coût. Ce système d'assistance robotique au design modulaire et flexible est dédié à la chirurgie ouverte et laparoscopique, notamment en urologie et en gynécologie. Hugo a reçu en octobre 2021 le marquage CE, sésame à la commercialisation sur le marché européen, et vient d'obtenir l'approbation des autorités sanitaires canadiennes et australiennes.





Le robot Versius

La société **CMR Surgical** a commencé à commercialiser son système de téléchirurgie en 2019. Disposant de la certification CE, Versius est conçu pour les interventions en gynécologie, digestive et urologique. Le système est composé de 4 bras modulables montés sur chariots (caméra endoscopique et 3 instruments chirurgicaux) et d'une console de contrôle. Chacun des bras du robot possède des articulations flexibles qui peuvent être contrôlées par un chirurgien assis à une console à l'aide de deux joysticks et d'un écran 3D HD avec des lunettes 3D passives. Le système Versius laisse la possibilité de prendre en charge un seul bras et d'effectuer des interventions hybrides comme en chirurgie d'urgence avec l'utilisation d'un bras pour le maintien de l'endoscope. CMR prévoit de développer prochainement sa gamme d'instruments supplémentaires pour élargir son champ d'application. Le système a été développé sur une architecture ouverte permettant une meilleure communication avec l'équipe chirurgicale. Différentes formules financières d'acquisition et de location sont disponibles.

laparoscopique standard pour les gestes non maîtrisés sous robot (agrafage, technologies d'électrochirurgie avancée par ultrasons, *vessels sealer*, etc.). Pour cela, Distalmotion

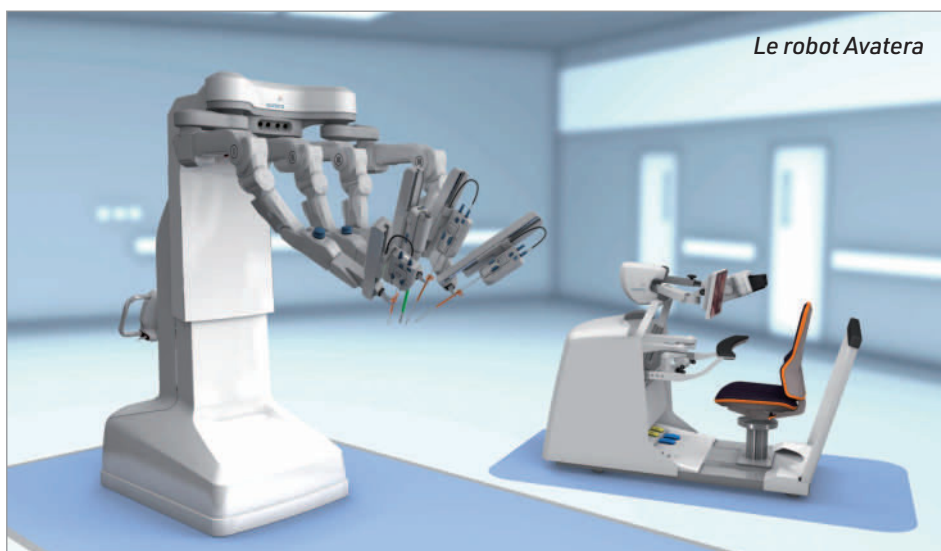
propose une gamme de 6 instruments articulés et stériles à usage unique, adaptés au trocart de 8 mm (porte-aiguille, pince de dissection bipolaire, pince de préhension,



Le robot Versius

Le robot Avatera

La société **Avateramedical GmbH** propose un système de téléchirurgie multiports composé d'une unité de contrôle ouverte et d'une unité robotique chirurgicale avec trois bras dotés de trois instruments chirurgicaux de 5 mm et d'un bras porte-endoscope (de 10 mm). Avatera a obtenu le marquage CE pour les spécialités d'urologie et de gynécologie fin 2019 et a fait ses premiers pas sur le marché à partir de 2021 et est progressivement disponible sur le marché français.



Le robot Avatera

Le robot Dexter

La société **Distalmotion** (Suisse) propose avec Dexter, une plateforme simplifiée composée d'une console de contrôle mobile et de deux bras modulables qui maintiennent les instruments. L'ensemble du matériel ne dispose pas pour l'instant du marquage CE et n'est pas encore commercialisé. Le système ne comprend pas de porte-endoscope et le système vidéo est indépendant. La configuration des bras fournit un espace suffisant pour le maintien de l'endoscope par un assistant ou l'ajout d'un porte-endoscope. Le faible encombrement du système laisse la possibilité de placer la console dans le champ stérile. Dexter vise à augmenter la dextérité et la précision pour effectuer les sutures et les dissections en chirurgie mini-invasive. Il facilite l'alternance à la chirurgie



Le robot Dexter



ciseaux monopolaires, crochet monopolaire). La société propose un business model « pay-per-use » avec une solution en leasing. La location est de 2 200 €/mois comprenant le robot, la formation, la maintenance et les upgrades. Pour les instruments à usage unique, il faut compter 150 € par instrument. Ainsi, l'utilisation de quatre instruments par chirurgie (deux pour la dissection, deux pour la suture) revient à un coût total par procédure de 500 à 700 €.

Le choix entre les systèmes reste flou à cette période mais devrait s'éclaircir rapidement selon le retour d'expérience pratique et scientifique des nouveaux systèmes robotiques.

La commercialisation de nouveaux systèmes devrait bouleverser la répartition du marché fournisseur et contribuer à la baisse des coûts d'acquisition et des frais d'utilisation, liés à une pression concurrentielle plus forte. L'accessibilité à ces technologies devrait donc être facilitée pour les établissements, augmentant de surcroît le nombre d'implantations dans les années à venir.

L'accès facilité à la chirurgie robotique permettra le renforcement des compétences, en permettant à plus de chirurgiens d'accéder à l'excellence des procédures mini-invasives.

Cette évolution permettra la modernisation du parcours de soin, ou encore le développement du parcours de récupération améliorée après chirurgie (RAAC), recommandés par la Haute Autorité de santé (HAS). La chirurgie robotique ou robot-assistée est donc un atout dans cette évolution.

L'écosystème chirurgical et interventionnel change de paradigme et entraîne un bouleversement des pratiques et des institutions. Il est nécessaire de maximiser le pourcentage d'actes mini-invasifs et d'améliorer la démocratie sanitaire (assurer la standardisation des actes chirurgicaux, des formations et de la simulation pour tracer et mesurer l'activité chirurgicale) pour atteindre une efficacité économique.

Les enjeux de cette nouvelle génération du club robotique sont incontournables à plusieurs niveaux :

- Aide au choix entre les différents modèles proposés ;
- Utilisation de l'assistance robotique (mini-invasive et mini-traumatique) associé au nouveau concept des patients et la RAAC devra faire réfléchir aux conséquences sur l'hospitalisation, la chirurgie ambulatoire ;

- Sélectionner les voies de formation pour assurer le meilleur niveau d'expertise avant de démarrer son activité ;
- Négocier avec les directions des établissements pour imposer l'accès au plateau robotique malgré le surcoût économique ;
- Établir les prérequis nécessaires pour rendre un projet robotique viable au sein d'un établissement ;
- Préparer les équipes et le terrain : la mise en avant de la temporalité du projet, le portage médical, la préparation d'équipes chirurgicales de territoire, l'identification de leader dans chaque spécialité chirurgicale concernée

L'actuel clivage entre la robotique traditionnelle et la cœlioscopie va disparaître.

La chirurgie robotique est un atout pour préserver la santé du chirurgien. Assez étrangement, la santé des médecins n'est pas souvent évoquée alors que dans un contexte où la démographie médicale est un enjeu majeur, il convient d'y prêter particulièrement attention. Il faut savoir que la chirurgie, et particulièrement la chirurgie cœlioscopique sans assistance robotique, est très éprouvante pour le corps, du fait des gestes répétitifs et du maintien prolongé de postures inconfortables potentiellement délétères pour le système musculosquelettique. Une étude publiée en 2022 dans *The Journal of robotic surgery*, réalisée sur une population de 462 chirurgiens, a ainsi montré que 87 % des chirurgiens ressentaient « parfois » une gêne pendant l'opération et que nombre d'entre eux considéraient l'âge comme un frein à leurs performances professionnelles, 18,6 % envisageant une retraite anticipée pour des raisons de difficultés physiques et 83 d'entre eux ont rapporté la survenue de malaises.

Aujourd'hui, alors que la robotique s'impose comme le modèle de la chirurgie du futur, il est important de discuter lors du Club Robotique, des modalités de son évolution, non pas dans une perspective purement technologique, mais dans une dynamique collective, interdisciplinaire, intégrant évaluation, formation, financement.

Le Club Robotique doit rester dynamique en associant dans une même réflexion, acteurs publics et acteurs privés, industriels et monde académique (centres d'excellence, sociétés savantes, académies, universités), professionnels de la santé, mais aussi de l'économie afin de réfléchir ensemble à l'amélioration des soins et à la durabilité de l'innovation.

Je suis conscient des enjeux de cette nouvelle mission du club de robotique qui se déroulera le mercredi 22 novembre 2023 de 8h30 à 9h30 et m'entourerai des différents experts pour enrichir le programme du CFU.

Olivier ALEND A

MERCREDI
22/11

Salle 342 A

08 : 30 - 09 : 30

Club

Club de robotique

Organisateur et modérateur :
Olivier ALEND A (Toulon)

Introduction et accueil des nouveaux membres

[Olivier ALEND A \(Toulon\)](#)

Nouveaux acteurs et grands défis

[Jean-Christophe BERNHARD \(Bordeaux\)](#)

Reconnaissance des actes robotiques et de leur tarification : le point sur le dossier

- Nomenclature et chirurgie robotique
[Patrick COLOBY \(Pontoise\)](#)
- Recherche clinique et chirurgie robotique
[Thierry PIÉCHAUD \(Bordeaux\)](#)
- Formation et chirurgie robotique
[Alexandre DE LA TAILLE \(Créteil\)](#)

Chirurgie robotique et indications en urologie

[Marc-Olivier TIMSIT \(Paris\)](#)

Retour d'expérience du système de chirurgie robotique Hugo™

[Romain MATHIEU \(Rennes\)](#)

Développement de programme robotique /
Management de programme robotique /
Optimisation de programme robotique /
Performance médico-économique de programme robotique : les clés pour discuter avec la direction

[Mathieu DURAND \(Nice\)](#)

Conclusion

[Olivier ALEND A \(Toulon\)](#)

Objectifs pédagogiques

- > Mise au point sur l'utilisation du robot en urologie, sur l'état de la législation actuelle et sur la formation en chirurgie robotique.



Intérêt d'une prévoyance

Guillaume Marie, Directeur administratif de Capfinances, a accepté de nous apporter certains éclairages sur les prévoyances, leur intérêt, ce qu'elles assurent et comment elles peuvent être pensées pour les spécificités de chacun.



Chaque année apporte son lot de nouveaux jeunes urologues installés et les plus anciens peuvent aussi être amenés à faire évoluer leurs

garanties.

Comprendre l'importance de la prévoyance pour protéger vos revenus, votre activité, vos proches

Tout d'abord, posons une question centrale : en cas d'arrêt de travail, d'invalidité ou de décès, savez-vous comment protéger votre situation financière et votre famille ? Si oui, alors le sujet de la prévoyance vous est certainement familier. Sinon, cet article va justement pouvoir vous aider à mieux comprendre l'importance de la prévoyance et vous donner les clés pour bien choisir un contrat d'assurance qui saura vous mettre à l'abri des aléas de la vie.

Qu'est-ce que l'assurance prévoyance individuelle et en quoi vous concerne-t-elle ?

En tant qu'urologue, et au même titre que tous les autres professionnels de santé, vous dépendez d'un régime obligatoire de la Sécurité Sociale. Ainsi, en cas d'arrêt de travail temporaire ou long terme, vous bénéficiez d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité pour compenser une partie de la perte de vos revenus. Mais, comme vous le savez peut-être déjà, ces indemnités ne sont généralement pas suffisantes pour maintenir votre niveau de vie, surtout si vous exercez en profession libérale, puisque vous ne percevrez qu'un pourcentage de votre revenu habituel. C'est précisément à ce moment-là que le contrat de prévoyance intervient, en venant compléter le delta entre ces indemnités de base et votre véritable niveau de revenu.

Ainsi, bien qu'il ne soit pas juridiquement obligatoire, le contrat de prévoyance individuel est très fortement recommandé pour assurer votre indépendance financière en cas de problème. Il prévoit non seulement des indemnités pour maintenir vos revenus, mais également des indemnités pour couvrir vos frais professionnels (locaux, salaires, matériel, etc.). En pro-



Guillaume MARIE

Directeur administratif de Capfinances, cabinet de courtage spécialisé en gestion de patrimoine et notamment auprès des professions médicales et libérales.

tégeant votre niveau de revenu, vous protégez votre situation et celle de vos proches face à l'imprévu.

Par ailleurs, si vous êtes en profession libérale, c'est-à-dire un travailleur non salarié (TNS), votre contrat de prévoyance vous permet de bénéficier des avantages fiscaux définis par la Loi Madelin. En effet, celle-ci vous permet de déduire vos cotisations de votre revenu professionnel imposable, dans la limite du plafond de déduction fiscale réglementaire.

Un contrat de prévoyance qui doit vous ressembler

Vous avez peut-être le même métier que votre collègue, mais vous n'avez pas forcément le même cadre de vie, et donc pas forcément les mêmes besoins en matière de protection. Par exemple, si vous avez un conjoint, une conjointe ou des enfants, les rentes « conjoint » ou « éducation » peuvent vous intéresser. En cas de décès de l'assuré, ces garanties prévoient le versement d'une rente à votre conjoint(e) ou à vos enfants, pour lesquels une limite d'âge est souvent fixée. Mais si vous êtes célibataire et n'avez pas d'enfants, alors il n'est pas utile d'associer ces garanties à votre prévoyance.



Prenons un autre exemple : celui des franchises, c'est-à-dire le délai à partir duquel vous allez percevoir les indemnités. Si vous possédez d'importantes liquidités qui vous permettent d'amortir les imprévus temporaires, alors vous aurez tout intérêt à faire baisser le montant de vos cotisations en choisissant des franchises au délai plus long. À l'inverse, si vous possédez peu de liquidités en parallèle de vos revenus, il vous sera alors utile de choisir une franchise courte, afin d'être indemnisé le plus vite possible.

Ainsi, un contrat de prévoyance individuel est un peu comme un couteau suisse : il est constitué d'une base généraliste à laquelle peuvent s'ajouter différentes options. En fonction de votre situation professionnelle et de vos besoins, vous pourrez ajuster les curseurs de votre contrat et choisir le bon outil de votre couteau suisse.

Focus sur 4 points d'attention du contrat de prévoyance

Comme dans tout contrat, il est important de bien prendre connaissance des modalités de votre contrat de prévoyance avant de le souscrire.

Le premier point essentiel concerne l'invalidité. Celle-ci intervient généralement après une période d'arrêt de travail, à la suite de laquelle l'impossibilité d'exercer apparaît comme définitive. L'invalidité s'appuie soit sur un barème dit « fonctionnel », qui s'intéresse à l'impact sur la vie personnelle, soit sur un barème professionnel, qui s'intéresse à l'impact sur l'activité professionnelle. Or, c'est justement sur cette distinction que se situe le point de vigilance : en tant que professionnel médical, il est très important de choisir un contrat qui se base sur un barème professionnel. En effet, les séquelles d'un accident ou d'une maladie n'impactent pas la vie personnelle de la même manière que la vie professionnelle : par exemple, si l'amputation d'un doigt impacte faiblement la vie privée, elle impacte très fortement l'exercice professionnel d'un chirurgien. En choisissant un barème professionnel, l'assuré passe donc devant un comité d'expert qui sera en mesure de reconnaître son invalidité professionnelle jusqu'à 100 %.

Le deuxième point d'attention concerne l'indemnisation en cas d'hospitalisation en ambulatoire. Historiquement, les contrats d'assurance déclenchaient les indemnités à partir de 3 jours d'hospitalisation. Mais face à l'augmentation des actes de médecine ambulatoire, de plus en plus de compagnies d'assurance se sont adaptées à la réalité en prévoyant une indemnisation dès le premier jour d'hospitalisation.

Le troisième point d'attention qu'il convient d'évoquer concerne le cas de la reprise d'activité. L'indemnisation versée dans le cadre d'un contrat de prévoyance suit une logique simple : si l'assuré ne travaille pas, il perçoit une indemnisation, s'il travaille, il n'en perçoit pas. Mais, il est possible de reprendre son activité à temps partiel, dans le cadre de ce que l'on appelle un mi-temps thérapeutique. Dans ce cas-là, les indemnités peuvent être maintenues, souvent à hauteur de 50 %.

Enfin, le quatrième point qui mérite votre attention concerne la couverture des affections psychopathologiques et discographiques. Le *burn-out* et le mal de dos étant devenus les deux grands maux du 21^e siècle, il est important de vérifier leur prise en charge sans conditions dans les garanties proposées par la compagnie d'assurance choisie.

Bien sûr, il s'agit là d'une liste non exhaustive des différentes garanties et options que peuvent comporter les contrats de prévoyance. Mais, ces quatre points d'attention vous permettront déjà de vous orienter vers un contrat adapté à votre profession.

Ce qu'il faut retenir

Vous l'aurez compris, le contrat de prévoyance n'a pas vocation à enrichir l'assuré. S'il intervient dans votre vie, ce sera uniquement pour vous permettre de maintenir votre niveau de revenu. Mais pour qu'il soit à la hauteur, il est primordial de l'adapter à votre situation. Car plus il sera affiné, plus vous serez assuré de payer le montant juste, sans options inutiles et avec des garanties qui vous correspondent. Ainsi, il est également important de penser à adapter son contrat si des changements majeurs apparaissent au cours de votre vie personnelle ou professionnelle.

Enfin, le contrat de prévoyance, c'est comme un parachute : l'idée n'est pas de s'en servir, mais qu'il fonctionne parfaitement le jour où vous en aurez besoin.

Guillaume MARIE



François
RICHARD

Deux textes courts d'Henri Mondor et Georges Pérec à (re)découvrir

Bienvenue à tous les passionnés de littérature et de médecine, à tous ceux qui, comme nous, sont fascinés par les intrications de l'art de l'écriture et les subtilités de la science médicale. Nous vous invitons à plonger avec nous dans l'univers où les mots se mêlent aux diagnostics, où la poésie accompagne la précision chirurgicale et où l'exploration de l'âme humaine se fait parfois à travers l'examen des reins et de la vessie. Dans ce billet littéraire, nous explorons des œuvres, anciennes et contemporaines, qui transcendent les limites de la médecine et de la prose pour offrir un regard nouveau sur le corps, l'esprit, et la condition humaine. Préparez-vous à une aventure intellectuelle unique où la médecine et la littérature se rejoignent pour éclairer notre compréhension de l'urologie et de l'âme humaine.

Julien DESFONTAINES

La rédaction d'UROjonction, dans le but tout fait louable de participer à la poursuite de la haute tenue de la culture littéraire des urologues a décidé la rédaction d'un billet d'humour à propos d'une œuvre littéraire ayant si possible un rapport même lointain avec notre métier. En me choisissant comme premier rédacteur, je la remercie de favoriser ainsi le maintien du fonctionnement cognitif des vieux maîtres en urologie qui, en effet, risquent d'être en stand-by entre deux participations aux déjeuners des sages lors du congrès annuel.

Conscient de la surcharge de travail administratif atteignant la profession et limitant le temps libre, j'ai choisi deux textes courts, à la langue ciselée par deux orfèvres reconnus Henri Mondor (1885-1962) et Georges Pérec (1936-1982), textes pouvant totalement être lus durant l'attente téléphonique habituelle (ou standard !) de n'importe quel service hospitalier français en 2023.

Le discours du premier, à la Sorbonne en 1952, devant la Président de la République, à l'occasion du 150^e anniversaire de la création de l'internat des hôpitaux de Paris, a une résonance historique d'autant plus décalée à notre époque où les pouvoirs publics, sous la pression de lobbyistes bien-pensants, décident de détruire systématiquement les salles de garde avec la complicité de certains représentants d'internes. Pourtant, la qualité exceptionnelle de la langue française distillée par le chirurgien et homme de lettre exceptionnel qu'était Henri Mondor vaut la peine d'être relu par les plus jeunes ce qui les conduira peut être à mieux soutenir et magnifier une histoire passionnante de la construction de la Médecine. Souvenez vous ... votre premier appel d'interne !

« Au premier appel, dans l'hôpital, on voit l'interne, se reprenant aussitôt de la fantaisie, de la turbulence, des aphorismes de controverse, aller vers le malade. Même s'il était bruyamment péremptoire tout à l'heure, parmi les autres, le voici seul et soucieux. Il sait, déjà, que la présence d'esprit, si nécessaire en ses fonctions, s'absente capricieusement. Entre ses responsabilités et ses pouvoirs, entre son érudition de lauréat et l'art du diagnostic, entre un fort en thème et un bon thérapeute, il pressent des écarts redoutables. Ainsi, pendant tous les soirs et toutes les nuits de la ville, de jeunes cliniciens, veilleurs épars, fort instruits par les livres et leurs premiers éducateurs, se trouvent-ils aux prises avec quelques-uns des plus graves problèmes de la médecine, de la chirurgie, et l'urgente nécessité de savoir calmer les épouvantes et trouver les solutions heureuses. Puissante discipline, mais dure, pour les âmes hautes, scandée qu'elle est par la crainte d'avoir, devant la difficulté, à confesser, à un aîné, de l'incompréhension, et par la peur de connaître, après l'erreur, la longue torture du remords. »

Le second, Georges Pérec a publié un bijou de littérature scientifique, intitulé « *Mise en évidence expérimentale d'une organisation tomatotopique chez la soprano* (Cantatrix soprana L.) ».

Cet article remarquable est l'occasion d'insister une « énième » fois sur la désolante ha-

bitude sinon tradition de très nombreux jeunes internes ou médecins (mais aussi malheureusement parfois des universitaires chenus) de ne jamais citer dans la bibliographie des articles qu'ils publient, les publications traitant du même sujet et rédigées par des collègues français contemporains voire historiques, surtout si il y a une éventuelle compétition d'antériorité, de nombre ou de résultats. Ainsi, l'une des premières néphrectomies cœlioscopiques faite au monde (1990) et publiée dans *Progrès en Urologie* par N. Ferry à Dijon n'est qu'exceptionnellement cité par ses contemporains. La raison, facile, la plus souvent opposée est la non exhaustivité des publications françaises dans les bases internationales, qui expliquerait la prédominance anglo-saxonne. Pourtant, on ne se grandit qu'en se comparant à plus grand que soi, même dans sa région.

Vous n'aurez pas de telles mesquineries dans la lecture attentive des 68 références de la bibliographie de l'article de Georges Pérec dont je vous cite une partie de l'introduction : « *Si de nombreuses études expérimentales (Zeeg & Puss, 1931; Roux & Combalusier, 1932), anatomopathologique (Hun & Deu, 1960), comparative (Karybb & Szyla, 1973) et prospective (Else & Vire, 1974) ont permis de décrire avec précisions ces réponses caractéristiques, les données neuroanatomiques aussi bien que neurophysiologiques sont, en dépit de leur grand nombre, étonnement confuses. Dans leurs démonstrations désormais classiques, publiées dans la fin des années 1920, Chou & Lai (1927a, 16, c, 1928a, 16, 1929a, 1930) ont écarté l'hypothèse d'un simple réflexe nociceptif facio-facial qui avait été émise il y a de nombreuses années par certains auteurs (Mace & Doynne, 1912; Payre & Tairnelle, 1016; Sornette & Billvayze, 1925). »*

François RICHARD

- <http://www.leplaisirdesdieux.fr/LePlaisirDesDieux/Histoire/BIBLIO/livres/HenriMondor/HM.pdf>
- <https://www.bevernage.com/humour/tomatotopic>



Christian
SAUSSINE

L'urologie à Strasbourg

En 1708, Jean (Johannes) Salzmann (1679-1738), nommé professeur en 1708, rattacha l'enseignement de la chirurgie à la chaire d'anatomie de l'université de Strasbourg. Il a élevé la chirurgie à la hauteur d'une discipline universitaire en enseignant notamment la taille de la vessie.

François-Laurent Marchal (1746-1814), chirurgien de l'hôpital de Strasbourg depuis 1773, pratiquait couramment la taille vésicale, constituant une belle collection de calculs que conserva précieusement au XIX^e siècle son petit-neveu le professeur Laurent-Anselme Marchal.

La Révolution Française fonda en 1794 trois écoles de santé à Paris, Montpellier et Strasbourg, écoles où la chirurgie est pour la première fois une discipline médicale enseignée à part entière avec création d'une chaire.

À Strasbourg, plusieurs chirurgiens militaires se succédèrent comme titulaires des 4 chaires chirurgicales créées. Parmi eux certains ont laissé une trace en urologie...

Charles-Emmanuel Sédillot (1804-1883), (Figure 1) né à Paris et chirurgien militaire fut reçu en 1835 agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine de Paris. En 1836, il est recalé au concours pour la chaire de chirurgie de Paris, rendue vacante par la mort de Dupuytren, sous l'influence de Lisfranc membre du jury, dont il avait critiqué une technique chirurgicale. En 1839, il est recalé au concours pour la chaire de médecine opératoire de Paris pour avoir présenté une inter-

vention jugée trop audacieuse : le drainage chirurgical de la pleurésie purulente. En 1841, il se présentait au concours des deux chaires de cliniques chirurgicales de Strasbourg récemment libérées par le départ à Paris de Louis-Jacques Bégin (1793-1859) pour le Val de Grâce et le transfert d'Antoine-Léon Boyer (1804-1885) vers la chaire de physiologie de Strasbourg en 1840. Cette fois-ci il est admis comme titulaire en compagnie de Philippe Rigaud (1805-1881), né à Montpellier, docteur en médecine à Paris en 1836 et agrégé d'anatomie à Paris en 1839. En 1858, il inaugura la chirurgie endoscopique de l'urètre par l'uréthrotomie interne et, dans son travail sur la dilatation de l'urètre, il décrivit un nouvel instrument qu'il avait mis au point. Elu membre de l'Académie des Sciences en 1872, il y sera un fervent défenseur de Pasteur et y publiera le 11 mars 1878 une note intitulée : *de l'influence des travaux de Monsieur Pasteur sur les progrès de la chirurgie*. Dans cette note, il propose le mot microbe qu'il vient de créer et qui sera approuvé par Littré et Pasteur. La pratique chirurgicale de Sédillot sera dominée par l'extrême propreté. Il ne touchait jamais une plaie opératoire avec ses mains et opérait à bout de pince. Enfin, il pratiqua les 19 et 29 janvier 1847, deux premières opérations sous anesthésie à l'éther selon une technique décrite par William Morton, dentiste à Boston, trois mois auparavant.

La reddition de Paris le 28 janvier 1871 met fin à la guerre entre la France et l'Allemagne. Le traité de Francfort, le 10 mai 1871, enleva l'Alsace et une partie de la Lorraine à la France. Dès lors, le sort de l'Académie de Strasbourg et de sa faculté de médecine était posé. Lyon qui ne disposait que d'une école de Médecine essaya de récupérer la place vacante de Strasbourg. Montpellier s'émua des prétentions lyonnaises et proposa de répartir les chaires strasbourgeoises entre Montpellier et Paris. Le conseil municipal de Nancy demanda au gouvernement, à l'Assemblée et au ministre de l'instruction publique, l'établissement à Nancy d'une faculté de médecine pour remplacer celle que perdait l'Alsace. Adolphe Wurtz (1817-1884), Strasbourgeois de naissance et de formation médicale et doyen de la faculté de médecine

Le Comité Felix Guyon, chargé des recherches historiques sur l'urologie, reprend ses publications dans UROjonction de la naissance et du développement de notre spécialité dans les principales villes de France.

Vous pouvez retrouver dans nos anciens numéros :

- *UROjonction n°45 (2001) : Histoire de l'Urologie à Nancy ;*
- *UROjonction n°46 (2002) : Histoire de l'Urologie à Toulouse*

de Paris, Adolphe Thiers, Président de la république et Lorrain de naissance, et Jules Simon, ministre de l'instruction publique favorable au maintien sur les frontières du nord-est d'une université complète, nationale pour faire face aux universités Allemandes, ont oeuvré pour que soit signé le 1^{er} octobre 1872 par Thiers un décret instituant le transfert de la faculté de médecine et de l'école supérieure de pharmacie de Strasbourg à Nancy en lieu et place de l'école de médecine et de pharmacie de Nancy.

Au moment du transfèrement en France de la majorité des professeurs titulaires, le médecin-général Sédillot âgé de soixante-huit ans, qui était déjà dans le cadre de réserve de l'armée depuis 1868, sollicita sa mise à la retraite.

Son élève Eugène Boeckel (1831-1900) (Figure 2) alors agrégé depuis 1857 de la faculté de médecine de Strasbourg, aurait dû succéder à Sédillot s'il n'y avait eu la guerre de 1870 mais son temps d'exercice venait d'expirer de part les changements politiques en raison de sa décision de rester à Strasbourg. Il fut professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole libre de médecine qui assura la relève de l'enseignement français et la délivrance des diplômes de 1871 à 1872. Il déclina les propositions flatteuses qui lui furent faites pour intégrer la nouvelle université du Reich créée à Strasbourg en 1872. Il fut alors nommé par l'Hôpital civil de Strasbourg chirurgien en chef chargé du service non clinique de chirurgie (c'est à dire non universitaire). Il fut l'auteur de travaux remarquables sur la chirurgie urinaire. À sa mort, le 23 février 1900, il aura pour successeur son cousin germain Jules Boeckel (1848-1927) (Figure 3) qui perdra son poste suite à sa fuite en France en août 1914. Le 19 novembre 1919, Jules Boeckel est réintégré rétroactivement à l'hôpital et nommé professeur honoraire de la faculté de médecine de Strasbourg. Il sera président du Congrès français de chirurgie en 1921.



Figure 1. Charles-Emmanuel Sédillot

Figure 2. Eugène Boeckel



Avant 1871, Strasbourg avait une Académie dépendant de l'Université de France divisée régionalement en Académies. Les Universités ont été créées en France par la loi du 10 juillet 1896 alors que Strasbourg était allemande. Début 1919, fut créée pour la première fois une Université française à Strasbourg comprenant six facultés dont celle de médecine reçut comme administrateur provisoire Georges Weiss (1859-1931), Alsacien de naissance et professeur à la Faculté de médecine de Paris. Le nom des Georges Weiss avait été suggéré au Président de la république Raymond Poincaré par son chirurgien personnel, le Professeur Edouard Quénu (1852-1933) qui le soignait pour son adénome de la prostate. Georges Weiss fut ensuite nommé doyen par ses pairs le 15 octobre 1919.

À la réorganisation de la faculté de Médecine de Strasbourg en 1919, le service d'urologie au sein de la clinique chirurgicale A (clinique universitaire) fut assuré à partir de 1920 par André Boeckel (fils de Jules Boeckel) (Figure 4) qui a fait ses études médicales et son internat à Nancy puis s'y était formé à l'urologie sous l'égide du doyen Frédéric Gross (ancien agrégé de la faculté de médecine de Strasbourg parti à Nancy en 1871) puis de l'école urologique parisienne. Il fut nommé chargé de cours en 1927 (équivalent d'agrégé en France de l'intérieur). À son décès en 1933, lui succéda René Simon (1890-1979) arrivé à Strasbourg avec son maître Louis Sencert (1878-1924) que Georges Weiss fit venir en 1919 de Nancy pour diriger la clinique chirurgicale A. Cette direction fut ensuite assurée par René Leriche (1879-1955) venu de Lyon, nommé professeur de clinique chirurgicale à Strasbourg en 1924 avant de regagner Paris en 1939 puis par René Fontaine (1899-1979) reçu au concours de l'agrégation de chirurgie en 1933 qui dirigera le service de chirurgie de l'hôpital des réfu-

giés alsaciens-lorrains à Clairvivre en Dordogne jusqu'en avril 1945 avant de prendre la direction de la clinique chirurgicale A à Strasbourg à la libération. René Simon fut nommé agrégé en 1923 et aura la charge de l'enseignement de l'urologie à la faculté et du service à la clinique jusqu'en 1960, année de sa retraite. René Simon fut assisté par Fritz ou Frédéric Bilger qui, dès 1927, recourait largement à l'anesthésie épidurale par voie caudale (c'est-à-dire par l'hiatus sacrococcygien) à l'aide de novocaïne pour les interventions sur la prostate, la vessie, l'urètre ou l'anus. Frédéric Bilger assura l'enseignement de l'urologie de 1959 à 1961 conjointement à ses deux confrères de la clinique chirurgicale B, Eugène Blum et Marcel Heller. En 1961, Claude Bollack (1925-2002) assistant de René Fontaine, fut nommé professeur agrégé et dirigea le service d'urologie de la clinique chirurgicale A jusqu'en 1992. Il sera assisté temporairement par Jacques Cinqalbre (1945-), initiateur de la greffe rénale à Strasbourg en 1977, nommé professeur agrégé en 1982, qui quittera le service d'urologie en 1985 pour créer une unité de transplantation en collaboration avec le service de chirurgie hépatique du Professeur Daniel Jaeck. Il deviendra ensuite chirurgien vasculaire. Il sera ensuite assisté de Didier Jacquemin (1949-) nommé PUPH en 1989 et qui dirigera le service d'urologie de 1992 à 2012 avant de prendre sa retraite en août 2017. Depuis 2012, le service d'urologie est dirigé par Christian Saussine (1959-), nommé PUPH en 1994, assisté de Hervé Lang (1966-), nommé PUPH en 2005. Le service d'urologie dirigé par Claude Bollack, puis Didier Jacquemin, puis Christian Saussine a formé de nombreux urologues : Rieffel René, décédé prématurément, Dorémieux Jean qui travailla en privé à Strasbourg et à la Réunion, Dufour Charles (frère de Bertrand Dufour), Reinhardt Waldemar (Haguenau), Masson Jean (Cannes), Oliveux Alain (Orléans), N'Guyen Qui (Salons de Provence), Pèllerin Jean-Pierre (Metz), Bringer Jean-Pierre (Béziers), Goldschmitt Pierre-Alain (Mulhouse), Py Jean-Marc (Cannes), Mezrahid Philippe (Strasbourg), Bertrand Philippe (Strasbourg), Rougeron Georges (Antibes), Azoulai Gilles qui a fait son clinicat à Necker (Strasbourg puis Montreux), Cuvelier Gilles (Quimper), Ansieau Jean-Pierre (Mulhouse), Delepaul Bruno (Boulogne), Drelon Lionel (Dunkerque et Calais), Faure François (Strasbourg), Candau Christophe (Cannes), Fath Christian (Haguenau), Gimel Pierre (Perpignan), Fernandez Frédéric (Ste Maxime), Renger benoit (Saint Louis puis la Réunion), Abram Fabien (Arles), Wagner

Bernd (Haguenau), Palaczak Robert (Haguenau), Martin Maël (Toulon), Letourneux Hervé (Pau), Onéa Cosmine (Mulhouse), Benhaim Raphaël (Toulouse), Mouracade Pascal, El Jenanne Adil, Zores Tristan (Haguenau), Trolliet Sophia (Strasbourg), Mutelica Lilian, Bergerat Sébastien (Strasbourg), Story Fleur (Luxembourg), Tricard Thibault et De Cian Manon (CCA en cours), Munier Pierre (Assistanat spécialisé en cours).

En 1912, débuta la construction, à l'initiative de la direction des Hospices civil et de la ville de Strasbourg, d'un deuxième bâtiment hébergeant une clinique chirurgicale d'abord non universitaire puis qui devint universitaire en 1919 sous l'appellation clinique chirurgicale B. Elle fut dirigée par Albert Stolz (1870-1948) dès son inauguration peu avant la guerre de 1914 puis par Alfred-Georges Weiss (1898-1979), fils de Georges Weiss, nommé agrégé à 29 ans, à partir de 1938. Alfred Weiss organisera cette clinique chirurgicale en fonction des diverses spécialités chirurgicales et Marcel Heller, chirurgien adjoint de polyclinique et Eugène Blum s'occuperont d'une unité d'urologie. A la clinique chirurgicale B, se forma également Charles Viville (1929-) (Figure 5) qui, faute d'avenir universitaire en urologie, se forma au contact de l'école Parisienne et s'installa en ville à Strasbourg. Il fut Président du congrès de l'AFU en 1993.

Dans les différentes cliniques de Strasbourg, ont exercé ou exercent comme urologue et non cité plus haut, Raïga, Lantz, Welsch Roger, Réziciner Serge (attaché en chirurgie B), Dorémieux Jean, Belot Gérard, Arnal, Weidmann Jean-Daniel, Spie Romain, Ravier Emmanuel, Belot Pierre-Yves.

Christian SAUSSINE

Référence

L'histoire de la médecine à Strasbourg publiée par la faculté de médecine de Strasbourg en 1997 aux Editions de la nuée bleue.

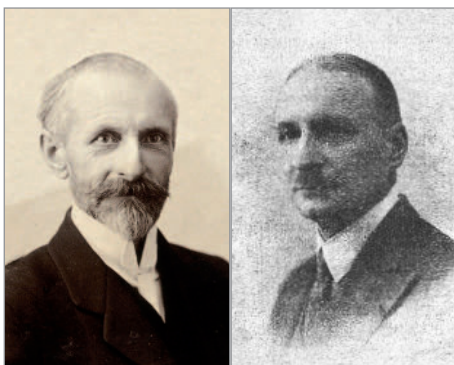


Figure 3. Jules Boeckel

Figure 4. André Boeckel



Figure 5. Charles Viville



William BERCHICHE

Congrès Onco-Urovar 2023

A l'occasion du dixième anniversaire du congrès Onco-Urovar, ses organisateurs, les docteurs Olivier Alenda et Jean-François Berdah, et l'ensemble du comité scientifique ont invité l'AFUF à Toulon pour animer une session scientifique le 14 septembre en fin d'après-midi.

Cette participation s'inscrivait dans une démarche d'ouverture du congrès aux jeunes générations d'urologues et d'interactivité avec leurs collègues expérimentés autour d'un programme de qualité, adapté et diversifié.

Au cœur du palais des congrès de Toulon, se sont alors succédés le Pr Raphaële Renard-Penna, le Dr Michael Baboudjian et le Dr Anna Goujon pour traiter respectivement de l'imagerie prostatique, de l'actualité en onco-urologie en 2023 et de la transplantation rénale en situation oncologique.

La journée s'est poursuivie avec un cocktail dans les salons du palais puis d'une soirée haute en couleur sur le thème du cabaret moderne.

Le congrès, marqué par une série de conférences passionnantes, de transversalité et d'échange, a tenu toutes ses promesses et ses créateurs tendent déjà la main à l'AFUF pour la prochaine édition.

Nous tenions encore à remercier encore les organisateurs et espérons vous voir nombreux en 2024 !

William BERCHICHE
Représentant Europe de l'AFUF

ONCO UROVAR



Denis SÉGUIER

Rencontres de l'AFUF 2023 à Reims : un millésime champenois réussi

Les Rencontres de l'AFUF 2023 qui se sont tenues à Reims ont marqué une étape clé dans l'année des adhérents de l'association. Cet événement a fidèlement servi de plateforme pour l'échange de connaissances professionnelles et l'apprentissage collaboratif, établissant un terrain propice au partage d'expériences et à la discussion scientifique.

La première journée, consacrée au séminaire chirurgical, a mis en lumière des vidéos chirurgicales pré-enregistrées, commentées par des experts. Les thématiques, centrées sur la chirurgie fonctionnelle, ont rencontré l'adhésion des participants. Cette session a facilité une compréhension plus approfondie des techniques chirurgicales récentes comme par exemple l'urétéroplastie robot par lambeau de muqueuse buccale présentée par l'équipe de Rennes représentée notamment par Benoit Peyronnet !

La deuxième journée, axée sur l'oncologie avec une attention particulière sur le cancer de la vessie, a été l'occasion d'explorer les avancées actuelles dans le traitement de cette pathologie et aussi de fournir des clés aux jeunes urologues présents pour une meilleure prise en charge au quotidien.

Suivie d'une olympiade de chirurgie robotique et d'une visite détendue d'une cave à champagne, cette journée a permis d'équi-

librer le sérieux des discussions scientifiques avec un moment de convivialité.

Le dernier jour, dédié à la transplantation et la fertilité, a ouvert des discussions éclairantes sur ces domaines cruciaux. Prise en charge des cancers dans le contexte de transplantation rénale, place de l'urologue dans les parcours en lien avec les pathologies de la fertilité. Les échanges ont été bénéfiques et la multidisciplinarité des intervenants a permis d'offrir un horizon large sur ces questions.

Un remerciement spécial est dû aux orateurs distingués notamment venus de Reims, Rennes, Paris et Lille, dont les interventions ont grandement contribué à la richesse du programme scientifique. Leur expertise et leur disponibilité ont été un atout majeur pour la réussite de cet événement. De même, la participation active et l'engagement des participants ont été au cœur de la dynamique positive ressentie tout au long du congrès.

Les retours positifs des participants mettent en avant la satisfaction générale quant à la structuration et au contenu du congrès. Les moments de convivialité en soirée, appréciés par tous, ont contribué à renforcer le sentiment de communauté et les liens professionnels au sein du groupe.

Le prochain rendez-vous est déjà anticipé avec impatience, il est fixé pour septembre 2024 à Lille.

Denis SÉGUIER
Trésorier de l'AFUF
Pour le comité d'organisation des Rencontres de l'AFUF 2023





Arthur
PEYROTTE

Laissez-nous vous présenter

FRACT'AFUF

ela fait maintenant 6 ans que l'AFUF propose des travaux de recherche nationaux à ses internes. Après TRAUM'AFUF, TORS'AFUF et TRANSPLANT'AFUF, 8 publications scientifiques dans des revues internationales et plus de 15 abstracts en congrès, le mandat 2022-2024 vous propose son nouveau projet : FRACT'AFUF !

Ce dernier consiste à réaliser une base de données multicentrique, internationale et rétrospective sur les fractures de la verge. Entité peu courante, souvent mal connue, parfois négligée, la fracture des corps ca-

verneux reste peu étudiée dans la littérature. L'objectif de FRACT'AFUF est de créer une base de données fournie et exhaustive sur les caractéristiques démographiques, cliniques, chirurgicales et fonctionnelles des patients ayant été opérés pour une fracture de la verge. De nombreuses variables seront renseignées pour tenter d'apporter des réponses à certaines questions qui sont à l'heure actuelle encore en suspens : quel degré d'urgence ? Quel devenir fonctionnel ? Quel abord privilégier ? Intérêt du bilan d'imagerie ? Place de la posthécotomie et du drainage ? Etc.

Après avoir recueilli l'aval du Comité d'Andrologie et de Médecine Sexuelle (Pr Huyghe) et sollicité ses pairs experts sur le sujet, l'AFUF est convaincue de l'intérêt d'un tel travail collaboratif. Une charte a été rédigée et le cadre législatif a été vérifié afin d'assurer une totale transparence. La base est prête et n'attend plus qu'à être remplie. Le projet devrait se mettre en place dans les jours à venir. Alors n'attendez plus !

Internes, assistants, chefs de cliniques... vous êtes tous conviés à participer. Un mail de diffusion nationale ne saurait tarder. N'hésitez pas à contacter vos référents régionaux ou les membres du comité FRACT'AFUF pour toute information complémentaire.

Nous comptons sur votre participation !

Arthur PEYROTTE
Représentant AFUF Île-de-France
Pour le Comité FRACT'AFUF
(Gaelle Margue, Stéphan Lévy, William Berchiche, Fayek Taha, Emilien Seizilles de Mazancourt, Arthur Peyrottes)

SUC2024

Séminaires d'Urologie Continue 2024 Jeudi 18 - Samedi 20 janvier 2024 - Hôtel Mercure Chantilly

Six modules d'enseignement vous sont proposés pour l'édition 2024 et peuvent valider votre DPC

- Lthiase, endo-urologie
Responsable : Olivier TRAXER
- Cancérologie - Vessie, Rein
Responsables : Arnaud MÉJEAN, Thierry LEBRET
- Infectiologie
Responsable : Franck BRUYÈRE
- Urologie fonctionnelle
Responsables : Xavier GAMÉ, Alain RUFFION
- Cancérologie - Prostate, OGE
Responsable : Pierre MONGIAT-ARTUS
- Andrologie, médecine sexuelle
Responsable : Eric HUYGHE

Pour vous inscrire, merci de nous retourner votre bulletin complété à l'adresse afu@afu.fr.

Téléchargez le bulletin sur urofrance : <https://www.urofrance.org/wp-content/uploads/2023/09/BI-SUC-2024.pdf>

Tous les SUC débutent le jeudi aux alentours de 17h00 et se terminent le samedi à 12h00. Un transfert en autocar sera organisé le jeudi après-midi au départ de Paris, idem pour le retour du samedi depuis l'hôtel.

Retrouvez toutes les informations :

<https://www.urofrance.org/typeevent/suc/>