

Bonne Année

n° 130  
Janvier

# UROjonction 2024

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

[www.urofrance.org](http://www.urofrance.org)

**AFU** ASSOCIATION  
FRANÇAISE  
D'UROLOGIE

## Éditorial

**C**e début d'année est bien sûr l'occasion de se souhaiter une très bonne année 2024 pleine de succès et de joie mais aussi de faire le point sur les acquis de 2023 et les perspectives et objectifs de 2024.

L'année 2023 a permis la réalisation d'avancées dans la vie de notre association :

- Un rapprochement clair avec les patients et les associations de patients par la journée des patients au sein du congrès français d'urologie, les journées d'information sur le cancer de la vessie, sur l'incontinence et sur la détection précoce du cancer de la prostate ainsi qu'un début de rapprochement avec les comités scientifiques.
- La défense de notre spécialité actuellement malmenée par le décret sur la chirurgie pédiatrique qui mobilise actuellement le CNPU, le syndicat et l'AFU pour permettre la poursuite de la prise en charge des enfants.
- Un congrès annuel avec une participation en forte hausse (+30 %) et la possibilité pour tous de faire le point sur les nouvelles stratégies thérapeutiques.
- Une modification des règlements intérieurs de l'AFU permettant pour les prochaines élections un vote électronique ou en présentiel pendant le congrès.
- L'engagement de l'AFU sur la santé de l'homme avec une forte communication dans les médias en novembre en plus de notre événement sportif du Ventoux 2.
- L'accélération de la transition énergétique de l'AFU avec des actions sur la réduction de nos émissions de CO<sub>2</sub> en limitant les déplacements et en valorisant et en promouvant les actions de la commission développement durable.



Alexandre de la TAILLE  
Président de l'AFU

## Excellente Année 2024 !

- A l'initiative du CNU, une formation à la communication a été proposée aux jeunes universitaires et s'étendra à l'ensemble des membres qui le souhaitent.
- Une actualisation et une évolution des fiches d'information patients en intégrant des vidéos et les traitements médicaux/ suivis seraient à entreprendre.

Pour 2024, plusieurs points devront être traités :

- La poursuite du déploiement du registre des marqueurs urinaires des tumeurs superficielles de vessie intégrant bases de données et recherches scientifiques.
- Un lien fort sera établi entre l'AFU, le syndicat, le collège et le CNP afin d'avoir une cohésion et un travail fédérateur et réactif par rapport aux demandes de nos tutelles.
- Dans les relations internationales, un point fort sera la tenue de l'EAU à Paris du 5 au 8 avril et sera l'occasion de rencontres entre nos 2 associations.
- Des congrès permettant de faire le point sur les spécialités ou se mettre à jour : JOUM, JAMS, SUC, journées thématiques...

Bien sûr, d'autres sujets viendront se greffer sur le travail du CA de cette année que nous discuterons régulièrement avec vous via les outils de communication de notre association.

En vous souhaitant une très belle et heureuse année 2024 !

Alexandre de la TAILLE  
Pour le CA de l'AFU



Retrouvez-nous... sur Facebook Urofrance et sur Twitter @AFUurologie

Collège Français des Enseignants d'Urologie

**CIFIEU**



Syndicat National  
des Chirurgiens  
Urologues Français

**AFUF**

**URO** DIFFUSION

**AFIIU**

ASSOCIATION  
FRANÇAISE  
DES INFIRMIERS  
ET INFIRMIÈRES  
EN UROLOGIE

**The French Journal of Urology**

- FJU : l'AFU diversifie son offre éditoriale ..... 3  
François KLEINCLAUSS, Vanessa AVRILLON
- Quand my tailor is rich... s'invite à Progrès en Urologie ..... 4  
Romain BOISSIER
- Il y a du changement du côté de Progrès en Urologie... ..... 5  
Romain BOISSIER

**En direct du CA**

- Réunions du CA du 20/10 et du 21/11 à la MUR ..... 6  
Gaëlle FIARD

**Dossier - Bilan du 117<sup>e</sup> CFU**

- Retour sur le 117<sup>e</sup> CFU ..... 7  
Blandine TAMARELLE
- Quelques moments forts du 117<sup>e</sup> CFU ..... 10  
Charlotte METHORST
- Retour CFU 2023, AUDE à l'unité ..... 11  
Latifa ROUACHE
- Vécu et réalisation du rapport du congrès 2023... ..... 11  
Charlotte METHORST
- La soirée GénérationSAFU : un franc succès ! ..... 12  
Benjamin PRADÈRE
- La première Journée Patient d'Urologie (JPU) ..... 13  
Julien BRANCHEREAU, Blandine TAMARELLE
- Dans les coulisses de l'essentiel du congrès ..... 14  
Caroline PLASSAIS, Benoit MESNARD, Blandine TAMARELLE
- Les bourses de l'AFU ..... 15  
Blandine TAMARELLE
- Témoignages de boursiers  
Romain LEFRANC, Thomas PRUDHOMME ..... 16
- Vincent MAYORAL ..... 17
- Frédéric PANTHIER ..... 18

**Éthique et déontologie**

- Données relatives au patient ..... 19  
Julien DEFONTAINES
- CNOM : RGPD et protection des données ..... 22  
Jean-Marcel MOURGUES, Julien DEFONTAINES
- Données de santé et appli de prise de rendez-vous ..... 24  
Ismail MANSOURI, Julien DEFONTAINES
- La cybersécurité au cœur des préoccupations... ..... 25  
Arnaud VANDESMET, Julien DEFONTAINES

**European urologist champions league**

- Urologists in Europe ..... 26  
Tanja HÜSCH, Julien DEFONTAINES

**Dans les coulisses... des Comités de l'AFU**

- Renouveau au CTAUFU ..... 27  
Thibaut CULTY
- Nouvelle responsabilité au CUROPF ..... 28  
Benoît PEYRONNET
- Nouvelle responsabilité au CCAFU ..... 28  
Mathieu ROUMIGUÉ

**Accréditation**

- L'effet tunnel en santé ..... 29  
Vanessa AVRILLON, Stéphane BART, Bertrand POGU, Frédéric VAVDIN
- Regards croisés sur la SSP Effet tunnel en santé ..... 29  
Eric BENFRENCH, Stéphane BART
- SSP Effet Tunnel : les événements indésirables vus sous l'angle des biais cognitifs ..... 30  
Marie CONIEL, Vanessa AVRILLON
- Les décisions absurdes : l'apanage des gens intelligents ? ... 31  
Christian MOREL, Vanessa AVRILLON, Frédéric VAVDIN
- La surconfiance dans la prise de décision professionnelle ... 33  
Camille LAKHLIFI, Stéphane BART

**Actualités**

- Quelle différence entre installation/passage en SELARL ou en SNC ? ..... 35  
Myriam LETEURTRE, Solène CHOIGNON, Blandine TAMARELLE
- Fiche RCP promontofixation ..... 36  
Sophie HUREL, Benoît PEYRONNET
- Approvisionnement en BCG ..... 38  
Le Bureau de l'AFU

**SNCUF**

- E-réputation : que faire, que dire, comment agir ..... 39  
Didier LEGEAIS
- La publicité des médecins enfin possible ?... ..... 40  
Olivier ALENDA

**Ces métiers en lien avec l'urologie...**

- Place du néphrologue dans la prise en charge de la lithiase urinaire ..... 43  
Sandrine LEMOINE, Priscilla LEON

**Hommage**

- Christine Autin et l'AFU ..... 44  
Patrick COLOBY, Thierry LEBRET
- Hommage de la communauté urologique à Christine Autin ... 45

**Histoire de l'urologie française**

- L'urologie à Montpellier ..... 49  
Etienne CUENANT

**Art et médecine**

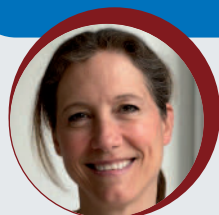
- La leçon d'anatomie du Docteur Tulp ..... 51  
Julien DEFONTAINES

**FAX AFUF**

- Retour sur la journée de l'AFUF 2023 ..... 53  
Pierre-Luc DEQUIREZ
- Soirée de formation Movember du 21/11/2023 ..... 54  
Paul MATTE, Arthur PEYROTTE

**Urorisq**

- Programme de la 16<sup>e</sup> Journée URORISQ - OA-AFU ..... 56  
Vanessa AVRILLON, Stéphane BART, Bertrand POGU



Vanessa AVRILLON



François KLEINCLAUSS

# The French Journal of Urology : l'AFU diversifie son offre éditoriale

*Avec l'arrivée de The French Journal of Urology et la nouvelle formule de Progrès en Urologie FMC, l'offre de publications de l'AFU s'enrichit. Décision forte du Conseil d'Administration de l'association, elle a pour objectif principal de répondre aux attentes des urologues en matière de contenu informatif, mais également de permettre aux articles publiés un rayonnement international jusqu'à présent limité en raison de l'utilisation du français comme langue d'écriture. Le Pr François Kleinclauss, rédacteur en chef des revues Progrès en Urologie et The French Journal of Urology, nous explique les tenants et aboutissants de cette évolution éditoriale.*

**UJ - L'AFU va éditer un nouveau support, The French Journal of Urology, qui publiera des articles scientifiques en anglais. L'anglais est-il devenu incontournable pour permettre l'indexation des revues scientifiques et le référencement des articles dans PubMed ?**

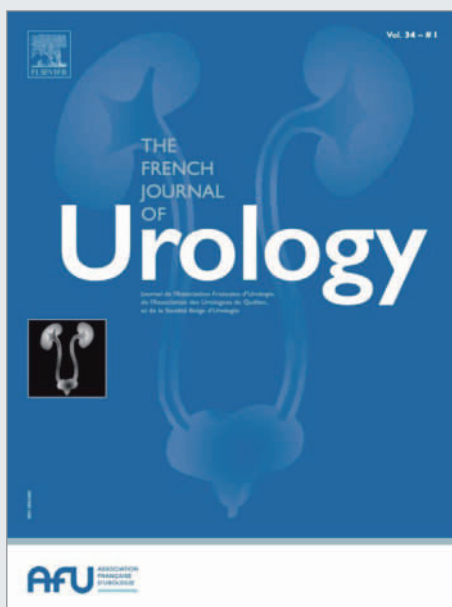
**FK** - Je tiens à insister sur un point : il s'agit bien d'un enrichissement de l'offre de publications. Progrès en urologie va fusionner avec Progrès FMC et s'intituler Progrès en urologie FMC. Nous publierons donc un journal anglophone, *The French Journal of Urology*, et un magazine francophone, *Progrès en Urologie FMC*. Disposer d'une revue anglophone est devenu indispensable pour la survie de la publication concernée. *The French Journal of Urology* éditera des articles scientifiques en anglais. Tous les grands journaux scientifiques sont en anglais et cette langue est devenue incontournable pour une diffusion plus large du travail de leurs auteurs. Il faut savoir également qu'aujourd'hui la survie des journaux est liée à ce que l'on appelle l'*Impact Factor* qui représente l'impact du magazine dans la communauté scientifique. L'*Impact Factor* est calculé tous les ans sur la base d'un ratio entre le nombre

de fois où des articles du journal sont cités par d'autres articles et le nombre d'articles publiés. Les articles rédigés en langue française sont forcément moins cités que ceux publiés en anglais. Depuis quelques années, *Progrès en Urologie* accepte des articles en anglais qui sont cités dans d'autres supports, ce qui a permis d'accroître l'*Impact Factor* de cette revue. Cet impact du journal va être pris en compte par les plateformes de référencement des articles scientifiques dont la plus connue est PubMed. Chaque année, ces plateformes suppriment quelques journaux qui sont en queue de peloton avec un *Impact Factor* très faible. À partir du moment où un journal n'est plus référencé, publier dans ses colonnes perd de son intérêt pour les auteurs. Il y a un deuxième point important. En France, comme dans beaucoup d'autres pays, le nombre d'articles publiés par un médecin, couplé à l'*Impact Factor* des journaux dans lesquels ils sont édités, participent à l'évaluation de son travail. Un médecin qui souhaite un poste hospitalo-universitaire, un avancement, une bourse de recherche, sera interrogé sur ses publications et ses points SIGAPS eux-mêmes directement liés à l'*Impact Factor*. Un chercheur français a tout

intérêt à disposer de beaucoup de points SIGAPS et, pour cela, doit publier majoritairement dans des revues à haut *Impact Factor*. Il faut savoir aussi que nos universités et nos établissements de santé touchent des financements (dans le cadre des MERRI : missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation). Il s'agit de financements attribués en fonction des points SIGAPS engendrés. D'où l'intérêt pour une équipe de recherche de publier ses travaux dans les colonnes des journaux à bon *Impact Factor*. Le constat que nous avons fait était que *Progrès en urologie*, parce qu'il était publié en français, était peu cité donc risquait de disparaître des plateformes de référencement et offrait peu d'intérêt pour les urologues en termes de publication.

**Les articles publiés dans *The French Journal of Urology* seront consultables en français et en anglais sur urofrance. Comptez-vous sur une extension du lectorat au niveau international ?**

*The French Journal of Urology* sera un journal scientifique purement anglophone avec, à terme, un objectif d'*Impact Factor* à 3/3,5. *Progrès en Urologie* est aujourd'hui à 1,9, ce qui correspond au bas de l'échelle. Pour comparer, le *Journal Européen d'Urologie* dispose d'un *Impact Factor* à 23. De nombreuses sociétés savantes françaises ont fait évoluer leurs journaux scientifiques en optant pour l'anglais. Aucune ne regrette cette démarche car toutes ont vu leur *Impact Factor* augmenter de façon assez considérable. Nous comptons sur une extension du lectorat mais espérons aussi attirer des auteurs étrangers anglophones. Depuis quelques années nous acceptons les articles en anglais. Mais le fait d'avoir un journal anglophone avec un titre anglophone et un site de soumission anglophone va nous permettre aussi d'attirer des auteurs étrangers. D'un point de vue scientifique, cela contribuera à un apport conséquent d'information et de contenu scientifique. Nous pourrons aussi solliciter des reviewers anglophones. Tout cela enrichit considérablement l'offre qui était jusque-là assez restrictive.





**Progrès en Urologie devient Progrès en Urologie FMC et continuera de paraître en français. Quel sera son contenu et le lecteur y trouvera-t-il aussi des articles à caractère scientifique en français ?**

*Progrès en Urologie* éditait jusqu'à présent à la fois des articles scientifiques et des articles pédagogiques. Le journal va être intégré à *Progrès FMC* avec un volume de numéros plus important. Il continuera à comporter des articles scientifiques qui seront publiés en français. Ces sujets scientifiques ou pédagogiques en langue française ne seront pas cités au niveau international.

Les articles de *Progrès en Urologie FMC* seront consultables en français sur urofrance. Quant à l'abstract des articles de *The French*

*Journal of Urology*, il sera disponible dans les deux langues. Les articles majeurs qui seront publiés en anglais seront aussi traduits en français par un logiciel de traduction automatique et accessibles sur urofrance, de façon à ce que les lecteurs francophones ne soient pas pénalisés.

**Les modalités de proposition de publication dans *The French Journal of Urology* restent-elles inchangées ?**

Les modalités de proposition d'articles vont rester globalement inchangées. Comme c'était le cas pour *Progrès en Urologie*, *The French Journal of Urology* acceptera des articles scientifiques, des articles originaux, des méta-analyses ou des revues systématiques de la littérature. La politique éditoriale

va quelque peu être modifiée et les articles sur la formation, la pédagogie ou la démographie médicale et urologique par exemple seront plutôt orientés vers *Progrès en Urologie FMC* que vers *The French Journal of Urology*. Les jeunes en formation pourront continuer à proposer des articles scientifiques qui passeront dans *Progrès en Urologie FMC*. Le journal publiera notamment les articles de thèses sur des séries rétrospectives monocentriques qui ont un intérêt certain dans l'activité quotidienne des services mais ont un impact scientifique international légèrement moins important.

François KLEINCLAUSS

Interview réalisée par Vanessa AVRILLON



Romain BOISSIER

## Quand *my tailor is rich* et *Brian is in the kitchen...* s'invitent à Progrès en Urologie

En 2024, *Progrès en Urologie* change de titre et devient *The French Journal of Urology*. La revue fait aussi peau neuve avec une nouvelle couverture bleu roi qui ne laisse pas de doute sur sa nationalité. Mais la grande nouveauté, c'est le changement de langue. Car si *The French Journal of Urology* est bien français par ses origines et son comité éditorial dirigé par François Kleinclauss, assisté de Benjamin Pradère, Benoit Peyronnet, Christophe Almeras, Jean-Christophe Bernhard, Marc-Olivier Timsit, Mathieu Roumiguié, Romain Mathieu, Romain Boissier et Thierry Roumeguère, et bien *The French Journal of Urology* (FJU) parle désormais l'anglais.

Les auteurs vont désormais devoir soumettre au FJU en anglais. Écrire un article scientifique en anglais en 2023 est-ce que c'est si compliqué ? Comme le disait le personnage d'un Disney rendant hommage à la grande cuisine française « *tout le monde peut cuisiner* ». Rédiger un article scientifique c'est d'abord suivre une recette et, comme en cuisine, les recettes les plus simples sont souvent les meilleures. Quand bien même vous étiez plutôt coq au vin ou bœuf bourguignon et ne considérez pas l'agneau à la menthe et la kidney pie avec appétit, écrire un article scientifique en anglais n'est pas une fatalité.

La première règle c'est le format IMRAD : Introduction, Matériel et méthode, Résultats et Discussion. Pour les nombres de mots, référez-vous aux instructions aux auteurs de la revue ; celle de *Progrès en Urologie* vont être traduites en anglais mais elles ne changent pas : <https://www.sciencedirect.com/journal/progres-en-urologie>, pour un article original c'est 2800 mots et 30 références maximum.

Dans un article scientifique, chaque partie a un rôle précis : l'Introduction doit brièvement résumer les connaissances et le but de l'étude. Les Matériels et méthode décrivent la méthodologie, soit la vraie recette de l'étude : critères d'inclusion, période d'inclusion, critères de jugement, statistiques, etc. Les Résultats doivent être objectifs ; ils rapportent de façon neutre et systématique les résultats que les matériels et méthodes avaient annoncés.

La Discussion est la plus sujette au syndrome de la page blanche, car elle exige plus de qualités d'auteur-romancier que les autres parties, mais en contrepartie elle laisse tout le champ libre à l'auteur pour montrer sa maîtrise et sa connaissance du sujet. Carte blanche donc sur le contenu de cette partie discussion à structurer en 4 à 5 paragraphes successifs pour : résumer les données

rapportées dans l'étude, puis les comparer aux données précédemment publiées dans des études similaires, avant tout mettre en valeur l'originalité et la plus-value de l'étude rapportée, mais mentionner aussi ses limites, enfin expliquer en quoi l'étude pourrait changer les pratiques et les perspectives. Chaque paragraphe débute par une idée directrice, puis le corps du paragraphe vient justifier et développer le raisonnement :

**Exemple :** *Le passage à anglais était une nécessité pour assurer la continuité de Progrès en Urologie en tant que revue scientifique référencée Pubmed. En effet, son impact factor faible risquait de l'exclure de la liste des revues référencées. Le passage à l'anglais est une solution éprouvée par d'autres sociétés savantes avant l'AFU. Il a permis à des revues en français d'augmenter significativement leur impact factor qui est le baromètre incontournable des revues scientifiques. Afin de ne pas se couper de ses lecteurs francophones en France et dans le monde, un résumé en français sera systématiquement associé et la version entièrement française sera disponible sur Urofrance.*

A noter que la structure de phrase la plus simple : sujet + verbe + complément est la plus à même de rapporter un raisonnement scientifique, qu'il faut éviter les adverbes ou les approximations et que chaque phrase de

l'article même lue isolément doit être compréhensible et informative.

Pour ne pas cumuler d'emblée les difficultés, il est conseillé d'écrire l'article en français puis de traduire le manuscrit en anglais. Pour cela plusieurs solutions sont possibles. Il existe de nombreux sites de traduction en ligne. Les sites gratuits sont bien sûr les moins élaborés, Google traduction en tête. C'est avec ces outils de traduction gratuits en ligne qu'une structure simple de phrase prend tout son sens, puisqu'il permettra d'obtenir rapidement un résultat tout à fait satisfaisant, en traduisant chaque paragraphe de l'article un par un pour ensuite retravailler la traduction dans les détails. Les sites payants proposent le plus souvent des abonnements ou des forfaits au nombre de mots. Ils sont en général plus élaborés, traduisent des structures de phrase plus complexes et reproduisent même la mise en page de l'article, permettant d'obtenir très simplement et en quelques clics un résultat suffisant. Enfin, il y a bien sûr les traditionnels « traducteurs ». Attention à sélectionner un traducteur spécialisé en écriture médicale, plutôt qu'un traducteur « improvisé ». Un traducteur spécialisé en article de médecine vous demandera de lui fournir les instructions aux auteurs de la revue et un exemple d'article publié dans ladite revue, cela pour mettre l'article au format exact. Il vous proposera d'abord un devis, en général proportionnel au nombre de mots du manuscrit. Plus qu'anglaise, la littérature scientifique est avant tout américaine et pour le traducteur expert il existe des nuances de vocabulaire entre les deux et selon les revues (ex : « tumor » plus américain vs « tumour » plus anglais). L'appel au traducteur est certainement la solution la plus couteuse, quoiqu'en faisant soit même une traduction en anglais avec un outil en ligne gratuit puis de demander ensuite au traducteur non pas une traduction complète mais une mise à niveau de l'anglais, le coût s'en verra très nettement diminué.

Pour ceux qui estiment que leur carrière d'écrivain scientifique sera aussi brillante que fugace, il est tout aussi défendable de travailler avec un outil gratuit en ligne, que de se reposer sur un traducteur spécialisé et rémunéré. Enfin, ne partez pas vaincus d'avance, car si la littérature scientifique est avant tout en anglais, les relecteurs scientifiques ne sont pas eux-mêmes des « native english speakers » la plupart du temps. Aussi, pour *The French Journal of Urology*, c'est promis, on sera bienveillant.

## Il y a du changement du côté de Progrès en Urologie...

Il y aura du changement pour les revues *Progrès en Urologie* en 2024. Jusqu'à présent, *Progrès en Urologie* c'était 2 revues produites en partenariat avec la société d'édition Elsevier : d'abord *Progrès en Urologie*, une revue indexée Pubmed, avec 12 publications papiers par an, coordonnée par François Kleinclauss et son comité éditorial, et puis son petit frère *Progrès en Urologie FMC* (Formation Médicale Continue), revue non référencée avec 4 parutions annuelles dont le contenu était coordonné par Yann Neuzillet.

Après 6 ans à la tête de progrès FMC, il était temps pour Yann Neuzillet de passer la main et je rends honneur au travail qu'il a effectué ainsi que son comité éditorial : Gaëlle Fiard, Sarah Drouin, Georges Fournier, Maxime Vallée, Michael Baboudjian et Gauthier Raynal. C'est à la dernière réunion du Conseil d'Administration de l'AFU, la veille du 117<sup>e</sup> Congrès Français d'Urologie, que j'ai eu l'honneur de voir ma candidature au poste de Rédacteur en chef de *Progrès en Urologie FMC* validée par le CA pour les 3 prochaines années.

### Quels changements pour les 2 revues *Progrès en Urologie* en 2024 ?

C'est d'abord *Progrès en Urologie* qui change de nom, de couverture et qui devient *The French Journal of Urology* en passant à l'anglais. Passer à l'anglais c'était une nécessité pour éviter son déclassement du statut de revue référencée Pubmed, et une solution éprouvée avant nous par d'autres spécialités médicales, pour doper l'*impact factor* (niveau de citation des articles de la revue), baromètre incontournable des revues scientifiques internationales. Mais *Progrès en Urologie* c'était avant tout un étendard pour la francophonie qu'il était indispensable de ne pas couper de ses lecteurs en France et à travers le monde. Aussi, dans ce nouveau format, le FJU comportera un résumé en français en plus du résumé en anglais, ces résumés en français seront repris au sommaire de *Progrès en Urologie FMC*. Enfin,

tous les articles du FJU seront accessibles, entièrement traduits en français, sur le site Urofrance.org.

*Progrès en Urologie FMC* reste le « *Progrès FMC* » si apprécié des collègues. Il passe de 4 à 6 publications annuelles, plus un 7<sup>e</sup> numéro qui inclut les résumés de communications du CFU, cela toujours au format papier. Ce qui fait le succès de *Progrès FMC* ne change pas : des mises au point sur toute l'urologie (oncologique et non oncologique), des ordonnances commentées, les avis d'experts, la veille juridique, etc.

Son nouveau comité éditorial devient aussi un comité de lecture, pour un nouveau format d'article qui fait son entrée à *Progrès FMC* : les articles de Thèse. La validation du DES d'urologie impose la publication d'un travail original dans une revue à comité de relecture. *Progrès en Urologie* n'était pas en mesure d'absorber tous les articles de thèse de nos jeunes collègues, d'une part du fait du nombre (80 thèses par an environ), d'autre part du fait d'un manque de qualité de certains manuscrits, les revues anglophones étant souvent préférées à *Progrès* pour les meilleurs travaux scientifiques. Le FJU a pour objectif d'attirer des travaux scientifiques de meilleure qualité et de transférer les travaux de qualité moindre vers *Progrès FMC*. En tant qu'universitaire, je vois dans cette organisation une résolution équitable et mutuellement profitable au problème de l'IF faible de *Progrès en Urologie*, et la problématique des non-validations du cursus de nos jeunes collègues par manque de cet article clé. Ces articles de thèse transférés à *Progrès FMC* seront présentés dans un format court, qui gardera la structure d'un article scientifique classique, et nécessitera un travail de relecture par le Comité éditorial que je dirigerai.

Avec un comité de lecture, 6 parutions papiers par an, l'introduction d'articles scientifiques, la mise en place d'un site de soumission et un contenu qui reste 100 % français, cela au format papier et en ligne sur Urofrance, jamais *Progrès en Urologie FMC* n'aura autant ressemblé à feu *Progrès en Urologie* (désormais *The French Journal of Urology*) pour devenir finalement LA revue francophone d'urologie.

Romain BOISSIER, Membre du Comité éditorial de *The French Journal of Urology*  
Rédacteur en Chef de *Progrès en urologie FMC*





Gaëlle FIARD

## Réunions du CA du 20 octobre et du 21 novembre à la Maison de l'Urologie

**D**epuis le dernier numéro d'Urojonction, 2 réunions du conseil d'administration de l'AFU se sont tenues à la MUR les 20 octobre et 21 novembre derniers. Que retenir de ces deux journées riches en discussion ?

### Du nouveau à venir pour les SUCs

Alors que les inscriptions sont closes pour les prochains Séminaires d'Urologie Continue qui se tiendront du 18 au 20 janvier 2024 à Chantilly, la question se pose du renouvellement des modules qu'il est nécessaire d'anticiper, l'ensemble des programmes devant être déposé très en amont pour répondre aux critères du DPC. La mission est confiée au Comité de Formation Continue fraîchement renouvelé, de recueillir auprès des membres de l'AFU leurs attentes en termes de formation continue, afin de proposer des modules de SUCs répondant au mieux aux besoins. On compte sur vous pour participer et donner votre avis lorsque l'enquête sera diffusée !

### Bilan positif pour la com' AFU

La nouvelle organisation mise en place avec nouvelle agence de communication et instauration d'un groupe de travail communication très actif et réactif a permis un beau développement de la visibilité de l'AFU sur les réseaux sociaux et notamment LinkedIn. Les nouveaux supports (vidéos, réels, podcasts) et la diversification des plateformes ciblent maintenant également le grand public, notamment autour des 3 événements clés que sont la semaine de la continence, le mois de la vessie et le mois de la santé masculine. Pour chacun de ces événements, des kits de communication incluant affiches et kakemonos peuvent être mis à la disposition des membres de l'AFU en faisant la demande. En attendant, n'hésitez pas à partager les publications AFU sur vos propres réseaux pour contribuer au rayonnement de l'AFU.

### Parler anglais au CFU ? Yes, we can !

Le CA a voté, il sera désormais possible pour nos collègues étrangers ayant vu leurs travaux acceptés après soumission (en français !) au

Congrès Français d'Urologie, de présenter en anglais sous réserve que leurs diapositives soient rédigées en français – ou l'inverse. Il sera alors du rôle des modérateurs d'assurer la bonne compréhension de l'ensemble des participants en aidant si nécessaire la traduction des questions à l'issue de la présentation. Pour les membres de l'AFU, pas de panique, le français reste la langue officielle du CFU, pour la soumission comme les présentations. Par ailleurs, suite au succès de la magnifique intervention de Pr James N'Dow durant le CFU, il faut s'attendre à entendre à nouveau quelques mots d'anglais prononcés avec talent par d'autres urologues inspirants par-delà nos frontières lors des prochaines éditions... *stay tuned* !

### Progrès en urologie FMC prend de l'ampleur, bienvenue au nouveau rédacteur en chef

Le CA du mois de novembre a été l'occasion d'élire le nouveau rédacteur en chef de *Progrès en Urologie FMC* qui, suite à la création de *The French Journal of Urology*, devient LE journal francophone de notre association, avec plus de numéros et des numéros étoffés afin d'accueillir également les articles

en français soumis par nos collègues francophones, après évaluation par le futur nouveau comité de lecture. Félicitations à Romain Boissier qui succède à Yann Neuzillet avec la lourde tâche de continuer à mettre en valeur l'urologie française et francophone dans un journal auquel les membres de l'AFU sont très attachés et dont le nouveau visuel a été dévoilé durant l'AFU. Au revoir *Progrès en Urologie*, vive *Progrès en Urologie FMC 2.0* !

### Renouvellement des responsables de comités

Enfin, le CA a voté pour le renouvellement des responsables de plusieurs comités scientifiques. Félicitations à Maxime Vallée, qui succède à Franck Bruyère à la tête du CIAFU, Thibaut Culty qui remplace Marc-Olivier Timsit à la tête du CTAUFU, Mathieu Roumigué qui prend la suite de Yann Neuzillet au sous-comité vessie du CCAFU et Benoît Peyronnet qui succède à Jean-Nicolas Cornu pour la responsabilité du CUROPF. Enfin, Morgan Rouprêt est renouvelé pour un nouveau mandat à la tête du CCAFU.

Gaëlle FIARD





Blandine TAMARELLE

## Retour sur le 117<sup>e</sup> CFU

C'est avec plaisir que chacun semble avoir pu participer à cette nouvelle édition du Congrès français d'urologie. La preuve de l'attraction pour ce congrès est l'augmentation de 4 % de participation globale.

### Les chiffres du congrès

- + 27 % du nombre de médecins présents (1 300).
- Une répartition similaire des modes d'exercice public, privé ou mixte que les années précédentes dont seulement un tiers exerçant en secteur privé.
- 294 jeunes urologues inscrits à la journée de l'AFUF (soit 65% des adhérents AFUF)
- Hausse de la participation infirmière (+ 10,3 %) qui n'atteint cependant pas encore les seuils des années avant Covid.
- +7 % de publications supplémentaires de nos confrères originaires du Maghreb.

### Les outils numériques du congrès

- L'usage de l'application devient de plus en plus courant avec 58 % des inscrits ayant téléchargé l'application du congrès.
- 399 visualisations des replays à J15 du congrès.
- les parcours du congrès (parcours lithiase ou HBP) qui permettaient de vaquer au gré d'une thématique tout du long du congrès.

Pour profiter encore des enseignements de ce congrès retrouvez en ligne en replay les 8 séances plénières, la séance officielle du congrès, l'essentiel et le rapport du congrès.

Certains pourront témoigner d'une audience parfois débordante à certaines sessions, d'un amphithéâtre Havane plus que comble (notamment durant les 15 minutes concernant les recommandations en infectiologie). Le questionnaire de satisfaction du contenu

**117<sup>e</sup>**  
**CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE**  
 22-25 NOVEMBRE 2023  
 PARIS, FRANCE  
 PALAIS DES CONGRÈS

### Le CFU 2023 en quelques chiffres

**3716 inscrits (+ 4 %)**

**+ 27 % de médecins inscrits**

**+ 10,3 % d'infirmier(e)s**

**294 inscrits à la journée de l'AFUF (65 % des adhérents AFUF)**

**1/3 de médecins du secteur privé**

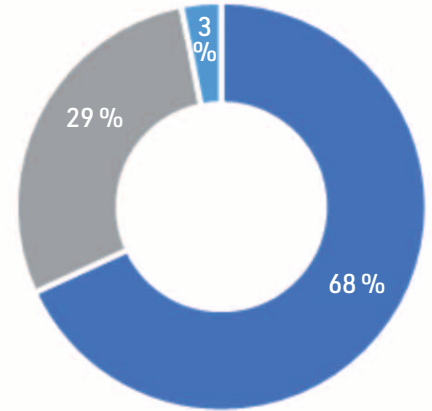
**96 % de taux de satisfaction**

**399 visualisations des replays à J15**

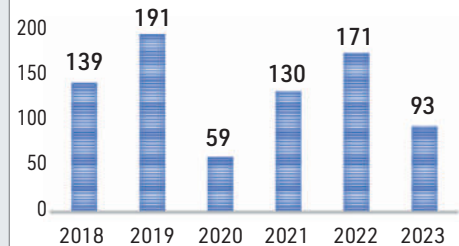
**1 698 téléchargements de l'application**

Secteur d'exercice des urologues participant au congrès

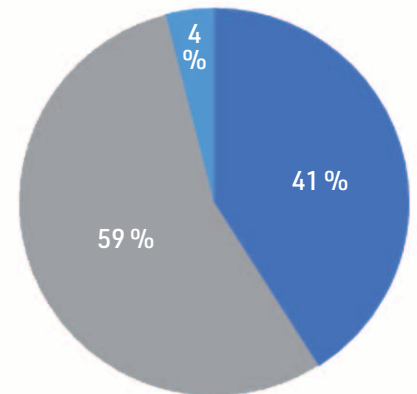
Public Privé Mixte



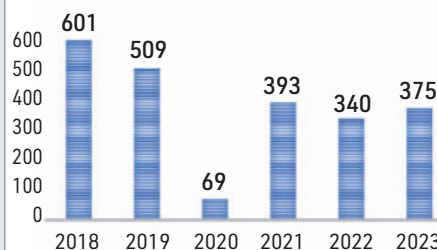
Évolution des participations aux Journées des kinés de 2018 à 2023



Taux de satisfaction du contenu scientifique (110 réponses à J15 du congrès)



Évolution des participations aux Journées de l'AFIU de 2018 à 2023



scientifique rapporte 96 % de personnes satisfaites et très satisfaites.

### Les temps forts du congrès

**La journée du meeting de l'ARTP** : c'est plus d'une centaine de personnes, adhérents de l'ARTP pour 70 % ou participants du congrès, qui s'est réunie autour de la médecine de précision des cancers de la prostate (modèles d'organoïdes, voies de signalisations et traitement personnalisés). En ressort des axes de travail et de recherche autour de la prise en charge personnalisée des cancers de la prostate. Le prochain rendez-vous du meeting de l'ARTP aura lieu au Palais des congrès de Paris, le 20 novembre 2024.

**L'accueil de l'EAU avec la présence du Pr James NDow, secrétaire général adjoint de l'EAU.** *Portrait (issu de l'université d'Aberdeen) : James N'Dow est directeur de l'unité académique d'urologie de l'Université d'Aberdeen (Ecosse - Royaume uni) depuis sa création en 2001. Ses activités de recherche couvrent la synthèse des preuves, les essais, l'élaboration de lignes directrices, la science de la mise en œuvre et l'utilisation du Big Data pour compléter les données des essais traditionnels. Il a été rédacteur coordonnateur du groupe Cochrane sur l'incontinence et a fait ses preuves dans la réalisation d'essais nationaux en urologie financés par le NIHR. Nommé président du conseil d'administration du bureau des lignes directrices de l'Association européenne d'urologie en 2014. Sous sa direction, les lignes directrices de l'EAU sont devenues les lignes directrices de*

*pratique chirurgicale urologique les plus complètes et les plus fiables au monde, approuvées par 75 pays.*

**La session de la SFUPA- AFU sur le devenir de la pratique de la chirurgie pédiatrique.** La Journée SFUPA-AFU (Section française de l'urologie pédiatrique et de l'adolescent) Urologie reconstructrice et transitionnelle organisé par le Pr Bernard Boillot a été l'occasion de revenir sur l'avenir de la chirurgie urologique pédiatrique.

Comme vous le savez, les règles d'exercice de la chirurgie des enfants en France sont en train d'évoluer, avec l'objectif habituel d'améliorer la qualité des soins mais sans considération de la situation hospitalière ni démographique médicale.

Depuis le mois de décembre 2022, deux nouveaux décrets s'imposent aux établissements de santé et indirectement à leurs équipes pour la prise en charge chirurgicale des enfants. Ils viennent conforter des anciens textes déjà restrictifs pour les enfants de moins de 3 ans. Ces décrets ont été complétés par une position de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) en janvier 2023 qui rappelle la nécessité d'un environnement dédié à l'enfant avec des anesthésistes formés et entraînés pour la prise en charge des enfants entre 3 et 10 ans. Au-delà, la SFAR considère, sauf cas particuliers, que les enfants rejoignent la population adulte. Cette position est contradictoire avec deux décrets de fin d'année qui veulent restreindre toute la chirurgie réglée de l'enfant de moins de 15 ans (en particulier en urologie, gynécologie, orthopédie et chirurgie digestive) mais pas en permanence des soins pour les enfants de plus de 3 ans.

L'émoi est grand parmi les urologues exerçant en dehors des CHU, qui assurent régulièrement la chirurgie simple, d'urgence et de proximité, à l'idée d'abandonner des pans entiers de territoire en renvoyant les patients dans des structures pédiatriques trop rares et déjà incapables de remplir leurs missions dans de bonnes conditions.

Face à ce risque d'effondrement sanitaire, il fallait à la fois comprendre la genèse de ce désastre possible et réfléchir à un amortissement de ces décrets. C'était le but de cette session AFU-SFUPA qui posait la question : les urologues pourront-ils encore opérer les enfants ?

Un échange avec l'un des coordonnateurs de la session, le Pr Bernard Boillot, m'a paru instructif pour retranscrire ce qui s'y était passé.

Il ressort de cette session que :

- le projet initial aspire à diminuer la morbidité en chirurgie pédiatrique et assurer à la population des soins de qualité ;
- chaque partie a pu retranscrire ce qu'il avait réalisé dans l'objectif de définir les modalités de sécurité de la pratique de la chirurgie pédiatrique :
  - l'exemple de terrain avec le Dr Boyer ;
  - le ministère ;
  - les CNP de chirurgie pédiatrique avec le professeur Poli Merol et d'anesthésie réanimation avec le Professeur Dahmani,
  - l'analyse édifiante des chiffres de la CCAM par le Pr Richard ;
- les chirurgiens pédiatres auraient du mal à absorber l'ensemble des procédures même les plus simples, actuellement assumées par les urologues adultes, trois fois plus nombreux.
- il est nécessaire de convaincre nos confrères anesthésistes, qui pourraient être découragés, de ne pas exclure de leur pratique la chirurgie pédiatrique.
- il apparaît indispensable de discuter avec nos ARS, premier relai local de la mise en application de ce décret, afin de se faire l'écho de ce qui semble adapté au terrain.

Il n'y a, à ce jour, aucune urgence à changer les habitudes ce d'autant que la pratique régulière de la chirurgie pédiatrique est l'une des conditions pour prétendre à poursuivre cette activité. Il ne s'agit pas non plus de craindre d'être considéré comme incompetent si l'on exerce cette activité de longue date.

La question se pose cependant pour les futures générations, dont les nouvelles maquettes de formation, réduite d'un an, ne proposent pas systématiquement le passage dans un service de chirurgie pédiatrique. Il est encore à réfléchir, comment assurer une relève suffisante pour assurer la charge de l'activité de chirurgie pédiatrique si l'on compte les seuls effectifs de chirurgiens pédiatres.

Ainsi, encore une fois, c'est ce rôle de connexion et de rencontre que cette session de l'Urologie pédiatrique et de reconstruction semble avoir tenu, et c'est pour favoriser le partage et l'échange de connaissance qu'elle donne rendez-vous chaque année au congrès français d'urologie.

**La qualité des enseignements en cours**, toujours matinaux, mais moins qu'à l'habitude (8h30) étaient également à la hauteur de l'expertise des orateurs et de l'intérêt des participants.





Le samedi, ce qu'il ne fallait pas manquer...

**Le rapport du congrès sur l'infertilité masculine** dont le trio de rapporteur (Dr Charlotte Methorst, Dr Eric Huyghe, Dr Antoine Faix) formé et reconnu pour ce rapport avait déjà conquis d'avance l'assistance pour une thématique qui n'avait pas fait l'objet d'un rapport depuis plus de 20 ans et dont Charlotte Methorst nous retrace la manière dont ce rapport a été abordé et conçu. Le Dr Charlotte Methorst nous fait le retour de cette expérience en pages 11 et 12.

Mais aussi **Le Forum du bien-être de l'urologue** « 60 minutes pour vous approprier un outil simple pour manager vos équipes », thématique du management en santé que nous développerons lors d'un prochain numéro d'UROjonction courant 2024.

**La remise des prix**, avec son lot de reconnaissance mutuelle de l'association envers nos pairs et de ces confrères pour l'association et ce qu'elle porte.

#### La séance officielle

C'est un discours édifiant et poétique que nous a délivré le Pr Soulié, montrant sa reconnaissance et mettant à l'honneur ses pairs et prédécesseurs cotoyés tout au long de son parcours. Il introduit également le témoignage du Dr Erik Orsenna.

Il s'agissait encore une fois d'un moment incontournable et plein d'émotions notamment lors de la remise des bourses et des prix, en témoignaient les larges sourires des élus de ces bourses et de ces prix.



#### Remise des prix : des prix, pour qui ? Pour quoi ?

C'est à l'occasion de la dernière journée qu'ont été remis les différents prix.

##### • Médaille Félix Guyon à Paul MÉRIA

Cette médaille Félix Guyon est destinée à honorer des personnalités françaises ou étrangères, urologues ou non, en activité, pour les services rendus tant à l'urologie qu'à l'Association Française d'Urologie sur proposition du Conseil d'administration.

Témoignage de Paul Méria à ce sujet « *C'est un cadeau qui m'a été fait, d'autant plus apprécié qu'il m'est remis par un ami, Michel Soulié, qui préside magnifiquement ce congrès. Cette distinction honorifique me touche par le fait qu'elle est votée par des collègues et qu'elle valorise alors 35 ans de carrière au service de la communauté urologique qui m'est chère et dont je salue le fonctionnement exemplaire qui lui vaut sa renommée auprès des hautes instances* ».



##### • Prix Matula Français à Gaëlle FIARD

Ce prix s'emploie à récompenser un/une urologue de moins de 40 ans pour ses travaux de recherche et son implication dans l'urologie après avis consultatif du conseil scientifique puis vote des administrateurs. Il s'agit d'un prix à l'origine « Européen » qui a trouvé cette année sa traduction par l'AFU et a été décerné à une jeune Professeur et chef de service d'urologie : le Professeur Gaëlle Fiard.



##### • Prix de l'Innovation René Küss à Claude-Clément ABBOU

Ce prix est décerné à un urologue qui aura au cours de sa carrière été un leader dans le développement de notre spécialité et/ou de l'enseignement, sur proposition du conseil d'administration.



##### • Prix de la meilleure communication du congrès 2023 à Armin PRIAM

Titre de la communication : *Portage séminal du papillomavirus humain, anomalies du spermogramme et infertilité masculine : une étude de cohorte française*. Ce prix est décerné sur proposition du secrétaire général de l'AFU et du comité d'organisation du CFU.



Armin Priam, doctor junior en 2<sup>e</sup> année à Amiens nous parle de son projet : « *C'est dans le cadre de mon parcours avec FST que je me suis intéressé à l'andrologie, notamment pour ne pas méconnaître ce pan de la spécialité mais également ne pas avoir peur de prendre en charge cette partie un peu plus « médicale » de la spécialité soit méconnue soit peu mise en avant au sein de la communauté chirurgicale. Qu'il s'agisse d'un projet de thèse ou non, je souhaitais avant tout bien faire le travail. Si la présentation a plu, c'est tout le travail en amont qui était important. Sans doute que la thématique était d'actualité à l'heure où la virologie a été abordée dans cette période post-Covid mais également avec l'émergence de la vaccination contre les HPV. C'est grâce au fait que j'ai été pendant 6 mois dans un service de médecine de la*

reproduction que j'ai pu faire sérieusement ce travail qui par ailleurs a permis de mettre en évidence des chiffres significatifs. Ce projet a fait le lien entre l'Urologie et la Médecine de la Reproduction. J'avais préalablement présenté ce projet à l'EAU à Milan mais également à l'AUA à Chicago où il été bien reçu malgré ma faible pratique de l'Anglais. J'ai constaté à l'Eurep que l'androgénologie ou la sexologie sont plus développées dans certains pays européens. C'est super que cette présentation ait été mise à l'honneur, le prix tombe à point nommé avec la thématique du rapport du congrès à moins que ce ne soit l'inverse. Je reçois avec reconnaissance ce prix. »

### • Prix du meilleur relecteur de Progrès en urologie à Ugo PINAR

Quelques questions au Dr Ugo Pinar m'ont permis de savoir :

- que cela représente pour lui environ 3 à 4 articles par mois, en moyenne 2 heures par article en suivant globalement la même trame de relecture ;



- que c'est d'autant plus facile à relire qu'il s'agit d'une thématique qui l'intéresse ;
- que c'est une façon pour lui de filer un coup de main à la communauté, particulièrement pour Progrès.

Alors avis aux intéressés pour vous lancer aussi comme relecteur si l'on vous le propose.

C'est aussi autour de moments conviviaux que se sont rejoints nombres de participants à ce congrès avec comme réelle nouveauté et qui semble avoir fait le buzz : la soirée inter-générationnelle. Le Dr Benjamin Pradier, co-organisateur de cette soirée, nous en fait un compte-rendu en page 13.

Blandine TAMARELLE



Charlotte METHORST

## Quelques moments forts du 117<sup>e</sup> CFU

Effectivement le CFU reste le même, ce moment de rencontre de partage entre concœurs et confrères, ces mots échangés entre deux sessions, les embrassades de retrouvaille, les débats devant des questions d'actualité : allons-nous brûler toutes les bandelettes ? Arrêter de s'occuper des patients de moins de 15 ans ? Et puis des sessions qui se diversifient.



Agir pour une Urologie Diversifiée et Équitable

Pour la session AUDE, nous avons voulu nous poser plusieurs questions.

Tout d'abord un de nos sujets de bataille est l'équité, celle des carrières, celle des visibilité, celle du genre mais est-ce que la région du monde ou de France dans laquelle on exerce peut être aussi sujet à réflexion ?

Aujourd'hui, à l'heure des débats et questionnements sur les déserts médicaux, qu'en est-il de notre accès à différentes technologies, aux dernières avancées d'imagerie diagnostique et biologique ? Le manque de

moyen est-il obligatoirement une mauvaise chose, est-il insurmontable, peut-on faire avec les moyens du bord ?

La Dr Cécile Verrier, urologue au paradis (Tahiti) nous a délicatement suggéré les forces et les limites de l'exercice sur un territoire plus grand que l'Europe mais dispersé dans le Pacifique. Elle surfe entre 2 avions pour aller à la rencontre de populations éloignées, concilie une médecine où les patients sont aussi adorables qu'ils ont parfois une tendance à minimiser les symptômes et venir consulter pour des « cas historiques ». Tout est-il mieux baigné par les effluves de Tiaré ? Oui, des missions d'experts chaque année, l'accès au caisson hyperbare... Des moins ? Comme partout, la maintenance du matériel, les prothèses, etc.

Et de l'autre côté de la Méditerranée ? Le Dr Tareg Rouag, urologue à Oran nous a dépeint son exercice dans un centre privé algérien. Comment allier des technologies mini-invasives qui demandent des consommables à des actes peu pris en charge par les assurances et une population qui n'a pas toujours les moyens ? Comment allier science moderne et coût ? Entre bonté et débrouillardise, entre sourire et sérieux, entre science et vie réelle, Tareg a la délicatesse d'un Robin des Bois moderne : rendre la technologie je-

table *high tech* ou plus *mid tech* qu'elle ne le voulait.

Enfin, la Pr Véronique Phé est venue porter la parole de ces centres experts dotés des dernières technologies... Est-ce plus facile de l'autre côté du périphérique ? Pas toujours ! Les technologies se négocient comme certaines batailles napoléoniennes, rien n'est dû, tout est en permanence à reconstruire. Et, comme beaucoup d'entre nous, elle se questionne sur l'écologie, le monde, l'accumulation des déchets que l'on jette : quid des sondes urétrales jetables ? Propre veut-il dire stérile ? Pourquoi de nouvelles sondes par différents laboratoires quand cette question ne semble toujours pas faire l'objet d'études en vie réelle ?

Le monde est un grand village et cette session de partage d'expérience nous a permis de voir à quel point l'échange est important.

**Autre questionnement, la vie des urologues, de leurs collègues et des services est-elle impactée par la maternité, la paternité ?**

Effectivement, le congé maternité n'est pas une nouveauté, l'allongement du congé paternité est plus récent.

Nous avons fait passer une enquête auprès de l'AFU et de l'AFUF dernièrement. Vous avez été nombreux à y répondre (merci), les résultats complets seront publiés prochainement dans *The French Journal of Urology* mais voici les tendances :

- hommes comme femmes vous aimeriez que le congé soit plus long ;
- l'impact de celui-ci est réel que ce soit pour vos carrières, votre *learning curve* et vos finances ;



- les femmes urologues sont plus nombreuses à ne pas avoir d'enfant et à présenter des complications obstétricales qu'en population générale.

Alors que faire ? Pourquoi ne pas regarder ce qui se fait outre-Atlantique et en Europe du Nord, Florent Garcia (directeur des programmes « WeAreInnovation » chez BNP Paribas) est venu nous faire une *overview* des solutions mises en place ailleurs. Des idées, des actions à mener, sûrement la suite à la prochaine session AUDE.

D'autres nouveautés ? Effectivement, l'urologue est incarné !!! Le corps n'est plus une entité juste laissée de côté servant à se déplacer vers le bloc, enfiler des gants et soutenir une tête bien faite. L'*afu-tage*, le *challenge podomètre* ont été lancés lors du CFU 2023.

Mais d'autres questions nous ont titillées. Est-ce que travailler en équipe ça s'apprend ? La session *Dr Feel Good* a invité un expert en management d'équipes pour nous faire un point sur ce que la mise en place d'outils pratiques et simples peut nous apporter dans notre pratique quotidienne.

Comment obtenir le meilleur de chacun des membres de votre équipe ? En les profilant en fonction de leurs talents, de leurs personnalités... et en adaptant votre management en fonction de ces différents points. Chaque individu étant unique, l'objectif n'est pas de faire en sorte que tous les membres d'une équipe travaillent à la même vitesse et atteignent le même niveau. L'objectif est de faire en sorte d'obtenir le meilleur de chacun de ses collaborateurs.

Pour cela nous avons appris différents outils pour jouer sur 3 niveaux et ainsi améliorer la compétence technique, développer la motivation et renforcer la cohésion.

Promis, d'autres sessions de ce type devraient avoir lieu (au minimum lors de webinaires et journées AUDE) et un article dans UROjonction viendra compléter ce teasing.

Encore un petit mot pour vous convier à la prochaine journée AUDE (inscription via le site) qui aura lieu à la MUR le 2 février prochain. Des sessions scientifiques : urétroplastie chez la femme, bulkamide, FSH chez l'homme, atelier vasesectomie, des sessions transversales : corporalité et chirurgie, prise de parole en public sur « l'art du charisme ».

Alors à très vite pour des instants de convivialité, d'échanges et de rencontre.

Charlotte METHORST



Latifa ROUACHE

## Retour CFU 2023, AUDE à l'unité

Un congrès français d'Urologie 2023 sous le signe de l'inclusivité. Avec une majorité des sessions scientifiques présidées et/ou modérées par un binôme homme-femme (une première !), le conseil d'administration de l'AFU avec l'implication du comité d'organisation du CFU nous ont montré leur souhait de mettre ce rendez-vous tant prisé par les urologues sous le signe de la parité. Cela a marqué l'envie de mettre en avant l'ensemble du paysage urologique, et on les en remercie vivement.

A cet effet, l'association AUDE (Agir pour une Urologie Diversifiée et Équitable) a ainsi à nouveau été invitée le mercredi 22 novembre à organiser une session scientifique.

Ont été abordés des thèmes tels que la parité face au congé mater(pater)nité et les moyens d'y arriver. Avec des invités

allant du chirurgien urologue (Docteur Nadja Stivalet-Schoentgen) au directeur des programmes « WeAreInnovation » chez BNP Paribas (M. Florent GARCIA), la discussion a été ouverte !

A l'heure de l'accélération des moyens technologiques, des considérations écologiques et de l'optimisation des ressources, les communications sur les disparités d'accès aux moyens ont permis aux docteurs Verrier (Tahiti), Rouag (Constantine, Algérie) et au Professeur Phé (Paris) d'apporter un témoignage sur la diversité des pratiques (sans pour autant une diminution dans la qualité des prises en charge) et les solutions possibles à apporter que l'on soit en *low* ou *high tech*.

Mais c'est également un autre rendez-vous qui a été donné cette année : le *dîner de l'association AUDE* (qui a lieu le mercredi soir). Il a donc été à nouveau organisé et surtout plébiscité.

Avec une présence masculine de plus en plus nombreuse et des participants de tous horizons (radiothérapeute, oncologue, praticiens libéraux et du public), la mission de réunir, « mentorer », « réseauter », compter certes mais dans un esprit collectif, a été tenue.

Il ne faut pas oublier non plus de vous informer que la journée scientifique AUDE est à nouveau reconduite. Elle aura lieu le vendredi 2 février à la maison d'Urologie. Il y sera dispensé des thèmes divers (sociétaux, chirurgicaux, coaching...) toujours dans une optique pratique-pratique à l'instar de nos webinars. Les places seront limitées !

Latifa ROUACHE

## Vécu et réalisation du rapport du congrès 2023 : la fertilité masculine...

Une mise à jour nécessaire et ambitieuse puisque la précédente remontait aux années 1980. Comment se fait l'écriture d'un rapport ? Métaphoriquement, comme se prépare un marathon.

Un des ingrédients de la recette est de s'entourer de collègues motivés et surtout avec

qui vous vous entendez bien. Et oui, les sorties ou plutôt les réunions via Zoom seront fréquentes. Nous voilà donc partis tous les 3 : Antoine Faix, cinéphile à qui Télérama pourrait proposer un encart, Éric Huyghe rugbyman philosophe dont on attend le mémoire « le crépuscule de la spermatogénèse » ; -) et moi fashionata en sabots de bloc, prêts à en découdre.





Benjamin PRADÈRE

## La soirée GénérationS AFU : un franc succès !

La première édition de la soirée GénérationS AFU a été un franc succès et je suis très heureux de voir que notre objectif est atteint. Non seulement la soirée a fait cartons pleins avec près de 500 personnes, mais elle a surtout mis en avant la possibilité de rassembler l'ensemble des générations dans une ambiance décontractée et chaleureuse.

« *MERCI, c'est super* », c'est probablement ce qui m'a le plus été rapporté pendant la soirée ! « *Et tu imagines combien cela nous a fait plaisir !* » Car, comme toujours avant une première, il y a les doutes des sceptiques et conservateurs et les couacs de l'organisation...

Mais finalement ces *mercis* nous ont prouvé que nous avons eu raison de

pousser pour sa concrétisation. Ils nous montrent aussi que l'on peut dynamiser l'AFU en réalisant des choses nouvelles qui réunissent les gens tout en conservant les valeurs que nous partageons.

Il existait jusqu'à cette année un vrai besoin : un moment de retrouvailles et de cohésion durant le CFU. La soirée de l'AFU pouvait faire ressentir certains membres trop « seniors » et la soirée du Président du congrès, le vendredi, était trop souvent perçue comme beaucoup trop conventionnelle et réservée aux plus investis dans le fonctionnement de l'AFU.

Il existait un manque mais surtout une demande de toutes ces générations pour se retrouver, échanger et s'amuser dans une ambiance conviviale.

On retrouve ses anciens internes, ses amis d'ECU ou ses anciens patrons : on prend des nouvelles, on boit un verre, on refait le monde... C'est ça GénérationS AFU : le plaisir de se retrouver et de passer un bon moment. Et c'est une valeur qui est si chère à notre spécialité que je ne suis pas surpris de la réussite de cet événement qui je pense deviendra un moment phare pour tous nos membres pour les années à venir !

Alors oui, il y aura une nouvelle édition, au prochain congrès, de la soirée GénérationS AFU et je suis certain que ce n'est que le début d'une longue aventure !

Benjamin PRADÈRE

Réunions hebdomadaires le dimanche soir, puis bihebdomadaires, puis à mesure que l'été prenait fin quasi pluri-journalières. Peu importe, la bonne humeur était présente, les remarques de l'un permettant d'améliorer le texte de l'autre ou inversement. Antoine, véritable maître Capello des temps modernes, trouvant toujours une anicroche à corriger. Éric, spécialiste de l'informatique ascendant geek, toujours prêt à en découdre avec Zotero ou un tableau.

Septembre, le rapport est remis, on souffle... avec les feuilles qui tombent, l'échéance de la plénière se rapproche, discussions techniques : comment on se partage le temps ? Quel micro ? Quel tempo ? Mais surtout quels messages ?

Samedi 25 novembre, 7 heures du matin, nous sommes en bas de l'amphithéâtre Bordeaux pour une dernière répétition, chauffage des voix, exercices de diction pour moi, dernières modifications des passages de témoin entre nous.

Quatre heures plus tard, après avoir animé d'autres sessions, me voilà sur scène avec mes 2 James Bond, smokings ajustés et micros allumés, l'heure est arrivée.

Au total, un magnifique moment de partage. Bien sûr, c'est un travail de longue haleine, chronophage, exigeant, mais c'est un travail d'équipe avec des personnes pleines d'humanité, de gentillesse, de bonne humeur, de respect et de vie.

Alors dispo quand vous voulez pour s'y remettre !!!!

Charlotte METHORST





Julien  
BRANCHEREAU



Blandine  
TAMARELLE

# La première Journée Patient d'Urologie (JPU)

La première Journée Patient d'Urologie proposée au CFU 2023 marque un tournant dans l'approche de la santé des urologues avec les patients.

C'est parce que l'AFU a pour volonté de développer la collaboration avec les patients que l'idée de cette journée est venue ; il s'agissait ainsi de renforcer les relations entre les associations de patients et les comités scientifiques de l'AFU.

Cette initiative s'inscrit dans un projet d'amélioration de la communication auprès du grand public :

- reformuler nos fiches informations avec la participation et les retours de ces associations ;
- promouvoir les actions de prévention et de dépistage des cancers de l'homme avec, par exemple, le mois de la santé masculine grâce à l'implication d'associations telle que L'Association Cerhom et ANAMACaP.

Cette journée qui s'est déroulée en parallèle du Congrès Français d'Urologie et dédiée à la rencontre des associations et des urologues s'est organisée :

- le matin autour de thématiques choisies par les associations de patients et les sous-comités scientifiques de l'AFU ;
- le midi autour d'une pause déjeuner, prétexte au dialogue entre urologues, membres du CA de l'AFU et du bureau avec les associations de patients ;
- l'après-midi avec une présentation des associations de patients pour les urologues et les autres associations présentes afin de connaître les actions multiples ou communes de chacune d'entre elles ;
- autour de stands tenus par les associations de patients et les partenaires indispensables de cette journée.

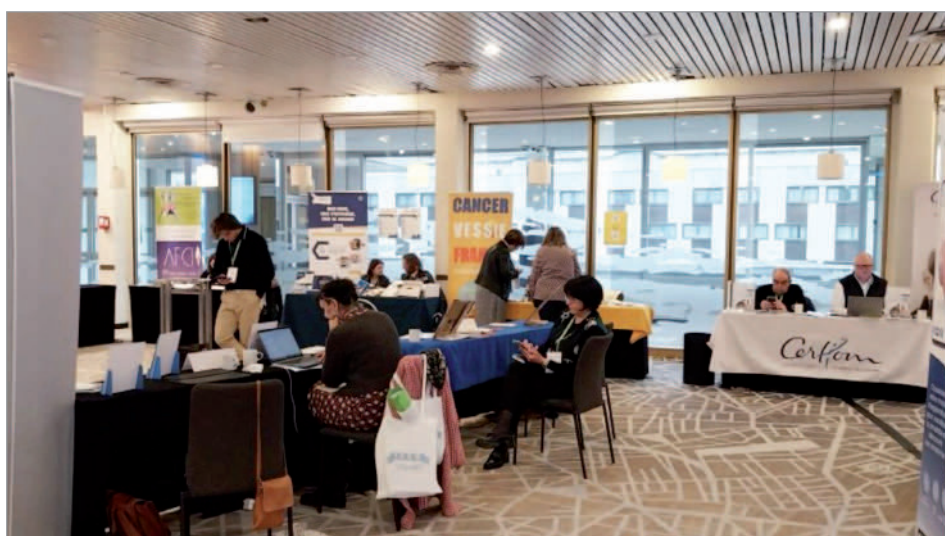
Chaque présentation était suivie d'un temps d'échange et pouvait ainsi donner matière à discussions. Cette journée a fait salle comble et le comité d'organisation s'en réjouit.

Toutes les thématiques n'ont pu être abordées en une seule journée et c'est pourquoi le rendez-vous de la JPU est reconduit en 2024, toujours en parallèle du congrès Fran-

çais d'Urologie, afin de permettre au plus grand nombre de s'y joindre s'il le souhaite.

Afin de faciliter l'accès à cette journée qui se déroule sur Paris, un replay sera accessible pour les patients et praticiens sur le site urofrance.

Julien BRANCHEREAU  
Propos recueillis par  
Blandine TAMARELLE







De gauche à droite : Caroline PLASSAIS (Paris), Floriane MICHEL (Marseille)  
Alexandre FRONTZACK (Vesoul), Benoit MESNARD (Nantes)

Il est tellement appréciable de se faire conter les dernières innovations et ultimes recommandations qu'on en oublie parfois de voir comment cet essentiel nous arrive. C'est en interrogeant nos protagonistes de la session que je vous apporte leurs réponses sur la préparation de *l'essentiel du congrès*. Caroline Plassais et Benoit Mesnard nous parlent du *backstage* de cette session de compilation.

**UJ - Bonjour à tous les deux et merci de nous livrer une sorte de mode d'emploi pour retracer l'essentiel du congrès 2023. S'agissait-il de la première fois ?**

CP : Oui

BM : Oui, mais j'avais déjà fait de nombreuses présentations en congrès.

**UJ - Comment vous êtes-vous répartis les thématiques ?**

CP : par domaine d'intérêt de chacun. Certaines thématiques étaient « toutes choisies », notamment la neuro-urologie qui plait à Floriane, la statique pelvienne et pelvi-périnéologie qui m'intéressent et la cancérologie pour mes deux confrères que nous avons scindé en deux étant donné le volume de présentation sur cette thématique (répartition par organe), les autres thématiques ont été réparties selon le chevauchement des sessions (lithiase, infectiologie, transplantation).

BM : C'est en regardant sur le planning que nous avons fait une pré-répartition afin d'éviter les chevauchements de plusieurs thématiques qui auraient été confiées à l'un de nous quatre.

**UJ - Comment vous êtes-vous organisés ?**

CP : la proposition m'a été faite dans le courant de l'été 2023 en amont du congrès. Nous avons échangé environ un mois avant le congrès pour répartir les sessions selon les thématiques à l'aide du programme du CFU. J'ai lu tous les abstracts des communications orales sur mes thématiques en amont du congrès. Chaque soir je mettais à jour mes notes pour préparer la présentation du samedi. Nous nous sommes retrouvés un soir pendant le congrès et une heure avant la session pour partager nos présentations.

BM : Yann Neuzillet m'a fait la proposition pendant mon InterCHU à Foch puis officiellement courant septembre. Ça fait plaisir de se voir confier une telle tâche mais j'étais aussi conscient que c'était beaucoup de boulot et il n'y avait pas de notice explicative associée. Il fallait absolument assister à toutes les communications orales, les plénières et aux états de l'art pour retranscrire/trier/filtrer un maximum de points essentiels de ce congrès. La lecture en amont des abstracts m'a permis de mieux sélectionner. Par exemple, pour la prostate, je savais qu'il y avait des grosses séries françaises à mettre à l'honneur pour valoriser le travail commun de ces équipes. Globalement, les abstracts qui étaient intéressants correspondaient à des présentations d'intérêt. Je m'étais fait mon programme sur l'application AFU et je me rendais au gré des notifications de l'application d'une salle à l'autre.

**UJ - Comment avez-vous vécu cette expérience ?**

CP : il s'agissait d'un exercice exigeant et très intéressant. Il était indispensable d'assister

## Dans les coulisses de l'essentiel du congrès

aux 4 journées complètes du congrès. Pour chaque session, il fallait en même temps être parfaitement attentif à chaque présentation puis réussir à retranscrire un message universel afin que l'essentiel soit apporté selon les attentes de chacun. L'exercice de réaliser une présentation lisible et compréhensible de tous ainsi que de s'exprimer en public était également très riche en termes d'expérience. Cela m'a permis d'apprendre énormément de choses notamment les dernières innovations en statique pelvienne et pelvi-périnéologie, ce qui est très encourageant.

BM : C'était un exercice de synthèse et aussi de rapidité, 16 diapositives en 7 minutes, il ne fallait pas traîner tout en étant suffisamment percutant dans les messages transmis.

Caroline PLASSAIS, Benoit MESNARD  
Propos recueillis par Blandine TAMARELLE

### Et l'essentiel du congrès, c'était quoi finalement ?

- En **transplantation**, le recours au robot et son surcoût compensé par les diminutions de DMS, de la chirurgie avec réalité 3D.
- Dans le **cancer de la vessie** : de la surveillance active pour certaines TVNIM, de l'intérêt des traitements systémiques en péri-opératoire, des études Checkmate 274 et Getug AFU Vesper, du traitement trimodal, du traitement localisé des carcinomes de haut grade du bas uretère.
- Dans le **cancer de la prostate** évidemment, pourquoi pas l'extension des critères de surveillance, l'adaptation du choix du traitement focal selon la localisation, de facteurs pronostics.



- Dans le **cancer du rein** : d'abord chirurgical rétro-péritonéal ou intra-abdominal, des difficultés chirurgicales en post-immunothérapie, de chirurgie partielle de clôture, de pT0 possible après traitement systémique, d'intérêt controversé d'anticoaguler les thrombus cave de nos patients opérés.
- De l'**HBP** et de la prise en charge des prostates à haut volumes (robot/laser) et de préservation éjaculatoire.
- En **infectiologie** : des nouvelles recommandations d'antibioprophylaxie, de collaboration en réseau dans les cystites récidivantes.
- En **urologie reconstructrice** : de facteurs pronostiques de récurrence des uréthroplasties avec greffe de muqueuse buccale.
- En **neuro-urologie** : de sexualité (classification de Fowler), de neuromodulation sacrée ou stimulation tibiale posté-

rieure avec les nouvelles générations de ces dispositifs, rechargeables ou non, de « pour et contre » la cystectomie ou la prostatectomie concomitante à la dérivation urinaire dans les indications non carcinologiques s'accordant sur la nécessité de la cystectomie au minimum et la préservation prostatique envisageable selon l'âge et la sexualité des patients.

- Dans l'**incontinence urinaire** : des alternatives aux bandelettes sous-urétrales synthétiques telle que les bandelettes en allogreffe, les ballonnets ACT et Pro ACT, de Bulkamid à moindre risque de complications, de sphincter artificiel et leurs facteurs pronostics d'explantation ou d'échec, du robot chez les femmes, de nouveaux dispositifs à télécommande et adaptable en pression de clôture urétrale.
- En **statique pelvienne** : d'abord cœlioscopique vaginal.

- En **lithiase** : des lasers, des précautions d'usage, des facteurs associés aux complications, de bilan métabolique précoce et de reconnaissance visuelle endoscopique.
- En **pédagogie et pratiques professionnelles** : de la prise en charge des urgences, de harcèlement moral et sexuel subi par notre jeune génération.
- Et évidemment d'**infertilité** avec l'intérêt du dépistage de l'HPV dans les anomalies de spermogramme et dont nous espérons voir un jour l'impact positif de la vaccination anti-HPV à l'essor récent en France.

N'hésitez pas à visualiser les replays du congrès pour en connaître davantage sur ces sujets.

Blandine TAMARELLE



Blandine TAMARELLE

## Les bourses de l'AFU



L'AFU décerne chaque année des bourses d'un montant identique, dans le but de promouvoir la recherche en Urologie. Ces bourses sont attribuées à des docteurs en médecine ou à des internes (membres de l'AFU ou de l'AFUF) ayant accompli au minimum 3 années d'internat, pour la réalisation d'un travail de recherche d'au moins un an, dans le domaine concernant directement l'Urologie.

Le bénéficiaire de la bourse peut en utiliser le montant pour financer sa recherche ou pour subvenir à ses besoins pendant le temps

de la recherche. Il doit s'engager à utiliser intégralement le montant de la bourse pour réaliser ce projet de recherche.

Voici la liste des bourses accordées cette année par l'AFU.

### Théo FONTANIER (AFU)

*Étude de la diffusion tissulaire par microdialyse dans le rein d'un nouvel antibiotique de la famille des bêta-lactamines-inhibiteurs de bêta-lactamases : le méropénème/vaborbactam.*

### Mathieu FOUREL (AFU)

*Pénis « en bloc », prélèvement et greffe : une étude cadavérique.*

### Sami LASRI (AFU)

*Effets de l'inactivation des récepteurs natriurétiques A in vivo sur la sécrétion de neurotrophines NGF dans un modèle murin de cystopathie diabétique.*

### Romain LEFRANC (Ipsen)

*Étude de l'implication de l'activité de YAP-1 dans l'histoire naturelle du carcinome rénal à cellules claires (CCRcc) à travers le développement d'un modèle d'organoïdes.*

### Vincent MAYORAL (AFU)

*Perfusion normothermique des transplants rénaux.*

## Samy MEBROUKINE (AFU)

*Influence des cellules myéloïdes immunosuppressives sur les cellules souches cancéreuses du carcinome urothélial.*

## Frédéric PANTHIER (AFU)

*Détection automatique des calculs urinaires sur scanner abdominopelvien non injecté pour colique néphrétique.*

## Thomas PRUDHOMME (AFU)

*Évaluation, reconditionnement et traitement ex vivo des transplants rénaux par perfusion normothermique.*

Vous trouverez ci-après les témoignages de quatre de ces boursiers.

## Blandine TAMARELLE



Romain LEFRANC

Concernant mon parcours, je suis normand d'origine et j'ai effectué toutes mes études à Caen et c'était une réelle volonté de rester à Caen, de rejoindre le service d'urologie

que j'avais côtoyé à deux reprises au cours de mon externat avec un très beau projet de reconstruction fondé par le professeur Tillou et auquel je suis heureux et fier de participer, notamment grâce au soutien de l'AFU via cette bourse.

Mon projet plus global est d'axer ma pratique sur l'onco-urologie uniquement avec notamment une part médicale qui me tient à cœur. Malheureusement je n'ai pas pu obtenir l'accès à la FST sur Caen mais je continuerais à me battre notamment pour une VAE quand cela sera possible et j'en profite pour remercier le Pr de La Taille pour son soutien dans cette obtention.

Le projet pour cette bourse est la création d'un modèle organoïde du carcinome rénal à cellules claires avec des objectifs multiples : Établir un protocole reproduction de création d'un modèle organoïde du CCRcc et corréler ce modèle à une base de données clinique et biologique qu'est UroCCR, réaliser une biobanque d'organoïdes afin d'avoir un modèle d'étude reproductible lié à une évolution clinique connue. Cela permettra, espérons-le, de réaliser des tests de réponse aux médicaments anticancéreux, de rechercher des biomarqueurs et éventuellement de mieux comprendre les mécanismes physiopathologiques du CCRcc. Ce projet s'inscrit dans le parcours de thèse de science de mon collègue le Dr Waeckel qui a été d'un

soutien inestimable dans la fondation de mon projet. C'est vraiment une pierre de plus au projet plus global de reconstruction de notre service.

Concernant la procédure d'obtention, je suis passé par le séminaire Graines & Sol, organisée par le Pr Saussine. Je n'aurais tout simplement pas réussi sans ce séminaire et sans l'encadrement fantastique de cadors de la recherche pendant ces 3 jours qui ont toutefois été rudes parce que nous avons été grandement poussés dans nos retranchements, du moins pour ma part. Ils ont aidé à redéfinir l'ébauche du projet initial qui ne tenait pas forcément la route pour en faire quelque chose de vraiment solide et je n'aurais pas réussi sans eux donc encore merci à eux. La rédaction de la demande de bourse a été relativement simple derrière si ce n'est le respect de la deadline. Je n'ai eu ensuite qu'à attendre le résultat.

Quand j'ai su que j'obtenais la bourse j'ai d'abord eu du mal à réaliser. J'ai toujours un peu de mal d'ailleurs. C'est quelque chose d'assez inespéré pour une petite structure, certes grandissante, comme la nôtre. J'espère que cela contribuera à la faire grandir encore plus et à pérenniser l'activité de recherche au sein de notre service en collaboration notamment avec les services d'anatomopathologie et de biologie moléculaire qui font partie intégrante de ce projet et je remercie les Pr Bazille (chef de service d'anatomopathologie) et Pr Levallet (coordinatrice de la plateforme génomique au CHU de Caen) pour l'encadrement de ce projet de M2.

Romain LEFRANC



Thomas PRUDHOMME

## Quel est ton parcours ?

Je suis CCA en Urologie au CHU de Toulouse, actuellement en mobilité à l'Hospital Clinic à Barcelone (Pr Alcaraz).

Au cours de mon internat, j'ai réalisé 1 an de M2 à Nantes encadré par Julien Branchereau sur la perfusion de transplant

pancréatique et je suis inscrit en thèse de sciences sur la même thématique dans le même laboratoire.

Je suis membre junior du CTAFU et membre des Young academic Urologists sur la transplantation rénale.

## Quel est ce projet pour lequel tu as obtenu cette bourse ?

Ce projet est une partie de ma thèse de sciences: « Évaluation, reconditionnement et traitement ex vivo des transplants rénaux par perfusion normothermique ».

Actuellement, aucune technologie ne permet de prédire la fonction d'un transplant avant la transplantation. Ainsi, un certains nombre de transplants sont récusés chaque année pour une transplantation sur des critères liés au donneurs ou à l'aspect macroscopique/microscopique mais sans évaluer la fonction du transplant.

La perfusion normothermique ex-vivo, qui est dérivé des CEC, permet de refaire circuler du sang dans le transplant et ainsi évaluer sa qualité (reprise diurèse ou non, aspect macroscopique, débit de perfusion et index de résistance). De plus, le développement de la thérapie cellulaire (vésicules extracellulaires dérivées de cellules souches mésenchymateuses) est intéressante dans cette approche car elle permettrait de reconditionner les transplants avant la transplantation.

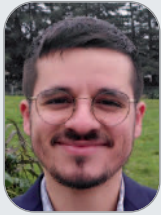
## Comment la procédure de demande de bourse s'est passée pour toi ?

La demande de bourse est simple. Il faut compléter un dossier avec son CV, le projet de recherche, une lettre de recommandation de son chef de service et du service d'accueil. C'est exactement le même dossier que les demandes de bourse de M2.

## Comment penses-tu qu'elle te servira ?

En mobilité, vous ne maintenez pas le salaire hospitalier (seulement celui de la faculté dans mon cas) donc cette bourse me servira pour tous les coûts de la vie courante (loyer, course, etc.).

Thomas PRUDHOMME



Vincent MAYORAL

**Quel est ton parcours personnel ?**

Je suis actuellement Docteur Junior au CHU de Rouen dans le service du Pr Pfister et je réalise cette année de Master entre mes deux dernières années d'internat. J'ai réalisé mes études médicales à l'Université Paris-Saclay XI où j'ai découvert l'Urologie dans le service du Pr Irani et où les activités de PMO et la transplantation rénale m'ont particulièrement marquées et intéressées. C'est logiquement que mon choix à l'internat s'est porté sur l'Urologie afin de pouvoir me former à la transplantation. J'ai également depuis toujours beaucoup d'intérêt pour le parcours hospitalo-universitaire, dont les missions de soins, recherche et enseignement convergent vers un même but : assurer la meilleure prise en charge des patients. J'espère avoir l'opportunité de m'engager sur cette voie à l'avenir et le Master 2 est un premier pas vers cet objectif. J'ai la chance de pouvoir le réaliser sous la direction du Dr Branchereau avec qui j'ai pu entrer en contact par le biais de l'ECU, et j'en profite pour remercier le Pr Lechevallier et tout le Collège des Enseignants pour leur engagement et l'opportunité exceptionnelle que représente cette formation conviviale et de qualité.

**Quel est ce projet pour lequel tu as obtenu cette bourse ?**

Mon projet de recherche porte sur la préservation d'organe, étape clé de la transplantation car c'est pendant cette période ischémique que se créent les conditions favorisant la constitution des lésions lors de la reperfusion. Plus spécifiquement, nous allons étudier la perfusion normothermique des transplants rénaux, une des modalités de préservation existante, qui est prometteuse du fait de la conservation du métabolisme en ex-vivo, ce qui permet d'éviter l'ischémie en maintenant l'apport d'oxygène et de nutriments, mais aussi donne l'espoir de pouvoir évaluer la « transplantabilité » de l'organe voire de le reconditionner avant transplantation par apport de thérapies ex-vivo. Notre objectif sera de tester différentes modalités d'oxygénation et de température afin de mieux standardiser et simplifier la perfusion normothermique.

**Comment la procédure de demande de bourse s'est passée pour toi ?**

La procédure de demande de bourse a été très simple. Le dossier à monter demande logiquement un certain investissement personnel, mais j'ai été grandement aidé par mon équipe d'accueil. Un retour de mail m'a confirmé la réception de ma candidature et le délai de réponse, que j'ai eu le plaisir de découvrir dans les temps et sans complication particulière.

**Comment penses-tu qu'elle te servira ?**

Le but de cette bourse est dédié au financement personnel de cette année de Master. En pratique, ça permet de ne pas avoir à se poser de question et de se concentrer uniquement sur la recherche, condition plutôt confortable et garantissant l'application dans le travail. Alors luxe ou norme à l'avenir ? Cela dépend de la considération que l'on donne au travail étudiant, mais il est sûr que de retourner à un état de précarité étudiante à dépendance familiale ne favoriserait autrement pas l'engagement dans la recherche. Je laisse le débat ouvert mais quoi qu'il en soit dans l'état actuel des choses, je réalise ma chance et ne remercierai jamais assez l'AFU qui rend cela possible.

**Quel a été ton sentiment lors de l'annonce d'obtention de la bourse ?**

Très heureux bien sûr ! Et fier de la reconnaissance que l'AFU m'accorde par la même occasion. Ça crée du lien, c'est motivant pour le travail à venir et ça donne envie de poursuivre dans cette voie. J'espère que les résultats seront au rendez-vous pour en faire le retour au prochain congrès ! Merci encore et j'ai hâte de retrouver toute la communauté en novembre 2024 pour vous présenter ça.

Vincent MAYORAL

13-14 SEPTEMBRE 2024  
PARIS, FRANCE  
MAISON DE L'UROLOGIE

SAVE THE DATE!

JAMS  
JOURNÉES  
D'ANDROLOGIE &  
MÉDECINE SEXUELLE

E-JAMS FRANCOPHONES 2024 / FASULF  
(LIVE STREAMING POUR LES PAYS FRANCOPHONES)

AFU ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE  
www.urofrance.org

Connectez-vous!  
X f @ AFUrologie #JAMS2024

uro DIFFUSION







Frédéric PANTHIER

**J**e suis parti à Londres dans le cadre d'une mobilité universitaire en vue d'un parcours universitaire. Je suis depuis septembre 2023 à l'University College of London Hospital, sous la direction du Dr Daron Smith.

J'ai pu bénéficier de l'aide de l'Association Française d'Urologie grâce à une bourse de mobilité qui m'a permis d'avoir le budget suffisant pour réaliser ce projet (revalorisation des bourses de mobilité à hauteur de 35 000 € au lieu de 23 000 € habituellement).

Mon projet actuel consiste à « automatiser la détection des calculs urinaires sur les scanners abdomino-pelviens réalisés en urgence pour colique néphrétique ». Cette détection automatique, sans intervention humaine, pourrait par exemple déclencher un rendez-vous d'urologie post-urgence sans multiplier les intervenants ou, notamment, éviter de solliciter les services d'urgence parfois saturés.

D'un point de vue méthodologique, la popularisation des méthodes d'apprentissage par intelligence artificielle permet de réentraîner

des algorithmes déjà existants et disponibles sur une nouvelle tâche, ici la détection des calculs urinaires.

J'ai ce projet en tête depuis plusieurs années suite à mon Master 2 (2018-2019) avec le Professeur O. Traxer où j'avais étudié le laser thulium fibré et l'arrivée des fibres laser de 150 µm. Cette année avait été l'occasion de se focaliser également sur les méthodes d'évaluation de l'efficacité des laser, notamment en utilisant les volumes des calculs et non le diamètre maximal (in vivo) ou le poids (in vitro).

Dans la continuité de ces projets, nous avons mis au point un logiciel de planification opératoire pour l'urétéroscopie souple laser (« Kidney Stone Calculator ») qui estime la durée de lithotritie selon le type de laser, la taille de la fibre, la fréquence et l'énergie ainsi que le caractère « tendre » ou « dur » du calcul.

J'ai ensuite enchaîné sur 2 années de chef de clinique à l'HEGP puis une année d'assistant à l'Hôpital Tenon. Je suis actuellement, en même temps que ce projet de mobilité, en troisième année de thèse de science à l'école nationale des Arts et Métiers sur la thématique des lasers dopés au thulium et leur impact sur la lithotritie.

Cette bourse de mobilité me permet donc de poursuivre le chemin débuté en 2018-2019 vers une automatisation de la planification opératoire des chirurgies lithiasiques en utilisant les volumes des calculs.

En pratique, j'avais réalisé le séminaire Graines et Sol (gratuit) lorsque j'avais initié mon projet de Master. Ce séminaire m'apparaît aujourd'hui comme indispensable car extrêmement structurant pour tout projet de ce type. Il m'a permis de cerner mon projet, d'en faire la revue de la littérature. Je ne crois pas qu'il existe d'équivalent dans d'autres spécialités chirurgicales que cette opportunité qui est offerte aux internes d'urologie. Cela m'a largement préparé à la demande de Bourse AFU. La demande n'est pas compliquée, elle est surtout rapide et tôt dans l'année puisque la demande se fait en mars et la réponse est donnée à la mi-juin. Cela laisse une quinzaine de jours pour faire la demande de disponibilité (lorsqu'on est interne) dont la date limite est au 30 juin.

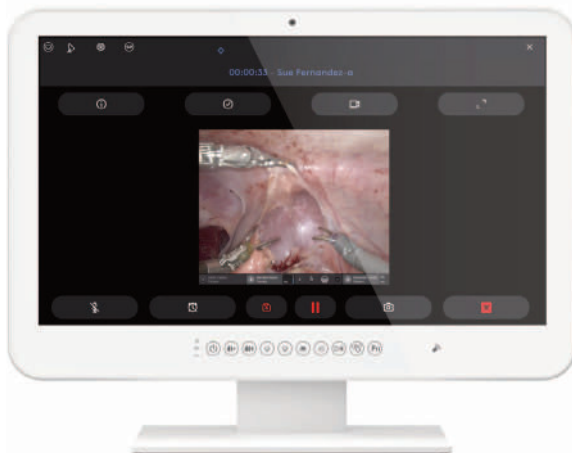
Pour finir, je remercie chaleureusement de la confiance de l'Association Française d'Urologie pour cette bourse de mobilité, sans laquelle je n'aurais pas pu partir à l'étranger.

Frédéric PANTHIER

INTUITIVE

# Intuitive Hub

Canal d'accès à l'expérience numérique Intuitive



Enregistrement des procédures



Révision et analyse postopératoire



Téléprésence pour faciliter une collaboration entre pairs



Dossier préparé par  
**Julien  
DEFONTAINES**

## Données relatives au patient

La rédaction de cet article de présentation est basé sur le livre « Droit de la Santé » de Domitille Duval-Arnould publié en 2019 aux éditions Dalloz. Je tiens à remercier le Pr Correas pour la qualité de son enseignement relatif au DIU d'expertise médico-légal (Paris Sorbonne).

La notion de donnée de santé (DS) est étroitement rattachée au secret médical. Comme toute donnée à caractère personnel elle est garantie par le droit à la vie privée issue de l'article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés. Le respect du caractère confidentiel est un principe juridique qui sert à protéger la vie privée des malades et préserver leur confiance dans le corps médical.

Selon le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) une donnée personnelle relative à la santé est :

- une donnée de santé par nature : antécédent, maladie, réalisation d'un soin ;
- une donnée qui le devient à la suite d'un croisement avec d'autres données : par exemple mesure de poids croisée avec nombre de pas ou apport calorique ;
- une donnée qui devient donnée de santé en raison de sa destination : son utilisation sur le plan médical.

La prise en charge des patients implique la collecte de données personnelles et donc confidentielles. La gestion de ces données est régie par à la fois le code civil et le code de la santé publique issu de la loi du 4 mars 2002. La convention des droits de l'Homme et la biomédecine publiée par décret en 2012 réaffirme que chaque personne dispose du droit à sa vie privée et doit connaître la destination de ses données personnelles. Plus spécifiquement le règlement sur la protection des données personnelles de 2018 définit un cadre spécifique encore plus contraignant pour les données de santé. La section 6 précise que la méconnaissance de ces exigences entrainera des sanctions.

### Recueil et partage

Les données de santé ne sont pas uniques mais correspondent plus à un mille-feuille :

- 1/ **données des établissements de santé** : régi par l'article R. 1112-2 du code de santé publique, il définit les éléments obligatoirement présents dans le dossier patient de la structure (LLS, CRO, transfusion, etc.) ;
- 2/ **données des professionnels de santé** : pour lesquelles le code de déontologie vient en complément et qui impose que chaque médecin « tienne une fiche d'observation à jour » pour le suivi du patient ;
- 3/ **données des services et organismes de santé** ;
- 4/ **données des dossiers médicaux partagés et pharmaceutiques** : créés pour favoriser la coordination, la sécurité et la continuité des soins pour les patients. En pratique, il s'agit du Dossier Médical Partagé (DMP) ou *mon espace santé* dont les données sont stockées sur des hébergeurs de données ;
- 5/ **carte d'assurance maladie** : identifie le bénéficiaire et justifie ses droits mais contient également des données de santé comme une pathologie chronique.

L'échange de données concernant un patient entre professionnels se fait naturellement et sans conditions sauf si le patient s'y oppose expressément.

La réflexion sur le partage de données de santé s'articule sur des contraintes relatives à des champs différents :

- code de déontologie : le médecin doit protéger les documents contre toute indiscretion et doit les anonymiser en cas de publication/enseignement ;
- traitement des données personnelles : la loi de janvier 1978 a créé la Commission National Informatique et Liberté (CNIL). Définit un fichier de santé comme un ensemble structuré de données rapportant à une personne. Sauf dérogation (dont la prise en charge médicale), la collecte et le transfert de données est interdite sans l'accord du patient ;
- contraintes liées aux supports numériques : interopérabilité et sécurité sont primordiales.

### Conservation des données relatives aux patients

Les conditions d'hébergement sont différentes entre un support numérique et papier.

Les dossiers des établissements de santé tout comme les dossiers médicaux doivent être conservés pendant 20 ans à partir de la date de la dernière consultation. En cas de décès, le délai est de 10 ans. Pour la pédiatrie jusqu'au 28 ans du patient.

Pour les médecins libéraux, aucun texte ne définit précisément la durée mais celle-ci doit être d'au moins 10 ans (durée de prescription à compter de la consolidation du dommage). L'ordre national des médecins recommande la conservation pendant 20 ans.

### Sanctions et responsabilités

Les sanctions peuvent être administratives, disciplinaires ou pénales.

La CNIL peut prononcer des sanctions à l'encontre des responsables de traitement de données ne respectant pas la loi.

Les sanctions disciplinaires sont prononcées par les ordres des médecins.

Les sanctions pénales sont plus rares et concernent surtout la révélation d'informations à caractère secret.

### Règlement relatif aux essais cliniques (CTR)

Le règlement européen relatif aux essais cliniques est récent puisqu'acté depuis janvier 2022 (avec une application définitive début 2025). Il vise à simplifier les réglementations relatives aux essais cliniques.

La principale évolution concerne le portail *Clinical Trial Information System* (CTIS) sur lequel les demandes et autorisations d'essais cliniques devront se faire.



Un avis explicatif a été publié pour clarifier les champs d'application et interactions entre RGP et CTR ; qui sont utilisés en parallèle. Les deux législations existent donc avec une différenciation entre l'utilisation première de la donnée ou secondaire (réutilisation).

Dans le cadre du traitement des données de santé à des fins de recherche, deux régimes peuvent être distingués : conformité à une méthodologie de référence par la CNIL ou autorisation auprès de la CNIL.

La CNIL élabore ainsi les référentiels et méthodologies de référence.

## Hébergeur de données de santé (HDS)

Selon l'agence du numérique en santé la certification HDS permet de renforcer la protection des données de santé à caractère personnel et de construire un environnement propre au suivi des patients.

Pour cela il a été mis en place des référentiels avec normes ISO à respecter (évaluées par des organismes indépendants accrédités).

L'article L.1111-8 du code de santé publique modifié par la loi du 26 janvier 2016 rappelle que « toute personne physique ou morale qui héberge des données de santé à caractère personnel recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi médico-social pour le compte de personnes physiques ou morales à l'origine de la production ou du recueil de ces données ou pour le compte du patient lui-même, doit être agréée ou certifiée à cet effet ».

Ainsi tous les organismes qui hébergent, exploitent ou sauvegardent des données de santé doivent être accrédité HDS.

Il existe deux types de certificats HDS :

- certification « hébergeur d'infrastructure physique » ;
- certification « hébergeurs infogéreurs ».

À ce jour, 24 hébergeurs sont agréés par le ministère de la santé. La liste est accessible sur <https://esante.gouv.fr/offres-services/hds/liste-des-herbergeurs-agrees>

## Enjeux des données de santé

En tout premier, il est important de rappeler le volume des données de santé partagées dans le monde ainsi que son augmentation exponentielle : de 153 exaoctets (1 exaoctet =  $10^{18}$  octets) en 2013 à 2 314 exaoctets en 2020 soit une augmentation de x 15.

Les enjeux s'articulent autour de 3 principaux axes selon le rapport de 2013 de l'Assemblée Nationale sur le dossier médical :

- définition des données de santé pour protéger les droits spécifiques ;
- la création et l'utilisation des bases de données par les professionnels ou l'intelligence artificielle (IA). Standardiser le recueil de données +++ ;
- les différences de législation entre pays.

Revenons sur des points pratiques définis par la CNIL dans son dernier bulletin.

Une donnée de santé est :

- toute information sur le handicap ou taux d'invalidité ;
- l'information sur la prise en charge dans une structure de soins ;
- la nomenclature de classification commune des actes médicaux (CCAM) si elle révèle une information sur une pathologie ;
- une inaptitude à une activité sportive.

En revanche, n'est pas une donnée de santé :

- le numéro d'inscription au répertoire nationale d'identification des personnes physiques ;
- l'aptitude à une activité sportive ;
- les données recueillies hors contexte médical par des outils de mesure de soi (montre connectée, etc.).

Le cadre juridique de la DS est souvent rattaché à plusieurs secteurs d'activité. Le rapport parlementaire de mars 2018 citait particulièrement la place de l'intelligence artificielle (IA) appelée à transformer les pratiques professionnelles avec des nouveaux risques sur la gestion de la confidentialité. La création de banque de données servant à entraîner les IA était un point particulièrement important à surveiller.

L'exploitation des DS va de façon certaine, comme le mentionne le rapport de l'OCDE, progresser et améliorer l'état de santé des populations. Particulièrement grâce aux avancées sur le stockage des données, la capacité de calcul et surtout l'apprentissage automatique.

Les progrès mentionnés par l'OCDE se répartissent en quatre parties :

- améliorer les soins aux patients (évaluation et amélioration de thérapies, protocoles, etc.) ;
- gérer le système de santé (performance et transparence) ;
- améliorer la veille sanitaire (analyse de volume de données importantes) ;
- renforcer la recherche médicale.

## Enjeux de l'intelligence artificielle

L'IA désigne la possibilité pour une machine de reproduire des comportements liés aux humains tel que le raisonnement, la planification ou la créativité.

L'enjeu de l'IA est double en médecine :

- passer d'une médecine curative à une médecine préventive et plus personnalisée ;
- aider au diagnostic voire mieux traiter les patients.

L'IA ouvre la voie d'une médecine où le suivi en temps réel du patient et des traces (symptômes et interaction avec l'environnement) est essentiel pour entraîner les techniques d'IA et leur qualité/fiabilité.

Selon l'avis 141 du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) les systèmes d'IA ont une précision > 95 % reposant sur des techniques d'apprentissage profond supervisé.

## Les données de santé au centre des convoitises

La place croissante de l'IA dans la gestion des données de santé attise les convoitises de nombreux acteurs économiques :

- petites sociétés numériques proposant des applications de captation des données (suivi du poids, cycle d'ovulation, etc.) ;
- communautés privées de patients permettant à des entreprises de vendre des enquêtes faites auprès de volontaires ;
- intermédiaires appelés « *clinical research organisations* » travaillant pour des clients multiples afin de collecter des données fiables ;
- Verily, la filiale de Google qui a noué des partenariats avec des laboratoires pharmaceutiques qui leur donnent accès à des plateformes de données de santé.

La finalité économique de tous ces acteurs est simple : entraîner des logiciels d'IA avec un maximum d'informations collectées fiables pour proposer des services inédits.

## Données de santé en France

Malgré un système de santé centralisé, l'informatisation de la santé en France a pris du retard par rapport à d'autres pays européens. Les pouvoirs publics français ont laissé le système de soins s'informatiser de façon indépendante début 2000.

Les données médico-administratives n'ont pas été traitées de la même manière en fonction de leur origine.



Les registres de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), les inscriptions hospitalières, les données médico-administratives sont rassemblées dans un fichier unique. Les données de soins sont dispersées sous de multiples formats informatiques en fonction de leur lieu de production.

Le rapport de l'Assemblée Nationale soulignait la question de la création et de l'exploitation d'entrepôts de données avec le problème créé de la valeur et de la propriété intellectuelle. Les centres de recherches publics demandent ainsi de contractualiser et d'accepter un partage de la valeur créée lorsqu'elle est cédée à une entreprise privée. La double problématique de la valorisation/respect du travail des producteurs de DS ainsi que de l'utilisation des DS par des tiers a été un frein au développement des start-up dans le domaine de la médecine prédictive en France.

## Dossier médical partagé

Entre 2004 et 2012, le dossier médical personnel (DMP) a été généralisé pour améliorer la prise en charge et le partage d'informations entre patient et praticiens.

L'élaboration du DMP s'est construite autour de la confidentialité et des questions de sécurité informatique sans forcément consulter les professionnels de santé.

Le rapport de la cour des comptes de 2013 a estimé le coût du DMP entre 2004 et 2011 à 210 millions d'euros dont un quart dépensé en expérimentations abandonnées.

En 2016, le nom change et le dossier médical personnel devient dossier médical partagé.

Il contient les informations suivantes :

- données d'identification ;
- historique des soins sur les 24 derniers mois alimenté automatiquement par la CNAM ;
- antécédents médicaux ;
- résultats d'examens médicaux ;
- compte rendu d'hospitalisation ;
- directive anticipée de fin de vie ;
- coordonnées des proches, personne de confiance, médecin traitant ET des professionnels de santé autorisés à accéder au dossier.

Afin de dépasser la simple accumulation de données et de documents et d'évoluer vers une base personnelle, le DMP a été intégré en 2022 à l'Espace numérique de santé (ou « mon espace santé ») qui regroupe :

- une messagerie ;
- le DMP ;
- un agenda e-santé ;
- un catalogue d'application regroupant des services publics ou privés ;
- des profils rattachés (enfants).

## Le système national des données de santé et Health Data Hub

Le système national des données de santé (SNDS) a été créé en 2016 et vise à ouvrir l'accès aux données de santé collectées par les organismes publics.

Toute personne ou structure publique ou privée, à but lucratif ou non, peut accéder aux données du SNDS sur autorisation de la CNIL. Doit être justifié l'objet à savoir une étude, recherche ou évaluation présentant un intérêt public.

Le SNDS est un enjeu sanitaire qui regroupe les bases de données :

- du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (toute donnée relative aux dépenses de l'assurance maladie) ;

- du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) avec les données d'analyse de l'activité des établissements de santé ;
- du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (données liées aux causes de décès) ;
- des données médico-sociales liées au handicap fournies par les maisons départementales des personnes handicapées ;
- de l'ensemble des données de santé dont le recueil est directement ou indirectement financé par des fonds publics.

C'est en utilisant les données du SNDS qu'a, par exemple, pu être démontré que l'espérance de vie des personnes suivies pour des troubles psychiques sévères est en moyenne réduite de 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes.

Plus récemment, les projets BactHub conduit par l'INSERM et l'APHP vise à créer une base de données unique sur les infections bactériennes pour comprendre l'antibiorésistance. Ou le projet Tarpon (INSERM/ CHU de Bordeaux) qui analyse les motifs d'entrée aux urgences pour mieux les connaître.

Julien DEFONTAINES

## Promouvoir le dossier médical partagé



## UJ - L'ordre des médecins a-t-il un service informatique et juridique ?

JMM - Oui, le CNOM a une direction des systèmes d'information (DSI) qui compte 46 salariés (développeurs, protections données) soit environ 30 % des ressources humaines employées.

Ce service permet de repousser plusieurs attaques par jour. La période du COVID était très critique avec de nombreuses attaques relatives au Pass sanitaire.

Il existe également une Direction juridique en charge des aspects liés à la protection des données personnelles.

## UJ - À l'ordre des médecins comment gérez-vous vous-même le problème des données ?

JPH - Précisons la question : quelles sont les conditions dans lesquelles sont gérées les données détenues par l'ordre ?

Le CNOM met en place toutes les mesures techniques et organisationnelles nécessaires à la protection des données à caractère personnel détenues par l'Institution.

Par exemple, la direction des systèmes d'information veille à la protection sur le plan technique des données (gestion des habilitations, accès sécurisés, etc.).

L'Ordre forme les salariés et les conseillers (en national et départemental) sur la bonne gestion des données personnelles.

Le service droit du numérique s'occupe notamment de la gestion des demandes d'exercice de droit (droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement, etc.). Le service accompagne également les conseils départementaux et régionaux dans toutes les problématiques liées à la protection des données personnelles.

## UJ - Quelle est la mauvaise pratique que vous rencontrez le plus par rapport à la gestion des données chez les médecins ?

JPH - La mauvaise pratique la plus répandue dans le cadre de la gestion des données à caractère personnel pendant l'activité du médecin est l'accès par des personnes non habilitées aux données de patients.

Le responsable du fichier est astreint à une obligation de sécurité : il doit notamment prendre les mesures nécessaires pour garantir la sécurité des données qu'il a collectées et éviter leur divulgation à des tiers non autorisés.

Concrètement, le médecin doit conserver les données à caractère personnel de manière



Jean-Marcel MOURGUES  
Vice-Président du CNOM  
Médecin généraliste à Pujols (47)

## CNOM : RGPD et protection des données

### Entretien avec Jean-Marcel Mourgues, vice-président du CNOM

sécurisée : armoire fermée à clef, portes fermées à clef, accès personnel et sécurisé aux données des patients, etc.

## UJ - Quel est le risque pour un médecin libéral qui a une fuite de données de santé ?

JPH - Le médecin libéral est considéré comme étant responsable du traitement des données de santé qu'il est amené à connaître dans le cadre de son activité. Cela veut dire que c'est lui qui décide de quelles données il a besoin pour son activité, comment il les conserve (format papier ou numérique, choix du logiciel, stockage local ou informatique, etc.).

En cas d'une fuite de données, le médecin doit le signaler à la CNIL et doit informer les patients de la perte des données. La CNIL

peut décider de mener une enquête et potentiellement prononcer une sanction administrative (amende). Il peut également y avoir un risque pour la réputation du médecin n'ayant pas protégé suffisamment les données personnelles.

## UJ - Quels conseils donneriez-vous aux médecins par rapport à la gestion des données ?

JPH - Le CNOM et la CNIL ont rédigé un guide intitulé « Guide pratique sur la protection des données personnelles » disponible en ligne. Il a été rédigé pour accompagner les médecins dans la gestion des données à caractère personnel dans le cadre de leur exercice. Nous recommandons fortement aux médecins de le consulter.

Portez une attention particulière aux prestataires que vous choisissez. Il est important de vérifier que ceux-ci sont conformes aux réglementations applicables, dont le RGPD. Pour l'hébergement des données de santé, il doit être fait auprès d'un hébergeur de données de santé agréé au sens du code de la santé publique.

Vérifiez également que seules les personnes qui en ont besoin pour l'exercice de leurs missions puissent accéder aux données des patients.

Si un médecin a un logiciel informatique pour la gestion de ses dossiers patients, vérifiez également les habilitations. Avec certains logiciels, tous les membres d'un cabinet médical ont accès par défaut à l'ensemble des dossiers patients.

Enfin, un conseil très important, vérifiez que le contrat avec le prestataire concernant le logiciel de gestion des dossiers patients comporte une clause de réversibilité ou de portabilité des données. En l'absence d'une telle clause, le prestataire pourra refuser de vous transmettre les dossiers de vos patients si vous décidez de changer de logiciel. C'est un problème qui a été remonté par beaucoup de médecins.

## UJ - Quelle est la position de l'ordre par rapport aux plateformes de prise de rendez-vous comme Doctolib ?

JPH - Le CNOM a des entretiens réguliers avec la direction de Doctolib. L'un des principaux soucis est le référencement des professionnels de santé.

L'Ordre a ainsi pu obtenir le déréférencement de « professionnels » identifiés dans la nébuleuse de pratiques non conventionnelles, tels les naturopathes.

La question est aussi posée vis-à-vis du référencement de cabines de téléconsultation, la demande étant de prioriser le référencement des médecins avec consultations sur sites et concernant les dites cabines, celles implantées dans des lieux de soins (et non hors, dans des lieux fréquentés par le public).

**UJ - La gestion des données de santé est-elle un enjeu important des années à venir ? Quelle est la position de l'Ordre national des médecins et comment se prépare-t-il aux changements à venir ?**

JPH - Les données de santé vont jouer un rôle primordial dans les années à venir.

La protection est un enjeu essentiel, mais l'accessibilité est aussi importante. On constate, avec le développement du DMP, que le numérique essaye de faciliter le parcours de soin.

Dans ce sens, on a le futur projet de règlement européen sur l'espace européen des données de santé. Ce projet de règlement prévoit un DMP au niveau européen et prévoit des règles concernant l'utilisation de données de santé dans le cadre du parcours de santé (utilisation primaire) ou encore sur la réutilisation des données de santé dans le cadre de la recherche (utilisation secondaire).

En résumé, la protection des données de santé est un enjeu primordial pour l'Ordre qui suit de près tous les projets de lois, règlement et textes ayant trait aux données de santé.

**UJ - Est-on légalement responsable des données de santé ?**

JPH - Le médecin est le responsable du traitement, au sens du RGPD.

C'est-à-dire qu'il est responsable des données qu'il traite dans le cadre de son activité.

En ce sens, il doit mettre en place toutes les mesures techniques et organisationnelles nécessaires pour protéger les données à caractère personnel qu'il traite.

Pour ce faire, le médecin peut s'aider du guide « Guide pratique sur la protection des données personnelles » rédigé par le CNOM et la CNIL en 2018.

**UJ - Pouvez-vous nous donner des exemples pratiques sur la gestion des données ?**

JPH - Le CNOM et la CNIL ont rédigé un guide intitulé « Guide pratique sur la protection des données personnelles » disponible en ligne. Il a été rédigé pour accompagner les médecins dans la gestion des données à caractère personnel dans le cadre de leur exercice.

Pour vous donner un exemple pratique, il est impératif de conserver les données des patients de manière sécurisée. Pour les dossiers papiers des patients, nous recommandons fortement de les conserver dans des armoires fermées à clef.

Jean-Marcel MOURGUES  
Propos recueillis par  
Julien DEFONTAINES

Le site de l'ordre National des Médecins (CNOM) a, dans sa partie « Mes devoirs et mes droits », un résumé complet sur les recommandations relatives à la gestion des données. Les conseils sont pratiques et adaptés à nos activités quotidiennes.

**Informez les patients**

- L'information est obligatoire et il est recommandé d'afficher dans la salle d'attente le document d'information de la CNIL (<https://www.cnil.fr/fr/traitement-de-donnees-de-sante-comment-informer-les-personnes-concernees>) sur la gestion des données.

**Sécurisez vos données de santé**

- Les données doivent être protégées contre les accès non autorisés ou illicites mais également contre la perte, la destruction ou les dégâts.
- Il est obligatoire d'avoir des sauvegardes.
- Quand les données sont hébergées par un hébergeur de données de santé, le niveau de sécurité est censé être optimal.

**Les dossiers patients**

- Il est conseillé de limiter les informations collectées au strict nécessaire.
- Les dossiers patients > 20 ans peuvent et doivent être supprimés.
- L'information au patient sur ses droits est recommandée.

**La prise de rendez-vous**

- Les informations collectées doivent être limitées au strict nécessaire.
- Le prestataire utilisé doit être agréé.

**Les échanges via messagerie électronique**

- Les échanges entre praticiens doivent se faire via un service de messagerie sécurisée de santé.
- En cas d'utilisation d'une messagerie électronique standard, le praticien doit vérifier la sécurité des échanges.
- Les pièces jointes doivent être chiffrées si possible.

**Les échanges via le téléphone portable**

- Le téléphone doit être sécurisé par mot de passe.
- Aucune information médicale ne doit être stockée sur le téléphone.
- La consultation du logiciel doit se faire avec précaution en s'assurant de la confidentialité.





## UJ - Un mot d'introduction concernant la confidentialité des données ?

IM - Le respect de la vie privée est un droit fondamental et l'une des valeurs essentielles de Doctolib. Nous respectons les réglementations française et européenne sur la protection des données personnelles, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et la Loi Informatique et Libertés (LIL).

Nous travaillons en continu avec les autorités compétentes de chaque pays dans lequel nous sommes implantés. Nous collaborons ainsi avec les acteurs publics responsables de l'organisation du système de santé et l'ensemble des représentants des patients, des professionnels et des établissements de santé, pour s'assurer de respecter l'intégrité de nos obligations en matière de protection des données personnelles et, de surcroît, des données de santé.

Nous disposons d'une équipe dédiée à la protection des données à caractère personnel, incluant notamment un Délégué à la Protection des Données, une équipe experte en cybersécurité et une équipe juridique.

Les données à caractère personnel des patients et professionnels de santé qui utilisent nos services sont stockées par un hébergeur disposant d'une infrastructure physique, protégée 24h/24 et 7j/7, ayant reçu la certification Hébergeur de Données de Santé (HDS).

## UJ - Quelles sont les données traitées par Doctolib ?

IM - Notre [politique de protection des données](#) est accessible à tout moment et détaille la façon dont Doctolib traite les données à caractère personnel. Ce document est accessible depuis nos sites internet, en bas de page. Dans cette politique, nous listons les traitements que nous mettons en œuvre : gestion des comptes utilisateurs, réalisation d'enquêtes volontaires, support utilisateur, etc. L'accord de protection des données, conclu entre Doctolib et les utilisateurs, détaille les obligations de Doctolib concernant le traitement des données des patients pour le compte des utilisateurs.

## UJ - Quelles sont les recours des utilisateurs et comment peuvent-ils les exercer ?

IM - Tous les utilisateurs peuvent nous contacter pour exercer leurs droits.

Ils peuvent notamment exercer :

- Leur droit d'opposition pour s'opposer à la réutilisation de leurs données par Doctolib.



Ismail MANSOURI

Responsable relation média Doctolib

# Données de santé et appli de prise de rendez-vous

## Entretien avec Ismail Mansouri, Responsable relation média Doctolib

# Doctolib

- Leurs droits d'accès et de rectification pour accéder à l'ensemble de leurs données que nous traitons ; mais également savoir où nous avons obtenu ces données ; demander une copie de leurs données ; exiger qu'elles soient rectifiées, complétées, mises à jour ou supprimées.
- Leur droit à la portabilité, dans le cadre d'un traitement qui est fondé sur le consentement de l'utilisateur ou par l'exécution d'un contrat. Ce droit permet à l'utilisateur de recevoir ses données afin de les réutiliser.
- Le droit à l'effacement permet à l'utilisateur de demander la suppression de ses données. Toutefois, ce droit peut être limité

dans certains cas, par exemple si le traitement est réalisé en application d'une obligation légale.

- Le droit à la limitation permet à l'utilisateur de nous demander de limiter l'usage de ses données personnelles.

Il existe plusieurs manières d'exercer ses droits. Pour certains droits, il est possible de le faire directement depuis son compte utilisateur ou de le faire par mail, en écrivant à [contact.dataprivacy@doctolib.com](mailto:contact.dataprivacy@doctolib.com)

## UJ - Comment protégez-vous les données personnelles de vos utilisateurs ?

IM - Nous appliquons de nombreuses mesures de protection pour protéger les données de nos utilisateurs :

- Nous ne vendons pas les données de nos utilisateurs.
- Les données sont hébergées en Europe au sein d'un hébergeur certifié HDS.
- La confidentialité des données personnelles est au cœur du développement des services, et ce dès leur conception.
- Nos services sont conçus en conformité à l'égard des réglementations nationales et européennes en matière de confidentialité des données.
- Les utilisateurs peuvent définir leurs paramètres de confidentialité à tout moment depuis leur compte.

Pour protéger la vie privée de nos utilisateurs :

- Nous prenons différentes mesures de protection et explorons constamment de nouvelles technologies pour améliorer la sécurité des données.
- Nos utilisateurs bénéficient de technologies de chiffrement avancées.
- Les données personnelles sont hébergées en lieu sûr, avec une protection physique en continu.
- Nous nous soumettons régulièrement à des audits tiers et à des contrôles réglementaires.

Pour aller plus loin sur les mesures de sécurité mises en place par nos soins, les utilisateurs peuvent consulter notre [page dédiée à la protection des données](#).

Ismail MANSOURI

Propos recueillis par Julien DEFONTAINES

## La cybersécurité au cœur des préoccupations des établissements de santé



**Arnaud VANDESMET**

*Directeur de la Sécurité des Systèmes d'Information et Délégué à la protection des données au sein du groupe Ramsay Santé*

**D**epuis quelques années, le secteur de la santé, jusqu'alors relativement épargné, connaît une nette augmentation du nombre de cyberattaques. Des bonnes pratiques existent pour s'en prémunir au maximum ou en limiter les effets.

Les établissements de santé, en tant que dépositaires de quantités très importantes de données personnelles sensibles, constituent aujourd'hui une cible privilégiée pour les attaquants. Le groupe Ramsay Santé renforce en permanence son dispositif de sécurité des services d'informations pour répondre à quatre grands objectifs. Premièrement, la poursuite d'un intérêt opérationnel évident, afin de permettre la poursuite de la prise en charge des patients et des activités. Deuxièmement, le respect des obligations réglementaires, sans cesse plus fortes. Troisièmement, la préservation de la réputation du Groupe et de ses établissements. Enfin, nous avons une obligation morale vis-à-vis des patients, des praticiens et des collaborateurs qui nous confient tous leurs données, pour certains leur intimité et leur santé, pour d'autres leurs intérêts professionnels.

Motivés principalement par le gain financier, les attaquants utilisent des méthodes de plus en plus sophistiquées mais qui reposent souvent sur les mêmes mécanismes : principalement l'exploitation des failles techniques ou des actions d'ingénierie sociale comme le phishing. L'année 2022 a marqué un tournant en France dans la prise de conscience de l'exposition du secteur de la santé avec une multiplication des cyberattaques, certaines paralysant totalement des établissements de premier plan pendant plusieurs semaines. Le groupe Ramsay Santé a lui-même fait l'objet d'une attaque début 2023. La détection précoce d'anomalies couplée à des actions rapides et fortes ont permis d'éviter tout dommage direct et nous n'avons eu à déplorer aucun vol ou aucune destruction de données. Il reste que les mesures de prévention peuvent elles-mêmes entraîner des conséquences opérationnelles. Lorsqu'un établissement est volontairement isolé pour préserver l'ensemble du système dans l'attente des actions de levée de doute, vous entrez d'office dans un mode dégradé qui a des impacts immédiats sur toute l'activité et sur les personnes.

Cet épisode sérieux nous a permis de tirer plusieurs enseignements et confirmer certains principes. D'abord, les **capacités de détection**, sans lesquelles il n'y a pas d'actions rapides possibles, sont primordiales. Ensuite, en cas d'attaques, il est parfois nécessaire de **prendre vite des décisions difficiles**, pouvant aller jusqu'à l'isolement informatique complet des établissements. Troisièmement, il est important d'utiliser **toutes les expertises disponibles**, internes mais aussi externes. Le regard extérieur, analytique, des renforts externes est très utile dans les premières heures de la crise mais l'expertise interne, la parfaite maîtrise des composantes du système d'information, restent indispensables pour bien orienter les investigations, éviter les fausses pistes et *in fine* raccourcir les temps de remédiation et de correction. Enfin, une **communication maîtrisée**, vers les acteurs internes, les partenaires externes et les tutelles est également une des clés.

La puissance publique organise, oriente et structure la montée en puissance du secteur de la santé face aux enjeux de la cybersécurité. Commencée avec l'introduction de cette thématique dans les grands programmes nationaux comme « Hôpital Numérique » et HOP'EN, elle se poursuit avec de nouveaux dispositifs comme le programme CaRe ou encore la **directive européenne NIS v2** qui vient renforcer les exigences de sécurité faites aux établissements de santé en élargissant son champ d'application, précédemment réservé aux grands centres hospitaliers publics, à tous les établissements.

**Sensibiliser et responsabiliser l'ensemble du corps médical** en tant qu'acteurs et parties prenantes directes du système d'information est aujourd'hui une clé essentielle pour garantir la sécurité des patients comme des collaborateurs.

Bien que celles-ci soient indispensables, la sécurité ne peut pas être réduite à des solutions techniques : elle passe d'abord par les acteurs du système d'information, la défaillance d'un seul d'entre eux pouvant entraîner celle de tout le système. La sécurité est une question de responsabilité collective, un effort collégial qui doit aussi passer par une prise de conscience individuelle. C'est un travail de fond, permanent, pour lutter contre les mauvaises pratiques et qui passe par une sensibilisation continue.

Dans cet objectif, le Groupe a défini une gouvernance de la sécurité reposant sur une structure centrale doublée d'un maillage local au sein des établissements, articulé autour de Référents SSI agissant comme relais sur le terrain de la politique nationale.

Ramsay Santé structure sa démarche autour de trois grands axes :

- la **préparation à la crise**, passant par la maîtrise et la cartographie de l'existant, la rédaction des procédures adaptées, l'ensemble des actions de sensibilisation et de prévention et l'intégration systématique de la sécurité dans la conception et le pilotage de tous les projets ;
- l'**industrialisation des actions de remédiation**, pour réduire le stock des anomalies techniques, fonctionnelles et organisationnelles constatées et ainsi réduire l'exposition aux risques ;
- la **poursuite des grands projets techniques de sécurité**, comme le renforcement du SOC (*Security Operation Center*) pour détecter efficacement les incidents et menaces de sécurité et mieux s'en prémunir ou encore la mise en œuvre des mécanismes de NAC (contrôle d'accès réseau) pour sécuriser les réseaux locaux des établissements.

Parce que les médecins libéraux sont directement parties prenantes de la sécurité de son système d'information, Ramsay Santé réfléchit aussi à accompagner les praticiens en la matière sous forme de session de sensibilisation, de documentations, de conseils de prestations. L'objectif étant qu'ils soient à nos côtés pleinement acteurs de la sécurité. Il faut **anticiper et accompagner** les évolutions techniques et réglementaires pour ne pas avoir à les subir sous la contrainte. Il s'agit d'un travail commun et collectif que nous allons mener à destination des praticiens mais aussi des collaborateurs du Groupe.

**Arnaud VANDESMET**

Propos recueillis par **Julien DEFONTAINES**

## Hello, who are you?

I am Tanja Hüscht, a German and European board-certified urologist. I began my urological career at the University in Bern, where I spent the first months of my training. I continued my training at a municipal hospital in Frankfurt, where I was encouraged to submit a case report to a regional congress. Although this initial case report posed a challenge at that time, it sparked my interest in pursuing an academic career. Consequently, I continued my training at the University Hospital in Frankfurt, where I became a board-certified urologist and staff member. Subsequently, I spent several years at the University Hospital in Frankfurt and later at the University of Mainz.

During this period, I pursued a scientific career in functional urology, focusing on male stress urinary incontinence and urodynamics. I conducted several clinical trials and established the largest database in surgical procedures for male stress urinary incontinence through the DOMINO project at that time. I am very grateful for the continuous support from the chairmen in the department of urology, which facilitated my scientific success. I was ultimately nominated as an associated professor at the University in Mainz with a permanent teaching assignment in urology. I became a full member of the functional and female urology working group of the German Association of Urology and the EAU-YAU Functional Urology Group. Currently, I chair the expert list of female urologists for the German Association of Urology and hold position in the ESU standardised curriculum in functional urology, as well as other honorary positions on national and international levels.

At a certain point, the traditional career pathway was established, and I felt the need for change. Wondering if there were other opportunities beyond the clinical career, I decided to take a job opportunity in the industry, despite having no prior knowledge of tasks outside the clinical environment. I started as a Medical Director at a medical device company specializing in functional urology. After two years, I chose to enhance my knowledge by transitioning to the pharmaceutical industry. I currently lead the European Medical Affairs department in a pharmaceutical company specializing in uro-oncology.

## What makes your activity multidisciplinary?

My daily work is multidisciplinary in the sense of broad cross-functional communication within and outside the company including interactions with national authorities. I closely



Tanja HÜSCH  
Urologue,  
Mayence, Allemagne

## Urologists in Europe

interact with the marketing department, pharmacovigilance, regulatory, compliance and commercial teams. I lead scientific advisors boards, grant Investigator-Initiated Trials (IITs), offer medical advice through several channels, and participate in the European Management Team and global management meetings, providing insights of the European market. Business and clinical development are fields of particular interest, and continuous education is crucial for personal and professional development. Thus, I participate in several national and international congresses to gather insights into the most recent urological developments. This facilitates communication with urologists worldwide, providing different views and opportunities. As a certified urologist in the industry, social and communication skills are key to success in addition to professional medical knowledge. The broad set of internal and external stakeholders with whom I communicate makes my activities multidisciplinary and interesting.

## What makes you a European Urologist?

I am a European Urologist at heart. Regardless of my roles in clinical or industry settings, the aim is to improve urological care for patients. This includes intrinsic motivation for scientific research, education, and training,

which I continue to pursue alongside my professional work in the industry. Training of young urologists plays a pivotal role in forming an even greater urology community in future.

## How do you see Urology in 2030 and beyond and what are your expectations?

Urology and medicine, in general, will undergo several transformational changes. The traditional working environments for urologists are challenged by the younger generations, and medicine is becoming more feminine. Improved work-life balance, flexible working environments, predictable working hours, part-time options, paid time off for research purposes, and a broad range of childcare facilities will play pivotal roles in the future in attracting and retaining healthcare professionals in an appealing working environment.

Rapid technological and pharmaceutical developments, artificial intelligence, and precision medicine will significantly affect urological care in many aspects. Urological care will become more personalised, requiring a multidisciplinary team with highly specialised urologists. Technological developments will enable autonomous surgeries and interventions, providing improved care in surgical procedures and even the redundancy of selected procedures. Economic pressures of the European healthcare system will lead to more ambulatory procedures and a reduction in the number of interventions. Finally, prevention and self-care will become more prominent.

## Anything outside urology and will you do Ventoux Climbing next year?

I have two children, aged 6 and 9, both of whom still believe in Santa Claus (and will receive a Christmas card from Santa Claus after I travelled to Finland this winter). I have a fondness for strong windsurfing, a hobby I have pursued since the age of 8 (although with limited opportunities in recent years). I recently fulfilled my dream of owning a new acoustic piano. I have been playing the piano since early childhood, and I almost started studying music instead of medicine! I would like to have a pet, but I am still undecided about taking on the responsibility of an additional family member. As for Ventoux Climbing, may I participate with an E-Bike?

Tanja HÜSCH  
Propos recueillis par Julien DEFONTAINES





Thibaut CULTY  
Responsable  
du CTAFU

## Renouvellement au CTAFU

C'est un grand honneur pour moi d'avoir été désigné par mes pairs comme responsable du comité de transplantation de l'AFU, succédant au Pr Marc-Olivier TIMSIT. Je souhaite tout d'abord rendre hommage à mon prédécesseur dont les deux mandats ont été très prolifiques avec, entre autres, la publication en 2021 des premières recommandations du CTAFU : cancer de la prostate, carcinome urothélial, carcinome rénal sur reins natifs chez le transplanté et le candidat à la transplantation, carcinome à cellules rénales du transplant, lithiase urinaire chez le transplanté ou le donneur, néphrectomie pour don de rein, symptômes du bas appareil urinaire et incontinence urinaire chez le patient transplanté ou en attente de transplantation rénale, agents antiplaquettaires et anticoagulants oraux directs en transplantation rénale.

Mon projet prioritaire est d'ajouter de nouvelles recommandations : transplantectomie, le candidat obèse à une transplantation rénale et, enfin, tumeurs urologiques chez le donneur de rein : cancer de la prostate, cancer du rein, carcinome urothélial, cancer du testicule. Par ailleurs, certaines recommandations éditées en 2021 nécessiteront une mise à jour : ce sera notamment le cas des recommandations sur le cancer de la prostate chez le transplanté et le candidat à la transplantation. Ces recommandations devront cette fois-ci être traduites en anglais pour une meilleure visibilité au niveau international. Avec l'appui des responsables des autres comités, je souhaite également parvenir à convaincre le conseil d'administration de l'AFU de mettre en place des moyens pour développer des applications pour smart-

phone destinée à guider les praticiens dans l'application des recommandations, à l'image de celles qui ont été développées par le comité de cancérologie et le comité lithiase, mais qui ne sont malheureusement plus mises à jour. Une telle application serait par exemple très utile pour déterminer les délais de carence avant transplantation chez un candidat atteint de cancer, ou pour définir la conduite à tenir chez un sujet en état de mort encéphalique ayant des antécédents de cancer.

Je reste très attaché au maintien de la réunion du Club des Référénts Urologues Transplantateur (CRUT) qui a lieu traditionnellement au mois de septembre et qui regroupe les membres du comité ainsi que les référents transplantation de l'ensemble du territoire. Cette réunion continuera à être organisée chaque année par un centre transplantateur différent. Cela permet aux membres du comité de rencontrer les acteurs locaux de la transplantation et, pour le centre qui accueille, de valoriser et dynamiser son activité de transplantation. Cette réunion est importante pour la formation continue, en particulier pour les transplantateurs non-membres du comité et pour les jeunes qui débutent la transplantation.

Je souhaite également renforcer les liens entre le comité de transplantation et les organisations transversales en transplantation : Société Francophone de Transplantation, École Française de Prélèvement Multi-Organe. La transplantation est une activité éminemment multidisciplinaire. Je suis convaincu qu'il faut cultiver les relations avec les autres spécialités impliquées en transplantation et enseigner la façon de travailler ensemble, ce que l'approche corporatiste de nos sociétés savantes ne favorise pas toujours.

*Les comités de l'AFU sont régulièrement renouvelés afin de garder une dynamique, de porter des projets ambitieux, de faire entrer des nouveaux membres (et en laisser partir certains car, ne l'oublions pas, cela demande du temps et de l'engagement), dans le but de toujours construire et s'adapter aux nouveaux challenges de chaque comité au fil du temps. Elaborer des recommandations, des registres, être réactif face à des actualités ou des changements de pratiques (nouvelles technologies, nouveaux traitements, etc.). Voici les changements récents au sein des comités de l'AFU.*

Priscilla LEON

J'espère avant tout convaincre que la transplantation et le don d'organes sont des activités très importantes d'un service d'Urologie Universitaire et donner envie aux jeunes urologues de s'investir en transplantation.

Thibaut CULTY

### Listes des membres du CTAFU

Responsable du Comité  
Thibaut CULTY

Membres Experts  
Lionel BADET  
François KLEINCLAUSS  
Marc-Olivier TIMSIT

Membres du comité  
Eric ALEZRA  
Thomas BESSEDE  
Romain BOISSIER  
Jean-Michel BOUTIN  
Julien BRANCHEREAU  
Guillaume DEFORTESCU  
Sarah DROUIN  
Alexandre FRONTCZAK  
Marc GIGANTE  
Xavier MATILLON  
Grégory VERHOEST  
Federico SALLUSTO  
Nicolas TERRIER  
Rodolphe THURET

Membres associés junior  
Charles GAILLARD  
Anna GOUJON  
Thomas PRUDHOMME





**Benoît PEYRONNET**  
Responsable  
du CUROPF

## Nouvelles responsabilités au CUROPF et au CCAFU



**Mathieu ROUMIGUIÉ**  
Responsable  
du Sous-Comité  
Vessie du CCAFU

C'est avec plaisir et honneur que je reprends la responsabilité du comité d'Urologie et de Périnéologie de la Femme (CUROPF) à la suite de Jean-Nicolas Cornu. L'urologie de la femme constitue une part importante de l'activité des urologues, tout particulièrement en France où nous sommes impliqués dans la gestion des prolapsus génito-urinaires, ce qui n'est pas le cas partout.

Je mesure donc l'importance de la tâche que me confie le bureau de l'Association Française d'Urologie que je remercie. Celle-ci s'avère d'autant plus grande que l'activité d'urogynécologie traverse une période difficile avec la résurgence de la controverse autour des bandelettes de polypropylène en France. De nombreux articles sont parus dans la presse ces dernières semaines et cela devrait se poursuivre dans les semaines et mois à venir. La constitution de deux collectifs de patientes victimes de complications de bandelette est à l'origine de cette médiatisation. Face à cette vague, l'Association Française d'Urologie se doit à la fois d'être à l'écoute et empathique mais aussi d'avoir une réponse à la hauteur sur le plan scientifique. L'objectif de la mandature à venir est donc de proposer dans les 3 ans à venir une mise à jour des recommandations existantes sur l'incontinence urinaire féminine et le prolapsus génito-urinaire mais aussi de proposer des recommandations sur l'hyperactivité vésicale, le syndrome douloureux vésical, l'obstruction sous-vésicale ou la reconstruction génito-urinaire féminine.

Exceptionnellement, le bureau de l'AFU a autorisé le CUROPF à solliciter des experts extérieurs au CUROPF afin de pouvoir bénéficier de toute l'expertise française sur le sujet.

Parallèlement, le CUROPF s'engage à avoir une activité scientifique soutenue avec un essai randomisé sur le point de démarrer (Solitens : essai randomisé comparant solifenacine et neurostimulation tibiale postérieure), un PHRC soumis (Bulkamesh : essai randomisé comparant Bulkamid et TVT chez les femmes > 70 ans) et de nombreuses études rétrospectives multicentriques.

Enfin, le comité s'assurera de proposer le meilleur contenu scientifique possible pour le CFU annuel et de mettre à jour et créer toutes les fiches d'information pour faciliter l'exercice de l'urologie féminine pour tous/tes nos collègues.

Tout ceci ne sera possible que grâce à l'investissement de l'ensemble des membres des comités et je me réjouis à l'avance de pouvoir compter sur une équipe incroyable : Caroline Thuillier, Sophie Hurel, Laurence Donon, Sandrine Campagne-Loiseau, Marie Florin, Frederic Girard, Adrien Vidart, Vincent Cardot, Julia Klap, Lucie Even, Francois Meyer, Pierre-Olivier Bosset et les nouveaux arrivants : Francois Hervé, Thibault Thubert, Rebecca Haddad, Caroline Plassais, Claire Richard.

Vive l'urologie féminine et la pelvi-périnéologie !

**Benoît PEYRONNET**

En novembre dernier, Morgan Rouprêt m'a proposé de prendre la responsabilité du sous-comité urothélial du CCAFU. J'ai accepté ce challenge et je souhaite avant tout le remercier pour sa confiance et féliciter Yann Neuzillet pour le travail effectué durant ses dernières années en tant que membre et responsable de ce groupe.

Pour cette prochaine mandature, le groupe est un peu remanié puisque le Pr O. Traxer et le Dr Y. Lorient que nous remercions pour leur implication sortent du panel d'experts. Ainsi, nous accueillons :

- Constance Thibault (Oncologue à l'HEGP) qui est très impliquée dans la prise en charge clinique, dans la recherche clinique et également dans l'enseignement à l'ECU de la maladie urothéliale.
- Gautier Marcq (Urologue au CHU de Lille) intègre également le groupe de travail pour apporter son dynamisme, son enthousiasme et sa rigueur scientifique dans les projets à venir.
- Pour cette nouvelle mandature, le Bureau de l'AFU nous a autorisé à intégrer des jeunes membres associés, ainsi les candidatures de Doriane Prost et Anne-Sophie Bajéot ont été retenues.

Concernant notre feuille de route, l'année à venir va être dédiée prioritairement à la mise à jour des recommandations du CCAFU. Nous allons également poursuivre un ensemble de travaux rétrospectifs multicentriques et surtout nous allons proposer des essais prospectifs qui pourront s'inscrire dans des projets à promotion académique ou industrielle.

Lors de notre première réunion du mois de novembre au CFU, j'ai pu apprécier que l'ensemble du groupe souhaitait cette nouvelle mandature très productive en terme de recherche, en terme d'échange avec un état d'esprit convivial et bienveillant permettant à chacun de s'épanouir.

**Mathieu ROUMIGUIÉ**

### Composition du Sous-Comité Vessie du CCAFU

#### Responsable

Pr Mathieu Roumiguié (Urologue, Toulouse)

#### Membres

Pr Yves Allory (Anatomopathologiste, Institut Curie)

Dr Francois Audenet (Urologue, HEGP)

Dr Priscilla Léon (Urologue, Royan)

Dr Gautier Marcq (Urologue, CHU Lille)

Pr Alexandra Masson-Lecomte (Urologue, Hôpital Saint Louis)

Dr Benjamin Pradère (Urologue, Toulouse)

Dr Thomas Seisen (Urologue, Hôpital Pitié Salpêtrière)

Dr Constance Thibault (Oncologue, HEGP)

Pr Evangelos Xylinas (Urologue, Hôpital Bichat)

#### Membres associés

Dr Anne-Sophie Bajéot (Urologue, Toulouse)

Dr Doriane Prost (Urologue, Paris)



Vanessa AVRILLON



Stéphane BART



Bertrand POGU



Frédéric VAVDIN

L'équipe de l'OA-AFU

# L'effet tunnel en santé

« une solution sécurité patient « l'effet tunnel en santé, comment faire pour voir le bout ? » a été publiée en mai 2023 sur le site de la Haute Autorité de Santé. Elle est le fruit du travail de plusieurs organismes d'accréditation dont les principaux promoteurs sont l'Association Française d'Urologie, la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive, Gynérisq, Plastirisq et Orthorisq. Il faut remercier vivement Frédéric Vavdin qui s'est particulièrement investi dans ce projet.

Ce travail est surtout lié aux retours d'expériences issus des événements indésirables déclarés dans la base SIAM et aux enquêtes réalisées auprès des chirurgiens orthopédistes, des anesthésistes et des chirurgiens et spécialistes interventionnels. La SSP s'adresse à tous les professionnels de santé qui réalisent au quotidien des actes médicaux interventionnels ou chirurgicaux. Son objectif est de les sensibiliser aux phénomènes d'effet tunnel et d'autres mécanismes cognitifs pouvant altérer le raisonnement, la prise de décision clinique, et de proposer aux soignants des stratégies pratiques pour mieux s'en prémunir ou en minimiser les impacts. L'effet tunnel n'est pas si rare. Il concerne l'ensemble des professionnels de santé, peut survenir à tout moment que ce soit en période péri-opératoire ou lors de situations de routine voire lors de la continuité de la permanence des soins. Il peut être responsable de la survenue d'événements indésirables à la fois graves et évitables.

D'autres biais cognitifs sont également décrits tels que :

- le biais d'ancrage ;
- les biais de confirmation ;
- l'arrêt de réflexion ;

**Solutions sécurité patient**

### L'effet tunnel en santé

Comment faire pour en voir le bout ?

25 mai 2023

**De quoi s'agit-il ?**

Nous évoluons dans un environnement complexe, avec un grand nombre de données à intégrer et analyser, mais nous disposons de capacités cognitives limitées. Ainsi, il est impossible et inefficace de raisonner systématiquement de manière analytique pour prendre des décisions. C'est pourquoi nous utilisons au quotidien des raccourcis mentaux, aussi appelés heuristiques, moins coûteux en temps et en énergie, qui nous permettent de prendre des décisions rapides et le plus souvent fiables. Or, ces raccourcis sont indispensables mais peuvent parfois être source d'erreurs, s'ils sont utilisés dans la mauvaise situation : il s'agit alors de biais cognitifs.

Ces biais cognitifs sont nombreux (près de 250 ont été décrits) et encore peu connus dans le milieu médical. Ils peuvent impacter le raisonnement et altérer la prise de décision clinique. Les biais cognitifs étant très diversifiés, cette solution pour la sécurité des patients (SSP) porte plus spécifiquement sur l'un d'entre eux, particulièrement méconnu : l'effet tunnel. Ce phénomène, bien connu en aéronautique sous le nom de « fascination par la cible », est encore peu étudié en médecine. Pourtant, il peut avoir de sévères conséquences sur la sécurité du patient et sur les professionnels qui y sont confrontés.

**L'effet tunnel (ou « tunnelisation » attentionnelle) est défini dans cette SSP comme toute situation dans laquelle l'attention du professionnel est tellement focalisée sur un objectif qu'il n'entend, ni ne voit des signaux d'alerte qui devraient l'amener à modifier son approche, voire à l'arrêter avant que ne survienne un événement indésirable associé aux soins (EIAS).**

Cette fixation de l'attention entraîne une fermeture mentale aux autres possibilités avec disjonction de tout esprit critique. Ce quasi-blocage n'est pas perçu par le praticien et peut apparaître, vu de l'extérieur, comme une obstruction. La pression du résultat, le stress, les alarmes et le bruit ne font que renforcer cette fixation. Ainsi, par exemple, l'opérateur pense à vouloir réaliser un geste sur un patient malgré les échecs répétés d'essais tentés, alors que la situation clinique du patient se dégrade.

D'autres facteurs peuvent contribuer à cet effet tunnel : l'impatience, le manque de concentration, une charge de travail élevée, la fatigue, une trop grande confiance en soi, des conflits au sein de l'équipe...

Cette SSP s'adresse à tous les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, hospitaliers et ambulatoires. Elle a pour objectif de les sensibiliser au phénomène d'effet tunnel et aux mécanismes cognitifs pouvant altérer le raisonnement et la prise de décision clinique, et à leur proposer des stratégies pratiques pour mieux s'en prémunir ou en minimiser les impacts.

1. Resultat attendu pour le patient, gestion d'une complication (cet objectif peut être immédiat ou différé).

HAS  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

- le biais d'attente ;
- la limite attentionnelle ;
- la dynamique sociale (biais au sein d'une équipe) ;
- l'action inaction ;
- la déformation professionnelle ;
- la surconfiance.

Vous trouverez dans cette solution sécurité patient des outils pour prévenir l'effet tunnel, le détecter afin de récupérer la situation, ou d'en sortir pour en atténuer les conséquences pour le patient et pour vous-même.

Nous nous sommes également entretenus avec plusieurs experts ayant participé à ce travail dont vous trouverez l'éclairage dans ce dossier. Le facteur humain est un facteur prépondérant dans la survenue d'erreurs. Une connaissance accrue de notre métacognition nous permettra de diminuer ce risque.

Vanessa AVRILLON, Stéphane BART, Bertrand POGU, Frédéric VAVDIN

### Sources

- [Methode\\_de\\_SSP\\_v15 \(has-sante.fr\)](#)
- [L'effet-tunnel-en-sante-comment-en-venir-a-bout.pdf \(has-sante.fr\)](#)



Eric BENFRECH

Gestionnaire d'Orthorisq de 2015 à 2021

## Regards croisés sur la SSP Effet tunnel en santé

### Entretien avec le Dr Eric Benfrench

**UJ - Orthorisq a été l'un des promoteurs de la SSP « l'effet tunnel en santé : comment en venir à bout ? » (avec l'AFU, la FCVD, Gynérisq et Plastirisq)**

EB - C'est à la suite de la présentation de Frédéric Vavdin avec qui j'ai travaillé. Nous avons souhaité participer à ce travail et notre vision des situations tunnelisantes était quelque peu différente de celle des urologues. On ne réalise pas de chirurgie robotique et la machine ne s'intercale pas dans nos pratiques chirurgicales. En orthopédie, la situation tunnelisante type est celle du chirurgien qui s'enferme dans une démarche chirurgicale inadaptée, source de complications pour le patient, telle qu'un problème de prothèse inadaptée ou une complication sur une reprise chirurgicale prothétique. Les autres problématiques fréquentes sont les infections sur matériel prothétique. Prendre la bonne décision au bon moment, tel est notre difficulté sur des cas complexes, ne pas foncer tête baissée droit dans le mur.

Malgré nos demandes auprès des accrédités d'Orthorisq, nous n'avions pas beaucoup



de déclarations d'EIAS allant dans ce sens. Le principe de tunnelisation était difficile à expliquer et à percevoir par nos engagés. La plupart des déclarations ressemblaient plutôt à des histoires de chasse, avec un chirurgien soumis à de grosses difficultés techniques au bloc opératoire et assez seul pour les surmonter. Cela entraînait des événements indésirables graves (EIG).

Le souhait d'orthoriso a donc été de sensibiliser les engagés et les équipes de soignants, avec lesquels ils travaillent au quotidien, plutôt que de leur donner des solutions techniques. Aucune recommandation n'en a été tirée et elle ne figure actuellement pas au programme de notre référentiel risque. Finalement, sensibiliser et surtout ne pas se retrouver tout seul à gérer les difficultés qui

paraissent insurmontables. L'équipe peut aider. L'intérêt principal a été de faire découvrir aux collègues les biais cognitifs et leur influence dans notre travail.

Eric BENFRENCH

Propos recueillis par Stéphane BART

Pour aller plus loin...

• [Accueil](#) | [ORTHORISQ](#)

Promoteurs



Organismes associés



### UJ - Pourquoi avoir choisi l'effet tunnel pour en faire une SSP ?

MC - Les événements indésirables associés à un effet tunnel sont particulièrement graves et sont évitables. Ils ont toujours un fort impact sur les professionnels. Travailler sur l'effet tunnel nous a permis d'aborder le sujet des biais cognitifs dont on n'avait jusque-là jamais parlé. En effet, en général, l'analyse des événements indésirables fait essentiellement ressortir des problèmes liés à l'organisation des soins. Or, on s'est rendu compte qu'il était essentiel d'aborder l'analyse des EIAS sous l'angle des biais cognitifs également.

### UJ - Quelle a été la méthode d'élaboration de la SSP Tunnel ?

MC - L'intérêt pour ce sujet a été initié par l'OA-AFU qui a présenté un travail sur l'effet tunnel à l'ensemble des organismes agréés pour l'accréditation à l'occasion de la Commission Risques inter-spécialités de la HAS. L'OA-AFU avait exposé des exemples de cas cliniques et le sujet avait beaucoup intéressé les organismes agréés qui ont décidé d'en faire une « solution sécurité patient » (SSP) inter-spécialités, pilotée par la HAS. Il s'agit de la première SSP impliquant autant de spécialités. Parmi elles, les urologues, les chirurgiens viscéraux et digestifs, les gynécologues-obstétriciens, les chirurgiens plasticiens et les orthopédistes ont été les organismes moteurs. Cinq autres organismes se sont associés au travail du groupe. Au total, 10 organismes agréés sur les 16 existants ont contribué au groupe de travail qui a accueilli d'autres professionnels de santé, médecins et non médecins. En effet, cette SSP étant très transversale et concernant l'équipe chirurgicale dans son ensemble, il était nécessaire d'ouvrir le débat au plus grand nombre et non pas uniquement aux chirurgiens.



Marie CONIEL

*Cheffe de projet du Service Évaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins (EvOQSS) à la HAS.*

*L'effet tunnel en santé est un biais cognitif de plus en plus scruté. Quelle que soit la spécialité chirurgicale, les organismes d'accréditation s'emparent peu à peu du sujet. Les travaux de l'OA-AFU et d'autres organismes partenaires ont abouti à la publication d'une « solution sécurité patient » consacrée à l'effet tunnel en santé. Marie Coniel, cheffe de projet du Service Évaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins (EvOQSS) à la HAS, retrace l'histoire de cette SSP.*

Comme pour toute SSP, il a fallu tout d'abord analyser les événements indésirables associés aux soins liés à un effet tunnel. Nous avons donc lancé une campagne de communication auprès des médecins accrédités pour qu'ils déclarent des événements en rapport avec ce sujet. La première difficulté à laquelle nous avons été confrontés a été d'identifier avec précision ce qu'était un effet tunnel. Il a

## SSP Effet Tunnel : les événements indésirables vus sous l'angle des biais cognitifs

Entretien avec Marie Coniel de la HAS

fallu nous mettre d'accord sur une définition car il n'y en avait pas dans la littérature qui l'explicitait clairement.

### UJ - Ce sont donc les organismes agréés qui ont défini l'effet tunnel en santé ?

MC - Oui, même si les biais cognitifs en santé étaient déjà étudiés dans la littérature, c'est le groupe de travail qui a défini le concept d'effet tunnel. Il a ainsi été défini comme une situation dans laquelle l'attention du professionnel est tellement focalisée sur un objectif qu'il n'entend, ni ne voit des signaux d'alerte qui devraient l'amener à modifier son approche. Lors de l'analyse des événements indésirables, il a fallu caractériser ceux dans lesquels il y avait un effet tunnel. Puis, nous avons recherché les autres potentiels biais

cognitifs présents dans ces EIAS, en ne retenant que les plus prégnants. En moyenne, pour chaque EIAS comportant un effet tunnel, quatre autres biais cognitifs étaient associés et impliquaient plusieurs intervenants. Nous n'avons pas retrouvé d'événements indésirables avec uniquement un effet tunnel. Parmi les EIAS recensés, un quart n'ont pas été arrêtés et sont allés jusqu'au bout : le médecin s'est rendu compte de ce qui c'était passé après l'évènement, lors de l'analyse. Lorsque l'évènement a été arrêté, le plus souvent cela n'était pas lié au professionnel de santé lui-même, mais à son équipe : un collègue qui vient en renfort et qui découvre ce qui se passe, les membres de l'équipe déjà présents qui signalent quelque chose de bizarre...

**UJ - Comment avez-vous choisi les EIAS avec un effet tunnel ?**

MC - Identifier de manière certaine un effet tunnel, tout comme les biais cognitifs associés dans l'EIAS, n'a pas été facile. Aucun biais n'est clairement spécifié dans la déclaration. Il y avait tellement d'hétérogénéité dans l'interprétation des EIAS par les experts des OA que chaque événement a d'abord été sélectionné par la HAS avant d'être analysé par deux experts du groupe de travail, indépendamment l'un de l'autre. Ensuite, les réponses ont été confrontées. Si au moins deux experts et la HAS retrouvaient un effet tunnel, l'EIAS était gardé.

**UJ - Avez-vous disposé d'un outil particulier pour vous aider dans cette étude des EIAS ?**

MC - Pour chaque événement, les experts disposaient d'une grille d'analyse dans laquelle ils devaient indiquer les biais cognitifs qu'ils identifiaient, mais également si l'évènement avait été arrêté, par qui, comment cela s'était-il passé et quelles étaient les conséquences. Nous avons aussi envoyé un questionnaire aux médecins accrédités, avec un champ « texte » dans lequel le médecin pouvait s'exprimer. C'est à partir de ces retours que l'on a puisé des idées pour la SSP, notamment concernant la formation aux biais cognitifs et aux facteurs humains, ou l'amélioration du travail en équipe. Nous avons ainsi identifié trois principales barrières de sécurité : améliorer le travail en équipe pour qu'elle puisse intervenir si nécessaire, effectuer une pause pour réfléchir, appeler un collègue.

**UJ - Avez-vous prévu une évaluation de la SSP ?**

MC - Pour l'instant, nous sommes dans la phase de diffusion de la SSP. Elle va également être intégrée dans les programmes d'accréditation et nous avons prévu de réa-

liser un flash sécurité patient en 2024. Il s'agit d'un document court rappelant trois à quatre événements indésirables et quelques préconisations pour sensibiliser à l'effet tunnel en santé. Il est prévu de réaliser d'ici 3 à 4 ans une évaluation de la SSP, sous la forme d'une enquête de pratiques par exemple. Ce sera également l'occasion d'analyser les événements qui continuent à survenir et si besoin de mettre à jour la SSP et d'évaluer si elle a bien diffusé au sein de la communauté médicale.

**UJ - En quoi cette SSP pourrait-elle être utile à la certification des établissements de santé ?**

MC - Nous avons réalisé une présentation de la SSP effet tunnel en santé au service en charge de la certification pour que les experts visiteurs de la certification en prennent connaissance et puissent la diffuser auprès des professionnels. Mais il faut garder à l'esprit que les SSP sont des outils proposés aux professionnels et non des recommandations. Elles sont mises à disposition si besoin et elles sont à adapter par les établissements et les professionnels le cas échéant.

**UJ - Avez-vous des conseils particuliers concernant les modalités d'utilisation de la SSP ?**

MC - Comme pour toutes les SSP, nous préconisons de commencer par un état des lieux pour savoir où en est l'établissement ou l'équipe sur le sujet des biais cognitifs (ce qui a déjà été fait et si les équipes sont déjà acculturées). Ensuite, je conseillerais de faire un point sur les solutions proposées. Cette SSP en comporte beaucoup donc l'idée n'est pas de tout faire d'un coup. Il faut s'intéresser aux points clés sur lesquels on souhaite réfléchir en priorité et créer un vrai groupe d'action pour travailler sur ces sujets prioritaires. Ensuite, des actions de prévention peuvent être instaurées avec la mise en place de la simulation en santé en lien avec l'effet tunnel ou des formations au système de pensée. Des protocoles particuliers peuvent aussi être établis comme le *slowing-down*, l'appel à un confrère... Si le directeur d'établissement ou le gestionnaire de risque sont moteurs, ce sera plus facile à mettre en place. Cette SSP, et plus largement le sujet des biais cognitifs, nécessitent une réflexion sur l'environnement de travail, la culture sécurité, les ressources humaines et matérielles, le travail en équipe car, en cas d'EIAS, tous ces éléments sont imbriqués.

Marie CONIEL

Propos recueillis par Vanessa AVRILLON



Christian MOREL

*Christian Morel a étudié la dynamique aboutissant à la prise de décisions absurdes. Preuve que le sujet est source d'inspiration, l'auteur en a fait trois ouvrages passionnants\*. De quoi inspirer les personnels de santé dont le quotidien est jalonné de prises de décisions et d'actions de management pour lesquelles ils ne sont pas formés. Voici quelques pistes pour décider sans commettre d'erreur.*

## Les décisions absurdes : l'apanage des gens intelligents ?

### Entretien avec Christian Morel

**UJ - Vos livres sont une mine d'information et l'on peut faire de nombreux parallèles avec le monde médical notamment dans les chapitres consacrés à la hiérarchie. Pourquoi ce sujet vous intéresse-t-il autant ?**

CM - J'ai travaillé 35 ans dans les ressources humaines. J'observais constamment des prises de décisions collectives complètement stupides. Cela m'énervait tellement que je me suis intéressé à l'analyse de ces décisions. Je voulais comprendre pourquoi des gens intelligents pouvaient prendre collectivement



des décisions absurdes. Ils s'agissait toujours de personnels qui avaient un haut niveau d'éducation et qui, rassemblés, pouvaient prendre des décisions complètement stupides. Je suis par ailleurs passionné par la technologie et notamment par l'aéronautique. Là aussi j'étais intrigué par le fait que les pilotes puissent commettre des erreurs de pilotage alors qu'ils sont extrêmement entraînés et formés. J'ai consulté des rapports d'accidents d'avion dus à des erreurs de pilotage. Certains m'ont paru complètement absurdes. C'est alors que j'ai eu l'idée de faire une analyse transversale des grosses bêtises collectives, sans m'arrêter à tel ou tel métier. D'éminents sociologues avaient déjà beaucoup réfléchi au fait que les décisions sont imparfaites. Je me suis dit que si je parlais de décisions imparfaites, il n'y aurait rien d'innovant. D'où l'idée d'étudier les décisions qui sont vraiment complètement absurdes.

#### **UJ - Qu'ont en commun les décisions absurdes ?**

CM - Il y a de nombreuses causes aboutissant à des décisions absurdes. L'excès hiérarchique en est une. La compagnie aérienne Korean Air a subi pendant les années 1990 une succession d'accidents quasi mensuels dont deux crashes mortels. Pour ces deux événements tragiques, l'analyse a montré que le copilote n'avait pas osé corriger le commandant de bord qui était aux manettes. Le copilote avait remarqué l'erreur mais n'a pas osé contredire son supérieur. Désormais, dans de nombreuses compagnies aériennes, l'autorité du commandant de bord est réduite pour privilégier le travail d'équipe entre le copilote et son commandant. C'est ce que l'on appelle en aéronautique la réduction du gradient d'autorité. Si un problème survient, il est demandé au copilote de s'exprimer en premier pour qu'il ne soit pas influencé par son supérieur hiérarchique. En vol, il doit jouer un rôle de conseiller du commandant. Bien que ce soit son chef, il va en quelque sorte le surveiller et si par hasard il constate une erreur, il a le devoir de le lui dire. Si le copilote passe une consigne, le commandant de bord n'a pas le droit de la remettre en cause. En médecine, la hiérarchie peut aussi entraîner des accidents. Il y a certes un chef, mais les autres ont le droit de s'exprimer.

#### **UJ - Au bloc opératoire, il n'y a pas de chirurgien. Mais les autres soignants peuvent intervenir si l'équipe est soudée...**

CM - Dans la marine, il y a une tradition qui consiste à retirer ses galons lorsque l'on entre dans un sous-marin. En effet, quand ils partent en navigation, certains officiers sous-

mariniers enlèvent leurs galons pour bien montrer que le travail en équipe va primer. Tout le monde est « dans le même bateau » et cela facilite les relations. La collégialité est liée aussi à la non-punition des erreurs non intentionnelles. C'est une dimension très importante. La non-punition des erreurs non intentionnelles permet de faire remonter les informations à partir du moment où les opérateurs ne craignent pas de s'exprimer au sujet de ce qui s'est passé. C'est donc très important en matière de réduction de la hiérarchie. Dans le milieu médical, il faut que chacun se sente en sécurité pour parler.

#### **UJ - Pensez-vous que les facteurs techniques soient plus facilement exposés que les facteurs humains ?**

CM - Dans les dysfonctionnements d'un système, on observe une réelle difficulté à faire prendre en compte les facteurs humains. Lors des débriefings et des retours d'expériences, les intervenants s'expriment facilement sur les aspects techniques ou technologiques, mais très peu sur les facteurs humains. J'ai observé différentes situations et j'ai constaté que les personnes se sentent rassurées ou à l'aise lorsqu'elles peuvent dire qu'il y a eu tel ou tel problème technique. Mais elles vont avoir du mal à parler du stress vécu ou du fait que la consigne a été mal comprise, ou qu'elles ont ressenti une trop grande pression de la part du coordinateur... Les problèmes de communication ne sont jamais évoqués par exemple. J'ai assisté à de nombreuses réunions qui se terminent avec une prise de décision qui semble collective mais qui ne l'est pas. Il y a des décisions minoritaires que l'on croit unanimes. Tout le monde semble acquiescer alors que ce n'est pas le cas. Depuis le Covid, de nombreuses réunions se font en distanciel. Il y a parfois plus de 50 personnes connectées. Les participants ont du mal à s'exprimer et des décisions sont prises par la minorité qui ose communiquer.

#### **UJ - Quels conseils donneriez-vous à une équipe chirurgicale pour éviter les erreurs de groupe ?**

CM - La bonne nouvelle est que les facteurs humains qui sont la cause d'erreurs sont aussi des principes de fiabilité et de sécurité. La vérification du consensus, la communication intensive et généralisée sont quelques conseils utiles. Pour qu'un système soit fiable, il est nécessaire que les gens parlent et que la communication aille du haut vers le bas, du bas vers le haut mais aussi latéralement. Des sociologues ont prouvé que lorsque la hiérarchie militaire était mise de

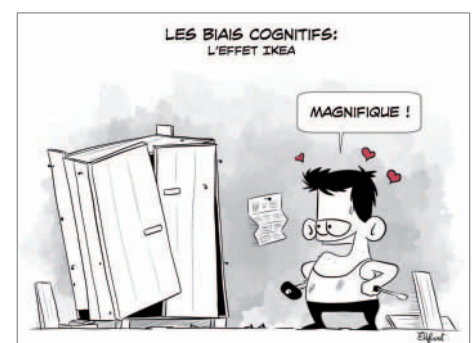
côté, la communication était plus fluide et le niveau de sécurité était majoré. La linguistique et la précision des mots employés ont aussi leur importance. Lors du débriefing des attentats de Paris et de Nice par exemple, on a constaté une confusion totale sur les zones d'intervention. C'est à dire que les différentes forces : police, pompiers, urgences, donnaient des noms différents à des zones identiques et des noms identiques à des zones différentes. Après ces événements, les trois corps de métiers se sont rassemblés pour définir le lexique des zones d'intervention que sont aujourd'hui la zone d'exclusion politique, la zone de rassemblement des blessés appelée nid des blessés ou encore le nid d'évacuation des victimes qui est le lieu de rassemblement des blessés. Autre exemple, après le naufrage du Costa Concordia, on a compris qu'il y avait eu d'importants problèmes de communication dus au fait que 60 langues différentes étaient répertoriées au sein de l'équipage. Problème majoré par le fait que la langue officielle était l'italien que très peu parlaient. Les hôpitaux américains ont mené une enquête sur le ressenti de la douleur chez les patients traités. Les résultats ont prouvé que les patients de langue anglaise souffraient moins que ceux pour lesquels l'anglais n'était pas la langue maternelle car ils éprouvaient plus de difficultés à exprimer leur ressenti.

En conclusion : moins de hiérarchie dans le bloc, favoriser la communication, s'assurer d'un vrai consensus en cas de décision, faire des briefings/débriefings notamment lors du remplissage de la Check list. Pour que le chirurgien qui incarne la hiérarchie, soit le reflet d'une hiérarchie encadrante et bienveillante.

#### **Christian MOREL**

Propos recueillis par Vanessa AVRILLON et Frédéric VAVDIN

\* *Les décisions absurdes, Tome 1, 2 et 3 - Collection Bibliothèque des Sciences humaines, Gallimard. Existe aussi en Collection Folio Essais.*





## UJ - Quel est le sujet de votre travail de thèse ?

CL - Il s'agit d'évaluer expérimentalement la confiance des médecins et éventuellement la surconfiance dans leur prise de décision professionnelle. Il est nécessaire d'avoir un niveau de confiance pertinent en son jugement dans ce métier.

Dans la SSP tunnelisation, la surconfiance est définie comme : « *la tendance à surestimer ses connaissances, compétences et performances. Un excès de confiance peut pousser à agir sur des informations incomplètes, de l'intuition ou des déductions hâtives* ».

Des séries d'exercices ont été proposées aux médecins se rapprochant de leur prise de décision habituelle dans leur quotidien professionnel. Tandis que la première expérimentation menée dans le cadre de la thèse ciblait l'ensemble des étudiant.e.s, internes et médecins sans critères d'expérience ni de spécialités, nous nous sommes concentré.e.s dans la seconde sur les neurologues, les médecins urgentistes et les généralistes. Les chirurgiens n'ont donc pas constitué une population spécifiquement testée dans le cadre de ma thèse.

Des tâches (vignettes cliniques ou questions de connaissances) étaient ainsi proposées et il était nécessaire de prendre une décision binaire (une option était donc considérée comme juste, et l'autre comme fausse). La difficulté relevait déjà dans la réalisation de ces propositions et d'en créer un grand nombre afin de tester nos médecins.

Une étude initiale préalable de la littérature en psychologie expérimentale a mis en évidence que le biais de surconfiance est l'un des plus étudiés chez les médecins. Cependant, beaucoup de ces études sont menées par des médecins sans connaissance approfondie de la littérature plus fondamentale sur la métacognition (capacité à penser sur nos propres pensées, à monitorer et contrôler nos comportements). Les protocoles et analyses qui résultent en l'observation d'un biais de surconfiance chez les médecins souffrent bien souvent d'importantes imprécisions. L'approche théorique puis expérimentale est parfois elle-même biaisée, puisqu'elle présuppose l'existence et consiste en la recherche spécifique du biais de surconfiance. Par ailleurs, d'autres études menées avec une approche plutôt observationnelle et une visée plus pédagogique afin de comprendre comment les étudiants en médecine s'autoévaluent et décrire leurs processus d'apprentissage mettent souvent

## La surconfiance dans la prise de décision professionnelle

### Entretien avec Camille Lakhli, docteure en science cognitive



Camille LAKHLIFI

*Camille Lakhli est docteure de l'Université Paris Cité à l'Institut du cerveau - ICM (CNRS/Inserm/Sorbonne Université) et a remporté le premier prix du jury de la finale nationale en juin puis internationale en octobre 2023 à Rabat du concours « ma thèse en 180 secondes ».*

[https://youtu.be/n9UNLc5bYmw?si=PtVGe4luVUpXCDH\\_](https://youtu.be/n9UNLc5bYmw?si=PtVGe4luVUpXCDH_)

*Le sujet de sa thèse, qu'elle vient de soutenir, est le suivant : « Capacités métacognitives des clinicien.ne.s : quels liens entre la justesse objective des choix des (futur.e.s) médecins et leurs jugements de confiance subjectifs dans leurs connaissances et décisions sous incertitude ? ».*

*Ses recherches ont été réalisées sous la direction de Benjamin Rohaut et en partenariat avec la Haute Autorité de Santé. Elle a également participé au travail de solution sécurité patient portant sur le phénomène de tunnelisation.*

en évidence une bonne corrélation entre justesse objective des réponses et confiance subjective dans celles-ci.

Pour davantage de clarté dans les résultats, il fallait donc construire des conditions expérimentales plus contrôlées avec plus d'essais et des questions de nature et de difficulté cohérente avec les situations auxquelles sont confrontés les médecins.

Pour étudier les capacités métacognitives, plusieurs indices peuvent être mesurés et calculés. Le biais métacognitif est la différence entre la moyenne globale de la confiance et celle de la performance, à travers les différents exercices de l'étude.

Quand la note moyenne de confiance est supérieure à la note moyenne de la performance, on conclue à un biais métacognitif de surconfiance. Celui-ci a été très largement observé (mais ce résultat répandu est à « prendre avec des pincettes » puisque les designs expérimentaux employés sont parfois eux-mêmes biaisés). Un exemple de surconfiance des médecins a été caractérisé dans notre première expérimentation sur leurs connaissances en statistiques, signalant que les médecins tendent à montrer une illusion de connaissance en statistiques (haut niveau de confiance dans des réponses pourtant souvent fausses).

Avec mon directeur de thèse qui est neurologue en réanimation, nous avons cherché à aller plus loin et à mesurer un second indice : la sensibilité métacognitive, qui correspond à une quantification de la capacité des médecins à discriminer leurs réponses correctes et incorrectes en étant plus confiant.e.s dans les premières que dans les dernières. A ce jour, ce paramètre n'est quasiment jamais étudié en lui-même dans les expérimentations visant à étudier la confiance des médecins, et son étude constitue la principale plus-value de mes travaux de thèse.

## UJ - Avez-vous étudié les éléments qui vont influencer cette confiance ?

CL - Nous avons tenu compte de l'expérience et de l'âge qui se recoupent en partie, les spécialités, le genre. Dans nos expérimentations, il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les hommes et les femmes sur les tâches expérimentales proposées. Dans la littérature, il a été mis en évidence une confiance moindre pour des performances équivalentes ou supérieures chez les femmes. En ce qui concerne l'expérience, la relation entre confiance et performance est difficile à établir, et n'est pas toujours corrélée. La tendance suggère que

l'expérience aide à améliorer la performance et la confiance, résultant en une meilleure calibration entre ces 2 paramètres. Il y a des études intéressantes sur l'évolution de la tolérance à l'incertitude, qui suggèrent que l'expérience aide à mieux tolérer l'incertitude. A noter : dans nos études, il y avait une sur-représentation de jeunes médecins.

Nous n'avons pas étudié l'impact sur la justesse, la confiance et la relation entre les deux des phénomènes comme la fatigue ou la faim. Quelques premières publications ont évalué l'influence de la privation de sommeil et on constate une baisse à la fois de la confiance et de la performance. Cela mérite de nombreuses autres études.

Les études concernant des prises de décisions collectives suggèrent qu'elles tendent à améliorer la qualité de la prise de décision ; il serait intéressant d'étudier également l'impact du collectif sur les jugements de confiance associés à ces décisions.

J'ai réalisé des expériences qui pourront être enrichies par des études complémentaires avec d'autres paramètres.

**UJ - Pensez-vous qu'un questionnaire concernant la surconfiance pourrait être réalisé auprès des chirurgiens ?**

CL - Nous avons réalisé des enquêtes par e-mail (redirigeant vers un questionnaire avec plusieurs textes de 10 lignes à résoudre par réponses binaires). Chaque participant devait en résoudre 60. On envoyait 12 cas par jour pendant 5 jours. Il faut environ compter une heure au total. Il est possible de réaliser cette expérience mais la difficulté principale réside dans l'élaboration de ces questions et des textes. On peut s'inspirer des cas cliniques.

Dans le cadre de notre laboratoire, un outil est en cours d'élaboration pour simplifier ce travail de collecte.

**UJ - Avez-vous lu des articles concernant l'intelligence artificielle et son apport sur la prise de décision ?**

CL - Les humains ont des stratégies de prise de décision rapide (heuristique ou raccourcis mentaux) qui ne sont pas toujours adaptées à la situation. Les algorithmes, qui sont entraînés sur des données issues des humains et pas toujours représentatives de la diversité, risquent d'être construits en partie avec ces biais, voire même d'accentuer ceux-ci. L'atténuation des biais humains dans les données qui vont alimenter les algorithmes est donc cruciale et l'intelligence artificielle doit rendre compte du processus de

décision de manière transparente afin de vérifier l'absence d'erreur.

Camille LAKHLIFI

Propos recueillis par Stéphane BART

### Références

- *Retex de la mise en place d'un enseignement des sciences comportementales en médecine*  
Camille Lakhli, Mehdi Khamassi, Benjamin Rohaut  
Dans *Santé Publique* 2022/HS1 (Vol. 34)
- Lakhli, C., & Rohaut, B. (2023). Heuristics and biases in medical decision-making under uncertainty: The case of neuroprognostication for consciousness disorders. *La Presse Médicale*, 52(2), 104181. <https://www.science-direct.com/science/article/abs/pii/S0755498223000180>
- Lakhli, C., Lejeune, F. X., Rouault, M., Khamassi, M., & Rohaut, B. (2023). Illusion of knowledge in statistics among clinicians: evaluating the alignment between objective accuracy and subjective confidence, an online survey. *Cognitive Research: Principles and Implications*, 8(1), 23. <https://link.springer.com/article/10.1186/s41235-023-00474-1>

13-14 JUIN 2024  
BIARRITZ, FRANCE

SAVE THE DATE!

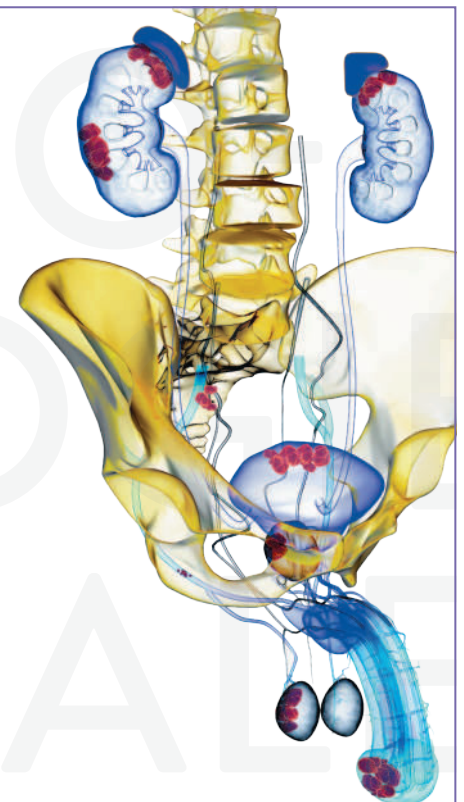
# JOURNÉES D'ONCO-UROLOGIE MÉDICALE

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

Connectez-vous !

X f @AFUrologie #JOURNÉES2024

**uro** DIFFUSION





Blandine  
TAMARELLE

## Quelle différence entre installation/ passage en SELARL ou en BNC ?

*Chaque année porte son lot de nouveaux installés ou de changement de situation fiscale dès lors qu'un exercice libéral est envisagé. S'en suivent les questions comptables relatives à cette installation ou à son évolution.*

*Myriam Leteurre (comptable) et Solène Chognon (expert-comptable) ont accepté de répondre à quelques-unes de nos interrogations sur le statut de BNC versus SELARL, leurs différences, avantages et inconvénients.*

### UJ - Quels sont les avantages de l'exercice en SELARL comparé à l'exercice en nom propre (BNC) ? Dans quels cas l'exercice en SELARL doit-il être privilégié ?

**ML/SC-** Le principal avantage de l'exercice en SELARL est la maîtrise de sa rémunération avec des revenus stables contrairement à l'exercice en BNC où le praticien est taxé sur la totalité de son résultat qui peut varier d'une année à l'autre.

Si les besoins du praticien (loyer, emprunt, nourriture, vacances, impôts, etc.) sont inférieurs au résultat dégagé par le BNC, l'exercice en SELARL permettra de limiter les cotisations sociales et l'impôt sur le revenu uniquement à la rémunération souhaitée, permettant ainsi d'optimiser sa fiscalité personnelle, notamment lorsque le foyer est taxé à la tranche d'impôt supérieure (exemple : tranche à 41% à partir de 82 341 € pour une part).

Une fois la rémunération de gérant déterminée, l'exercice en SELARL permettra également d'arbitrer entre un complément de rémunération ou le versement de dividendes dans le but d'optimiser la charge fiscale (voire sociale si le capital de la SELARL est élevé). La composition du foyer fiscal et les autres revenus doivent donc être pris en compte pour déterminer si la SELARL est la structure la plus adaptée.

Le second avantage est donc de « stocker » dans la SELARL chaque année un résultat qui, cumulé, pourra venir :

- compléter sa retraite ;
- compléter ses revenus si une année suivante a moins d'activité (COVID, voyage, congés maternité, etc.)

A la retraite, ces économies pourront être conservées dans la structure qui pourra être transformée en société civile. Les réserves pourront être reprises progressivement sous forme de dividendes où la fiscalité sera moindre par rapport à la rémunération actuelle.

### UJ - En résumé, quels sont les prérequis pour l'exercice en SELARL ?

**ML/SC-** Être fiscalisé sur une partie de ses revenus en tranches d'imposition supérieure ou égale à 41 %, ne pas utiliser tous ses revenus BNC et vouloir des revenus stables.

### UJ - Quand doit-on envisager de passer en SELARL ?

**ML/SC-** Au début de votre activité : Si les prérequis mentionnés ci-dessus sont atteints.

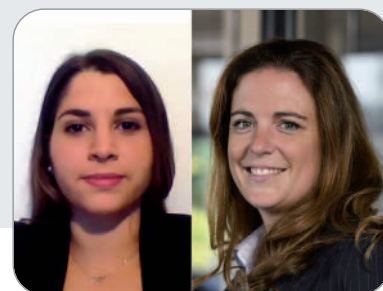
En cours d'activité : Le passage en SELARL en cours d'activité peut permettre dans certaines conditions de dégager de la trésorerie en cédant la patientèle du BNC existant à la SELARL nouvellement créée qui pourra contracter un emprunt à cet effet (à noter qu'au sein de la SELARL la patientèle ne sera pas déductible des charges, contrairement aux intérêts d'emprunt). La plus-value sur la cession de patientèle sera moins fiscalisée qu'une rémunération.

### UJ - Quelles sont les différences notables entre l'exercice en SELARL et celui en BNC ?

**ML/SC-** L'exercice en société implique un coût juridique à la création puis annuellement du fait de l'obligation d'établissement de déclaration juridique annuelle (+ exceptionnel notamment lors de changement de site d'exercice ou déclaration d'un dividende). Aussi, la tenue de comptabilité doit être plus rigoureuse, cela entraîne donc des frais additionnels.

Le statut du professionnel libéral diffère entre les deux régimes :

- en BNC, le professionnel déclare son résultat de BNC sans ajustements ;



Myriam LETEURTRE - Solène CHOIGNON

*Myriam Leteurre et Solène Chognon sont respectivement comptable et expert-comptable du cabinet d'expertise comptable Prolib à Rennes*



- en SEL, jusqu'à présent, le professionnel était tenu de déclarer ses revenus dans la catégorie des « revenus de gérant », bénéficiant d'un abattement de 10 % qui englobait les frais liés aux déplacements entre son domicile et son lieu de travail. À partir de l'année 2024, une réforme initiée par l'administration fiscale vise à faire une distinction, pour les associés de SELARL, entre la rémunération perçue au titre de leur activité de gérant et celle perçue au titre de leurs fonctions techniques. À ce jour, certaines modalités de cette réforme demeurent indéterminées. Il sera donc nécessaire d'attendre certaines réponses afin de mesurer l'impact de cette nouvelle mesure sur votre profession.

### UJ - Les investissements immobiliers professionnels sont-ils plus intéressants en SELARL ?

**ML/SC-** L'exercice en SELARL ouvre une possibilité supplémentaire au BNC : celle de pouvoir effectuer des montages juridiques, dans le cas présent celui où une SPFPL (Société de Participations Financières de Professions Libérales) détiendrait d'une part la SELARL et d'autre part l'immobilier professionnel (via une SCI dans la majorité des cas). Ce type de montage permet d'utiliser le surplus de trésorerie de la SELARL au profit de l'investisseur tout en conservant une fiscalité favorable.



**UJ - La protection du patrimoine personnel est-elle plus efficace en SELARL ?**

**ML/SC-** Depuis le 15 février 2022, le nouveau statut unique d'entrepreneur individuel protège le patrimoine personnel (il devient par défaut insaisissable par les créanciers professionnels, alors qu'avant seule la résidence principale était protégée). Seuls les éléments nécessaires à l'activité professionnelle de l'entrepreneur peuvent donc aujourd'hui être saisis en cas de défaillance professionnelle. La séparation des patrimoines s'effectue automatiquement, sans démarche administrative ou information des créanciers.

En SEL, les associés sont seulement responsables dans la limite de leur apport respectif, sauf garanties particulières souscrites lors de prêts. Les associés de SEL restent donc moins exposés mais le risque est réduit.

**UJ - En cas de divorce : quid de la patientèle créée après le mariage selon le régime matrimonial ?**

**ML/SC-** En cas de mariage sous le régime de la séparation de biens il n'y aura pas d'impact

à prévoir concernant la patientèle, elle reste toujours la propriété du praticien. Alors qu'en régime de communauté, tous les biens acquis pendant le mariage constituent des biens communs. Il s'agit d'une valeur commune donc à partager en cas de divorce (à l'exception des biens acquis par succession ou donation durant le mariage). Le choix du bon régime matrimonial reste donc une décision importante !

**UJ - SELARL à plusieurs : quelles sont les particularités comptables et les modalités de répartition des revenus ?**

**ML/SC-** L'exercice en SELARL multi-praticien requiert un *intuitu personae*\* fort tant dans l'esprit que dans le mode de fonctionnement. Plusieurs clés de répartition sont possibles concernant l'affectation des charges et des revenus à chaque praticien, ces modalités sont généralement définies dans un pacte d'associés ou un règlement intérieur matérialisant les règles de fonctionnement interne, la répartition des tâches mais aussi les conditions d'entrée et de sortie de chacun.

**UJ - Dernière question plus aboutie et précise, quel est le principe de la holding ?**

**ML/SC-** Les holdings ont pour vocation de regrouper les participations financières, dont la SELARL. Deux types de holding peuvent exister pour les médecins :

- La Société de Participations Financières de Professions Libérales (SPFPL) qui sera dédiée à la détention d'actifs professionnels (parts de SEL, parts de clinique, etc.) ;
- Les sociétés civiles non dédiées à l'activité professionnelle. Cependant, cette structure ne pourra détenir que 25 % de la SELARL, les 75 % restants devant être détenus par le praticien en tant que personne physique. Ainsi si 100 K€ de dividendes sont distribués par la SELARL, la holding en percevra 25 K€ et le praticien 75 K€ brut, avant impôt sur le revenu et cotisations sociales.

**Myriam LETEURTRE, Solène CHOIGNON**  
Propos recueillis par **Blandine TAMARELLE**

*\*Intuitu personae est une locution latine signifiant « en fonction de la personne ». Elle est notamment utilisée en droit pour qualifier une relation existant entre deux personnes qui ne peut pas être transposée à d'autres personnes. C'est le cas par exemple d'un contrat de travail qui est nominatif.*



Sophie HUREL



Benoît PEYRONNET

## Fiche RCP promontofixation

**D**epuis 2020, les autorités de santé ont encadré l'utilisation des bandelettes de polypropylène pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort.

Le 22 septembre 2021, un arrêté est paru au Journal Officiel régulant la pratique des actes associés à la pose d'implants de suspension destinés au traitement du prolapsus des organes pelviens chez la femme par voie chirurgicale haute (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044087701>). Cet arrêté fait suite aux recommandations de la HAS sur la prise en charge thérapeutique des prolapsus génitaux rédigées par un panel d'experts comprenant notamment des urologues, des gynécologues et des chirurgiens digestifs ([https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3270984/fr/prolapsus-genital-de-la-femme-prise-en-charge-therapeutique](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3270984/fr/prolapsus-genital-de-la-femme-prise-en-charge-therapeutique)).

Les dossiers sont donc depuis discutés en

RCP de pelvipérinéologie afin de valider l'indication chirurgicale. Le CUROPF sous l'égide de l'AFU a donc rédigé une fiche standardisée pour aider les praticiens lors de la présentation des dossiers sur le modèle de celle concernant l'incontinence urinaire d'effort (<https://www.urofrance.org/wp-content/uploads/2021/12/annexe-4-RCP-BSU-valide%CC%81.pdf>). Cette fiche a été également validée par le CNGOF et peut être utilisée autant par les gynécologues que par les urologues. Elle s'appuie sur les différents items demandés par la HAS avant la prise en charge chirurgicale de la cure de prolapsus par voie haute ainsi que les recommandations de 2016 concernant la prise en charge chirurgicale du prolapsus urogénital non récidivé de la femme (<https://www.urofrance.org/recommandation/recommandations-pour-la-pratique-clinique-synthese-des-recommandations-pour-le-traitement-chirurgical-du-prolapsus-genital-non>

[recidive-de-la-femme-par-lafu-le-cngof-la-sifud-pp-la-snfcp-et-la-s/](#)). La fiche se divise en 5 parties distinctes qui permettent de contextualiser le prolapsus (partie antécédent et contexte clinique), d'évaluer les symptômes qui peuvent être en rapport avec le prolapsus (partie évaluation des symptômes), d'évaluer son degré (examen clinique), de synthétiser les examens complémentaires réalisés selon qu'ils soient obligatoires ou facultatifs (partie examen complémentaire) et enfin de rappeler les thérapeutiques mises en place (partie thérapeutique déjà réalisée). Les examens cliniques ou complémentaires optionnels dans la fiche sont clairement marqués par un astérisque. L'utilisation de ce type de fiche de RCP a plusieurs avantages. Elle permet tout d'abord de mettre la patiente en perspective dans son contexte global (profession, antécédent, ménopause, parité) et de noter la gêne liée au prolapsus. Elle permet égale-

ment de rattacher les différents types de symptômes (urinaires, ano-rectaux ou génito-sexuels) aux composantes anatomiques prolapsus. La fiche mentionne l'examen clinique en utilisant les classifications admises dans la littérature (Baden-Walker ou Pop-Q) ainsi que les facteurs qui pourront être à l'origine d'une discussion sur la prise en charge (atrophie, incontinence associée, releveurs). La question du pessaire ainsi que la rééducation y est abordée. Les examens complémentaires obligatoires y sont également demandés (échographie, débitmétrie, statut HPV) avec la synthèse des résultats pouvant influencer la prise en charge ainsi que ceux optionnels (BUD, défécoIRM, manométrie ano-rectale). Enfin la question de l'annexectomie y est abordée en accord avec les recommandations du CNGOF (<https://www.em-consulte.com/article/1475877/recommandations-pour-pratique-clinique-du-college>). Cette fiche reprend donc sur une page tous les points qui sont requis par la HAS et qui pourraient être opposables en cas de demande d'expertise. Dans le contexte actuel de résurgence de la controverse sur l'utilisation des implants de polypropylène en chirurgie urogynécologique en France, nous ne saurions que trop recommander à tous/tes nos collègues de présenter l'ensemble de leurs dossiers de promontofixation en RCP de pelvi-périnéologie en préopératoire. Nous espérons que ce document les aidera dans cette tâche.

Sophie HUREL,  
Benoît PEYRONNET

**Fiche préparatoire de discussion pluridisciplinaire  
pour validation d'indication de chirurgie du prolapsus des organes pelviens**

---

**Date de la RCP** : ..... **Médecin traitant** : .....

**Chirurgien responsable** : ..... **Correspondants** : .....

---

**Identité patiente (Nom, Prénom, DDN)** : .....

---

**Antécédents et contexte clinique :**

Profession : ..... Poids: ..... Taille : ..... IMC: .....

Antécédent de chirurgie de prolapsus (POP) :  O /  N Préciser : .....

Antécédent de chirurgie de l'incontinence urinaire :  O /  N Préciser : .....

Antécédent de chirurgie pelvienne autre que POP :  O /  N Préciser : .....

Antécédent d'irradiation pelvienne :  O /  N Préciser : .....

Antécédent de maladie neurologique :  O /  N Préciser : .....

Ménopause :  O /  N Si oui, âge : ..... THM : ..... Parité : ..... VB (nb) : ..... Césarienne(s) (nb) : .....

---

**Evaluation des symptômes (interrogatoire)**

Symptomatologie liée au prolapsus :  Pesanteur  Boule vaginale  extériorisée

Troubles urinaires :  Troubles de la vidange  IUE  IU par HAV  IU mixte

Troubles ano-rectaux :  Dyschésie  Constipation  Diarrhée  Ténésme  Incontinence :  Gaz  selles

Troubles génito-sexuels : Activité sexuelle  O /  N  Dyspareunie  Gêne

Douleur pelvienne chronique :  O /  N

\* Calendrier mictionnel : mictions /j : ..... volume/miction : ..... Diurèse/j : ..... urgencies/j : ..... Nycturie : ...

**De manière générale, à quel point votre prolapsus vous gêne-t-il dans votre vie quotidienne? ..../10**

---

**Examen clinique :**

Atrophie vulvo- vaginale :  O /  N Prolapsus : classification .....

Incontinence urinaire à l'effort :  O /  N Testing des releveurs : .....

Si oui : prolapsus  extériorisé /  réduit Inversion de commande :  O /  N

\* Touchers pelviens :  Non fait/non recommandé  si fait, données : .....

---

**Examens complémentaires :**

Echographie réno-vésicale et utéro-annexielle :  
Débitmétrie : Qmax : .....mL/sec Volume uriné : .....mL RPM : .....mL Courbe normale O/N

Aa	Ba	C
gh	pb	tvI
Ap	Bp	D

---

**\*Examens complémentaires facultatifs:**

Recherche HPV (recommandée avant 65 ans) : ..... Date..... Si présence virale, FCV : .....Date.....

Bilan urodynamique (facultatif selon données cliniques) :

- Cystomanométrie : B1 : .....mL, CNID  O /  N, compliance normale  O /  N, CVF : .....mL
- Profilométrie (PCUM) : .....cm H2O

IRM pelvienne dynamique :  
Echographie introïtale dynamique :  
Colpo-Cysto-Défécographie :  
Echographie endo-rectale :  
Manométrie ano-rectale :  
Autres :

---

**Thérapeutiques déjà réalisées :**

Rééducation périnéale et sphinctérienne :  O /  N /  Non souhaitée Date : .....

Pessaire :  O ( fuites démasquées) /  N /  Non souhaitée

---

Information pessaire :  O /  N

Information salpingectomie/annexectomie :  O /  N Décision : .....

---

**Proposition de la RCP :**

---

**Présents à la RCP :**

---

\* Informations optionnelles, selon situation  
Encadré : informations obligatoires



Après plusieurs années d'approvisionnement contingenté et régleménté en BCG, la résolution des difficultés de production par le laboratoire MEDAC permet, sous l'autorité de l'ANSM, le retour en officine de ce médicament à partir du 2 janvier 2024.

Vos patients traités par instillations adjuvantes de BCG thérapie pourront donc s'approvisionner directement dans leur pharma-

## Approvisionnement en BCG

cie de ville pour obtenir le médicament à reconstituer puis injecter dans leur vessie selon les recommandations éditées par l'AFU.

Vous pourrez lire ci-dessous le communiqué officiel concernant cet arrêt de la rétrocession du BCG MEDAC.

Notre société savante se réjouit de cette simplification pour les patients et les urologues qui les prennent en charge.

Le Bureau de l'AFU

# medac

medac sas

1 rue Croix Barret 69007 Lyon France

Tel.: +04 37 66 14 70

Fax: +04 37 66 28 78

[www.medac.fr](http://www.medac.fr)

Lyon, le 14 décembre 2023

### Information BCG-medac pour instillation intra-vésicale Courrier à l'attention des urologues

#### Objet : Retour de la distribution en officine du BCG-medac à compter du 2 janvier 2024

Nous vous informons qu'à compter du **2 janvier 2024** le BCG-medac pour instillation intra-vésicale sera **disponible en officine de ville**.

Cette décision de l'ANSM a pour but de simplifier la mise à disposition du BCG-medac pour les patients. Elle impliquera une **impossibilité** pour les établissements hospitaliers **de rétrocéder le BCG-medac** à partir de début janvier 2024.

Le BCG-medac restera disponible pour les établissements hospitaliers pour les patients nécessitant une instillation au sein d'un établissement hospitalier.

Pour les patients dont l'instillation sera réalisée en cabinet libéral, ces derniers pourront se procurer le BCG-medac auprès d'une officine de ville.

Une communication sera faite auprès des établissements hospitaliers et des officines de ville pour les informer de cette modification de distribution.

Pour toute demande d'information scientifique sur le produit, nous sommes à votre disposition à l'adresse suivante : [infomed@medac.fr](mailto:infomed@medac.fr).

Vous trouverez une vidéo avec les instructions de manipulation sur notre site [www.medac.fr](http://www.medac.fr) ou en scannant le QR code ci-dessous :



Benoît THIMONIER  
Directeur Marketing Ventes

Société par Actions Simplifiée au capital de 40.000 €

530 641 042 RCS Lyon

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 et aux dispositions de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de vos données ainsi que du droit de limiter et/ou de vous opposer aux traitements de vos données. Vous pouvez exercer ces droits par courrier à medac SAS, 1 rue Croix Barret – 69007 LYON ou par mail à l'adresse [contact@medac.fr](mailto:contact@medac.fr)





Didier LEGEIS  
Président du SNCUF

## E-réputation : que faire, que dire, comment agir...

**V**ous êtes de plus en plus nombreux à signaler des commentaires désobligeants voir agressifs publiés sur les réseaux sociaux à votre égard en particulier sur la page Google « Avis » qui est proposé dès que l'on recherche vos coordonnées sur le fameux moteur de recherche.

La communication numérique représente aujourd'hui la principale source d'information pour tous les publics. Dans un monde de plus en plus connecté, les éléments et informations concernant les professionnels de santé sont accessibles par l'ensemble des internautes et la gestion de l'image numérique devient dès lors un enjeu important mais qu'il faut relativiser surtout en dehors des gros centres urbains car le premier recrutement reste le bouche à oreille et les confrères.

L'ensemble des informations présentes sur les réseaux sociaux : fiches ou annuaires professionnels, sites, forums de discussion, etc., constituent la e-réputation d'un médecin et représentent son image sur Internet. Il est donc nécessaire de surveiller régulièrement les avis ou commentaires laissés par les patients.

En effet, si les avis positifs sont bénéfiques pour le médecin, les avis négatifs sont à prendre en compte sérieusement car ils peuvent avoir un impact sur notre activité professionnelle.

Bien que les systèmes de notation et d'avis puissent être sujets à discussion, il ne faut pas les ignorer et il faut prendre le temps de gérer sa e-reputation afin d'éviter tout désagrément.

Par ailleurs, la liberté d'expression en France n'autorise jamais la tenue de propos illicites, diffamatoires, dénigrants, injurieux, incitant à la haine ou à la violence. Ces derniers pouvant faire l'objet de sanctions importantes. Néanmoins, il est très souvent inutile de porter plainte pour diffamation car ce genre de plainte n'aboutit jamais. Seules les plaintes racistes, antisémites et homophobes font l'objet de traitement judiciaires adaptés.

Différents moyens d'actions peuvent être mis en œuvre pour limiter une atteinte à votre image :

- demander la suppression du contenu (rarement accepté) ;
- le déréférencement (= droit à l'oubli) (rarement accepté) ;
- vous opposer au traitement de vos données personnelles (plus simple depuis le RGPD) ;
- engager une action (souvent lourd, coûteux, inutile).

Avant d'entreprendre toute démarche, prenez le temps d'examiner la situation afin d'éviter une action inappropriée ou plus préjudiciable pour vous (coût et temps perdus) !

**Conseils pour protéger votre e-réputation :**

- gérez votre présence en ligne ;
- maîtrisez-les informations disponibles relatives à votre exercice professionnel ;
- effectuez des veilles régulières sur internet ;
- sachez anticiper et réagir aux avis positifs et négatifs.



### Que faire en cas d'avis ou propos négatifs ?

En premier lieu, conserver la preuve de la publication en cause en réalisant des captures d'écran puis, en fonction de la situation, réfléchissez à la meilleure stratégie à adopter.

### En cas d'avis illicite (constituant une atteinte réprimée par la Loi)

Possibilité de signaler l'avis ou les propos abusifs directement auprès de l'éditeur ou de l'hébergeur du site en vue de sa suppression, possibilité de mise en demeure de l'auteur de l'avis ou de l'éditeur du site par courrier en RAR, si le signalement effectué précédemment est sans effet alors qu'il existe un véritable motif d'atteinte. Il est possible de contacter son assureur RCP si le contrat prévoit une garantie e-réputation, possibilité d'action en justice en vue de la suppression de l'avis, voire d'une indemnisation dans les cas les plus graves.



### En cas d'avis licite

1. Faire une réponse en ligne... mais ATTENTION au contenu de celle-ci ! Restez courtois et sympathique. Cette réponse peut être une façon de mettre en avant vos capacités humaines, votre sérénité et votre courtoisie. Ne levez jamais le secret médical.
2. Si pas de possibilité de réponse en direct, contactez le Directeur de l'hébergeur du site (que vous trouverez dans la rubrique mentions légales sur le site).
3. Demander un droit de réponse = délai de 3 mois à compter de la date de publication de l'avis.
4. Contacter le patient : par écrit (mail/courrier) ou téléphone afin de comprendre ce qui l'a poussé à écrire cet avis ou tenir ces propos et lui demander de retirer sa publication. Le patient est en droit de ne pas retirer son avis malgré les explications données.
5. Diluer le mauvais avis dans de bons avis en demandant à vos patients, voire les amis et les proches de mettre des avis. Plus les avis seront bons, plus le mauvais avis sera enterré. Il existe même des sociétés qui, moyennant finances, rédigeront des bons avis pour vous !! A éviter car cela coûte cher et cela n'est pas franchement autorisé par notre code de déontologie.

Didier LEGEIS

### Pour aller plus loin...

Le guide pratique du CNOM pour préserver sa réputation numérique.  
<https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/preserver-reputation>



Olivier ALEND  
Responsable Internet  
Libéraux du SNCUF

## La publicité des médecins enfin possible ? Une évolution subtile...

La publicité médicale est un sujet controversé et sensible avec l'avènement des réseaux sociaux. Les nouvelles technologies offrent aux praticiens la possibilité de développer l'information et la communication en santé.

Quel que soit le mode d'exercice et spécifiquement dans des zones d'activités concurrentielles, nombre d'entre nous souhaitent se démarquer. Ce peut-être en rapport à un savoir-faire, à l'acquisition d'une nouvelle technologie ou simplement au mode d'organisation d'un groupe ou d'une structure.

Mais nous nous heurtons au risque de vexer nos collègues et même d'obtenir une plainte auprès du Conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM) ou du comité d'éthique de l'AFU.

La limite entre communication médicale, information en santé et publicité est fine. Pour pouvoir adapter sa communication en respectant le cadre déontologique, il est important de rappeler les règles qui encadrent cette communication.

**Le décret du 22 décembre 2020 rompt définitivement avec le passé et autorise de nouveaux modes de communication de l'information médicale dans un cadre rigoureux et déontologique.**

Un principe fort irrigue l'exercice de l'art médical et sa déontologie : « *La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce* » (ancien article R4127-19 du code de la santé publique [CSP]).

« *La santé n'est pas un bien marchand. L'acte médical ne peut être considéré comme une denrée, une marchandise échangée contre une contrepartie, quelle qu'elle soit* », écrit le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). Corollaire de ce principe, la publicité était, de tout temps, interdite aux médecins, et l'information délivrée dans les médias ne devait l'être que dans l'intérêt du public et à seules fins éducatives et sanitaires, sur la base de données confirmées, se gardant de toute attitude publicitaire (anciens articles R4127-13 et 19 du CSP). Le décret du 22 décembre 2020 a modifié les règles.

### 1. Avant décembre 2020

#### Interdiction formelle de publicité

Jusqu'à-là, la loi excluait pour le médecin la publicité sur son exercice, sa localisation, son image, sa personne, lui interdisant de se faire connaître. Cette interdiction visait tous les procédés directs ou indirects de publicité (notamment la signalisation de l'accès à ses locaux), les mentions devant figurer sur ses ordonnances, sur les annuaires à l'usage du public et sur sa plaque professionnelle aux dimensions strictement imposées (25x30 cm).

Mince exception, l'article R4127-82 du CSP permettait aux médecins qui s'installaient ou modifiaient leur exercice de faire paraître dans la presse « *une annonce sans caractère publicitaire* » ; le texte et les modalités de publication devaient être préalablement communiqués au CDOM.

#### Jurisprudence aléatoire

Il a résulté de ces restrictions un vaste débat jurisprudentiel durant de nombreuses années : les juridictions disciplinaires devaient s'appliquer à différencier publicité et information, ces deux notions n'étant pas même définies dans les textes à appliquer.

Les questions posées dans les procédures disciplinaires étaient des plus diverses : pouvons-nous adresser à des confrères et à des médecins généralistes une lettre présentant les spécificités de notre exercice ? Pouvait-on vanter à ses patients les avantages d'une technique chirurgicale ou d'une voie d'abord sans preuve scientifique ?

Il en découlait de longs débats souvent pénibles, mêlant le pire et l'excusable.

Plusieurs décisions de la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins sont allées jusqu'au Conseil d'État, qui statuait alors avec sagesse sur ce qu'il était possible de faire ou de ne pas faire.

Si la jurisprudence disciplinaire avait ainsi construit les principes à appliquer, ce droit prétorien demeurait toutefois aléatoire.

#### Définir information et publicité

Un rapport présenté à l'assemblée générale du CNOM le 31 mai 1986, intitulé « *Informa-*

*tions médicales et publicités* », tentait de définir ces deux notions :

- **informations médicales** : « *communication au public de connaissances médicales acquises, conformes à la réalité du moment, destinées par le renseignement qu'elles procurent à provoquer une réflexion, à modifier un comportement* » ;
- **publicité** : « *présentation particulière, avantageuse, orientée, voire fallacieuse, de l'information propagée, destinée autant à séduire qu'à convaincre ; la volonté publicitaire véhiculée par l'information vise à éveiller l'attention, à faire naître la curiosité et le désir afin de stimuler la demande dans un but intéressé* » .

L'avis du Conseil d'État du 3 mai 2018, sollicité par le gouvernement pour la préparation du décret du 22 décembre 2020, a tenté une nouvelle définition de la publicité : « *Tout procédé par lequel un professionnel de santé assure auprès du public la promotion, à des fins commerciales, de son activité.* » La qualification « commerciale » y est étonnamment mentionnée alors que la déontologie médicale la récuse.

### 2. Le renversement des principes

Les six décrets du 22 décembre 2020 ont inversé le principe d'interdiction de la publicité pour les professionnels de santé (chirurgiens-dentistes, pédicures-podologues, infirmières, sages-femmes, médecins et masseurs-kinésithérapeutes).

Ces textes répondent aux poussées des directives européennes instituant la liberté d'établissement et de prestation de services ainsi qu'à la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE) qui n'acceptait plus qu'une législation nationale interdise de manière générale et absolue toute publicité relative à des soins de santé.

Par décision du 15 janvier 2019 (n° 19-D-01), l'Autorité de la concurrence était la première à réagir, estimant qu'en ces matières, le droit européen devait primer sur les restrictions françaises. Dans un arrêt de principe du 6 novembre 2019 (n° 416948), le Conseil d'État annulait le refus implicite du ministre de la Santé d'abroger l'interdiction de toute publicité posée par l'article R4127-19 du CSP.

## Cadre déontologique

Autorisée désormais sous le nom de communication au public, cette publicité ne doit-elle pas d'abord être un atout pour le patient dans son libre choix plutôt que servir un intérêt mercantile où le médecin fait primer son intérêt, en cherchant surtout à développer sa clientèle et accroître ses revenus ?

La publicité est très clairement encadrée : elle doit s'inscrire dans les règles fortes de la déontologie, le décret exigeant qu'elle soit « loyale » et « honnête », autant que fiable. On retrouve, en cela, le premier adjectif déjà utilisé pour l'information « claire et appropriée » qui doit être délivrée au patient sur son état dans le cadre des soins qui lui sont prodigués (article R4127-35 du CSP).

C'est ce que l'Ordre des médecins a voulu encadrer en refusant qu'une société d'exercice libéral (SEL) unipersonnelle se voit affublée du nom de « centre » ou « institut », qu'une offre de téléconsultation devienne une simple « machine à sous » sans protection de la qualité des soins délivrés, ou encore que réductions et forfaits ne multiplient les séances d'épilation laser.

Le nouvel article R4127-19-1 III du CSP vise expressément les recommandations émises par le CNOM, véritables guidelines d'informations susceptibles d'être portées à la connaissance du public par les médecins.

Ce nouvel article exclut le fait que le médecin puisse faire appel à des « témoignages de tiers » : il est exclu de solliciter le témoignage de son patient qui cautionnerait par sa déclaration enthousiaste la qualité du praticien qui l'a pris en charge. Une telle demande s'éloignerait incontestablement de la dignité requise par l'art médical.

La jurisprudence de la chambre disciplinaire nationale appuyée par celle du Conseil d'État veille à ce que la dignité et la probité du médecin ne s'évaporent pas dans la possibilité qu'il a maintenant de contribuer à ce que le patient potentiel le choisisse en raison de ses compétences, de son entourage et de son parcours professionnel.

## Interdictions persistantes

Certaines pratiques demeurent interdites :

- la publicité comparative, qui écarte des confrères ou d'autres techniques ;
- le fait de vanter et de présenter des soins et des interventions en en minimisant les risques et les aléas ;
- le « tout succès » et le « tout garanti », alors que leur présentation est trompeuse et induit en erreur ;

Le décret n° 2020-1662 du 22 décembre 2020 abroge donc l'interdiction de publicité pour les médecins. La libre communication sur leur activité professionnelle demeure néanmoins fermement encadrée par des règles déontologiques destinées à protéger les patients et plus généralement la santé publique. Onze articles du code de déontologie médicale ont ainsi été modifiés, maintenant toutefois la distinction entre information du public et publicité.

## Information du public

### Article R. 4127-13 CSP

« Lorsque le médecin participe à une action d'information du public à caractère éducatif, scientifique ou sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, il ne fait état que de données confirmées, fait preuve de prudence et a le souci des répercussions de ses propos auprès du public.

Il ne vise pas à tirer profit de son intervention dans le cadre de son activité professionnelle, ni à en faire bénéficier des organismes au sein desquels il exerce ou auxquels il prête son concours, ni à promouvoir une cause qui ne soit pas d'intérêt général. »

## Tact et mesure au service de l'intérêt général

Dans son alinéa 1<sup>er</sup>, le principe directeur demeure identique à celui du texte précédent : lorsqu'il participe à des actions d'information du public, le médecin doit se garder de toute déclaration intempestive et être particulièrement prudent, surtout si sa notoriété et sa spécialité crédibilisent d'entrée son propos. Les données révélées doivent être « des données confirmées » (autrement dit des données acquises par la science médicale). Le souci du médecin doit être de ne pas inquiéter ni perturber les patients par des révélations d'hypothèses ou des avis strictement personnels, controversés et non validés par la communauté scientifique. Le médecin doit s'interroger sur l'impact de ses déclarations et intervenir avec pondération et sans polémique. Le tact et la mesure peuvent être ici préconisés, comme ils le sont en matière d'honoraires. Ces principes sont repris à l'article R4127-19-1 II du CSP pour les communications au public ou à des professionnels de santé sur des questions relatives à la spécialité du médecin ou à des enjeux de santé publique. Là encore, l'intérêt général prime et la prudence doit être omniprésente.

## Transparence de mise

Une nouveauté figure au 2<sup>e</sup> alinéa du même article : les liens d'intérêts et les conflits potentiels doivent être signalés par le praticien

prenant position. Il ne doit tirer aucun profit personnel de son intervention dans les médias ou sur son site internet notamment ; plus encore, il doit s'interdire toute communication qui, de façon occulte, avantagerait une personne ou un organisme auquel il prête son concours, qui le rémunère pour ce faire, ou avec lequel il aurait un lien perturbant sa complète indépendance. À ce propos, la section éthique et déontologie du CNOM ajoute une formule lapidaire dans ses recommandations et commentaires du décret de 2020 : « Les liens en cause peuvent être directs ou indirects, de nature matérielle ou morale, voire d'image. Dès lors qu'il a de tels liens d'intérêts, il est indispensable que le médecin en fasse état de la façon la plus claire et sans ambiguïté, selon les modalités les plus appropriées, en fonction du support d'informations. » Rappelons que la déclaration de ces liens d'intérêts devient obligatoire (article L4113-13 CSP ; dispositif « anti-cadeau ») quand ils concernent la relation d'un médecin avec un fabricant ou exploitant de produits ou de matériels de santé.

## Publicité

### Article R4127-19-1 du CSP

« I. Le médecin est libre de communiquer au public, par tout moyen, y compris sur un site internet, des informations de nature à contribuer au libre choix du praticien par le patient, relatives notamment à ses compétences et pratiques professionnelles, à son parcours professionnel et aux conditions de son exercice. Cette communication respecte les dispositions en vigueur et les obligations déontologiques définies par la présente section. Elle est loyale et honnête, ne fait pas appel à des témoignages de tiers, ne repose pas sur des comparaisons avec d'autres médecins ou établissements et n'incite pas à un recours inutile à des actes de prévention ou de soins. Elle ne porte pas atteinte à la dignité de la profession et n'induit pas le public en erreur.

II. Le médecin peut également, par tout moyen, y compris sur un site internet, communiquer au public ou à des professionnels de santé, à des fins éducatives ou sanitaires, des informations scientifiquement étayées sur des questions relatives à sa discipline ou à des enjeux de santé publique. Il formule ces informations avec prudence et mesure, en respectant les obligations déontologiques, et se garde de présenter comme des données acquises des hypothèses non encore confirmées.

III. Les communications mentionnées au précédent article tiennent compte des recommandations émises par le Conseil national de l'Ordre. »



- faire appel ou diffuser des témoignages de tiers sur vos consultations ;
- inciter à des actes de prévention ou de soins si cela n'est pas nécessaire.

#### Usage du nom du médecin et de ses titres

##### Article R4127-20 du CSP

« Le médecin doit veiller à l'usage qui est fait de son nom, de sa qualité ou de ses déclarations. Il ne doit pas tolérer que les organismes, publics ou privés, où il exerce ou auxquels il prête son concours utilisent à des fins commerciales son nom ou son activité professionnelle. »

##### Article R4127-30-1 du CSP

« Sont interdits l'usurpation de titres, l'usage de titres non autorisés par le Conseil national ainsi que tous les procédés destinés à tromper le public sur la valeur de ses titres ».

Publicité ou information impliquent que le médecin concerné soit responsable de l'usage qui est fait de son nom et de ses déclarations.

Si sa déclaration est volontaire, il lui appartient de la maîtriser de bout en bout et de s'appliquer à en contrôler le contenu. En faire porter la responsabilité à une assistante, un journaliste ou un informaticien ne sera pas opposable en cas d'accusation.

Si, en revanche, la citation de son nom ou de ses propos est involontaire (parfois à son insu), déformée ou présentée dans un contexte détestable, il doit réagir dès qu'il en a connaissance : un courrier recommandé avec avis de réception adressé à l'auteur sera la meilleure défense à une accusation de publicité illégitime ; le retrait immédiat doit être demandé ou un droit de réponse exercé.

De même, le médecin ne peut se laisser utiliser dans une publicité commerciale pour donner du crédit à un établissement de santé, un fabricant de dispositifs médicaux ou de prothèses.

#### Honoraires et frais : honnêteté et clarté impératives

Le 1<sup>er</sup> alinéa de l'article R4127-53 du CSP rappelle les principes de la détermination des honoraires avec « tact et mesure », de la nécessaire information du patient sur les frais afférents aux prestations délivrées et sur les montants pratiqués par le praticien. Il précise également qu'un acquit doit être délivré s'il est sollicité.

Ce même article prévoit le contenu de la publicité apportée à ces questions dans son 2<sup>e</sup> alinéa :

#### Article R4127-53 CSP

« [...] Il. - Le médecin se conforme aux dispositions des articles L1111-3-2 et L1111-3-3 en ce qui concerne l'information du patient sur les frais afférents à ses prestations et aux conditions de prise en charge et de dispense d'avance de ces frais. Il veille à l'information préalable du patient sur le montant des honoraires. Le médecin qui présente son activité au public, notamment sur un site internet, doit y inclure une information sur les honoraires pratiqués, les modes de paiement acceptés et les obligations posées par la loi pour permettre l'accès de toute personne à la prévention ou aux soins sans discrimination. L'information doit être claire, honnête, précise et non comparative. Le médecin doit répondre à toute demande d'information ou d'explications sur ses honoraires ou le coût d'un traitement. [...] »

#### Précisions sur les supports des informations délivrées au public

Les supports demeurent les mêmes qu'auparavant mais sont précisés et illustrés dans les nouveaux décrets.

L'article R4127-79 du CSP décrit la composition des ordonnances et autres documents professionnels.

L'article R4127-80 du CSP réserve la possibilité d'informer dans les annuaires à l'usage du public et fixe le contenu de cette publicité qui peut être identique à celui des ordonnances. Toutefois, à l'heure du référencement numérique, le 2<sup>e</sup> alinéa précise : « Il est interdit au médecin d'obtenir contre paiement ou par tout autre moyen un référencement numérique faisant apparaître de manière prioritaire l'information le concernant dans les résultats d'une recherche effectuée sur internet ». Le spam indexing est donc notamment à bannir.

L'article R4127-81 du CSP règle la question de la plaque professionnelle dont les exigences de discrétion mais d'efficacité sont maintenues.



L'article R4127-82 du CSP maintient l'autorisation pour le médecin qui s'installe (ou modifie son exercice) de diffuser une annonce selon les règles fixées par le CNOM, mais le contrôle préalable par cette instance n'est plus exigé.

#### Conclusion

Aujourd'hui, un médecin a le droit de communiquer sur son parcours, ses compétences, ses pratiques professionnelles et ses conditions d'exercice, ce qui n'était pas le cas il y a quelques années. En effet, l'article R. 4127-19-1 indique que vous êtes libre de communiquer au public et par différents moyens, toute information qui pourrait soutenir le **libre choix du praticien par le patient**.

Pour cela, vous pouvez avoir recours à de nombreux canaux de communication :

- site web ;
- blog ;
- réseaux sociaux ;
- médias : télévision, presse écrite et radio ;
- supports papier ;
- e-mailing ;
- relations publiques.

Cependant, votre communication doit respecter les dispositions en vigueur et les obligations déontologiques prévues dans le cadre de votre exercice. En effet, celle-ci doit être conduite avec loyauté, honnêteté et dans le respect de vos confrères.

L'entrée en vigueur du nouveau décret à modifier et remplacer le mot publicitaire par commerciale. En effet, la **publicité est autorisée pour les médecins** s'il s'agit d'une action informative, préventive ou éducative, mais tout acte publicitaire à des fins commerciales est interdit. La nuance est fine mais réelle, tout dépendra donc de la forme utilisée... En cas de doute vous pouvez toujours demander au CDOM.

Par ailleurs, vous ne devez pas autoriser un organisme de santé, qu'il soit public ou privé, à utiliser votre nom ou votre activité professionnelle pour servir des usages commerciaux en particulier les établissements de santé et certains site internet.

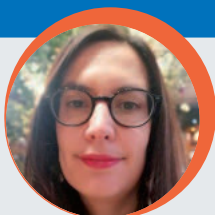
L'objectif de la communication médicale est d'informer votre patientèle sur votre activité, les soins que vous prodiguez, les tarifs pratiqués, et de fournir de l'information pertinente et véritable (dans le respect des règles de l'art) afin que vos patients puissent être mieux informés.

Bonne communication !!

Olivier ALEND



Priscilla LEON



Sandrine LEMOINE

## Place du néphrologue dans la prise en charge de la lithiase urinaire

*La collaboration entre urologue, biologiste, diététicien et néphrologue est primordiale pour une prise en charge optimale de la maladie lithiasique. Il a été synthétisé dans les nouvelles recommandations du comité lithiase de l'AFU (CLAFU) publiées récemment, les points importants dans la prise en charge des calculs (1). Entretien avec la Dr Sandrine LEMOINE, néphrologue aux Hospices Civils de Lyon.*

### UJ - Quel bilan faire lors d'une 1<sup>re</sup> crise ?

SL - Dès la 1<sup>re</sup> crise de colique néphrétique, il faut s'évertuer à récupérer les calculs pour analyse, ce qui permettra d'orienter l'origine de la maladie lithiasique. Un calcul de type Ia orientera en 1<sup>er</sup> lieu sur une erreur diététique alors qu'un calcul de type Iia orientera vers une hypercalciurie. Un calcul de type IIIa ou b permettra de faire un dépistage des complications du syndrome métabolique et permettra de proposer un traitement médical par alcalinisation, ce qui évitera de proposer un traitement urologique s'il persiste éventuellement un calcul. Les calculs de type IV sont d'origine plus hétérogène. Un calcul de type Iva1 peut être un calcul d'hypercalciurie/trouble d'acidification ou un calcul d'infection en fonction de son taux de carbonatation, un calcul de type IVc (struvite) vous orientera sur un calcul d'infection, un calcul de type IVd (Brushite) vers une hypercalciurie sévère. Enfin, un calcul de cystine (type V) vous orientera d'emblée vers une maladie génétique appelée cystinurie.

Quoi qu'il en soit, avec ou sans analyse de calculs, tout patient ayant fait un 1<sup>er</sup> épisode de calculs doit bénéficier d'un bilan de 1<sup>re</sup> intention. Ce bilan doit être réalisé à distance de la crise (4 à 6 semaines), dans des conditions de vie habituelle. Cette analyse comporte un bilan sanguin avec une dosage de la créatinémie afin d'éliminer une maladie rénale chronique associée, une calcémie afin d'éliminer une hyperparathyroïdie primaire, d'une glycémie et du dosage de l'acide urique pour dépister un syndrome métabolique. Une analyse sur échantillon avec pH urinaire, ECBU, densité et, si possible, cristallurie doivent être réalisées. Enfin, une analyse des urines des 24 H est indispensable pour obtenir une valeur de volume urinaire (les

faibles boissons sont la cause la plus fréquente de calculs urinaires). Un dosage de créatininurie urinaire permettra de vérifier que les urines sont bien recueillies, un dosage du sodium permettra d'estimer la consommation sodée et de l'urée urinaire la consommation protidique. Enfin, la calciurie sera dosée ainsi que l'uricurie, qui sera à interpréter en regard du pH urinaire.

### UJ - Quand adresser un patient en néphrologie pour lithiase ?

SL - Un patient nécessitant un bilan de 2<sup>e</sup> intention peut être adressé à un néphrologue. Il ne faut pas adresser tous les patients ayant un 1<sup>er</sup> épisode de calculs. Les patients jeunes (< 25 ans) et/ou avec lithiases récidivantes, bilatérales et/ou insuffisance rénale chronique et/ou rein unique et/ou néphrocalcinose doivent être immédiatement orientés vers un bilan de 2<sup>e</sup> intention. Les patients ayant une hypercalcémie sur le bilan de 1<sup>re</sup> intention nécessitent également d'être orientés vers le néphrologue pour qu'ils approfondissent un possible diagnostic d'hyperparathyroïdie primaire. Enfin, certains calculs spécifiques comme un calcul de cystine/Ic/Ie/Iva2 devraient également être orientés vers un néphrologue.

En effet, le calcul de Ic oriente vers une hypercalciurie primaire, le vers une hyperoxalurie entérique, Iva2 vers une acidose tubulaire distale et devront bénéficier d'une exploration plus poussée.

Si une maladie lithiasique génétique est déjà connue, il faudra également adresser le patient à un néphrologue.

Encore une fois on voit l'importance de l'analyse du calcul (mais également de la reconnaissance endoscopique) afin d'orienter rapidement l'étiologie de la maladie lithiasique.

### UJ - Interprétation rapide et piège du bilan ?

SL - Dans un 1<sup>er</sup> temps il faudra vérifier le bon recueil des urines de 24 H grâce à la créatininurie.

Le recueil sera considéré comme valide si la créatininurie se situe autour de 150-200 µmol/kg/j pour les hommes et 100-150 µmol/kg/j pour les femmes. Dans les situations d'insuffisance rénale, en dessous de 45 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, la créatininurie peut se trouver diminuée à 90-150 µmol/kg/j. L'interprétation de l'ionogramme urinaire de 24 H apporte également des renseignements plus

qualitatifs sur les apports alimentaires. La ration alimentaire en sodium recommandée est de 7-8 grammes/jour et peut être estimée par la formule ci-dessous car l'absorption digestive du sodium est proche de 100 % des apports : Apports en NaCl (g/j) = sodium urinaire / 17 (exprimé en mmol/j). La ration alimentaire recommandée en protéines est de 0,7-1 gramme/jour et peut être estimée par la formule : apports en protéines (g/kg/j) : urée urinaire (mmol/j) x 0,21/ poids (kg).

La calciurie doit être interprétée en fonction de la consommation calcique qui doit donc être quantifiée par le test de Fardelone. Si les apports calciques sont faibles, une hypercalciurie peut être sous-estimée. On définit une hypercalciurie de concentration par une valeur supérieure à 3,8 mmol/L et de débit > 0,1 mmol/kg/j. Dans une majorité des cas, l'hypercalciurie sera diététique et il conviendra de normaliser la consommation sodée et protéique et de reconstruire la calciurie. Si malgré une normalisation diététique la calciurie persiste, adressez vos patients au néphrologue qui déterminera l'origine rénale, absorptive ou résorptive de la calciurie et proposera peut-être des thérapeutiques médicamenteuses.

### UJ - Des conseil à donner à vos confrères urologues ?

SL - Le message clé : récupérez les calculs et faites un bilan de 1<sup>re</sup> intention à tous vos patients lithiasiques ! Il ne faut pas adresser tous vos patients lithiasiques au néphrologue mais au moindre doute, contactez le.

N'hésitez pas à organiser des RCP lithiases avec vos collègues néphrologues. Plus que jamais la maladie lithiasique est une thématique multidisciplinaire qui dans la majorité des cas est diététique mais qui peut également cacher des maladies métaboliques sévères.

Sandrine LEMOINE

Propos recueillis par Priscilla LEON

### Référence

1. Lemoine S, Dahan P, Haymann JP, Meria P, Almeras C, Lithiasis Committee of the French Association of Urology (CLAFU). 2022 Recommendations of the AFU Lithiasis Committee: Medical management - from diagnosis to treatment. Prog Urol. nov 2023;33(14):911-53.



Patrick COLOBY



Thierry LEBRET

## Christine Autin et l'AFU

**C**hristine AUTIN nous a quitté en cette fin d'année 2023. Elle aura consacré plus de 30 ans de sa vie à notre association, notre AFU. Elle aura été un véritable ciment inter-générationnel entre les urologues. Durant toutes ces années, elle n'aura jamais compté ses heures pour se mettre au service des urologues, elle était toujours disponible et sa disparition, 4 ans après sa retraite, laisse dans nos esprits un énorme vide. Nous avons perdu plus qu'une déléguée générale, nous avons perdu un pilier de l'AFU. Pour comprendre ce que Christine représentait pour notre association, il est utile de revenir un peu en arrière...

Avant qu'elle ait ses propres locaux, sous la présidence d'Alain Le Duc et avec son Secrétaire Général Guy Vallancien, l'Association Française d'Urologie a confié, au début des années 1990, l'organisation du Congrès annuel à la société Convergences sous la responsabilité de Christine Autin. La qualité des prestations offertes à cette occasion a très vite débouché sur la proposition de confier le secrétariat administratif à Christine. Devant cette charge de travail, Anne-Marie Mérienne nous a rejoint. À partir de ce moment ce couple est devenu indissociable, complémentaire et synergique jusqu'à leur retraite. Toutes les deux, elles ont assuré un travail exceptionnel. Elles ont permis à notre association de grandir dans le respect de chacun.

Avenue Gambetta, Convergences s'est alliée à la société SOCFI en 1999 pour créer la société Colloquium qui s'installe rue de la Croix Faubin de 1999 à 2011, puis rue de Nancy. La principale activité de l'AFU était alors l'organisation du Congrès Français d'Urologie. Le lieu du congrès était, depuis 1986, la Maison de la Chimie, puis le CNIT à la Défense en 1993, et enfin le Palais des Congrès depuis 1999. Ce CFU est devenu la réunion annuelle que l'on connaît, d'un haut niveau scientifique, avec une convivialité reconnue et appréciée de tous... c'est en partie grâce à Christine.

Avec le changement de statut en 1986 puis la création des comités scientifiques et transversaux, c'est toute notre association qui s'est développée sous l'œil attentif et facilitateur de Christine et d'Anne-Marie.



Les réunions physiques du Bureau et du Conseil d'administration étaient organisées le plus souvent dans la salle de staff du service d'urologie de la Pitié. Les comités se réunissaient souvent dans des locaux hospitaliers (service d'urologie de la Pitié, celui de Henri Mondor à Créteil notamment pour le comité de Cancérologie), parfois dans des locaux mis à disposition par l'industrie, trouvés et réservés par Christine et Anne-Marie.

Les membres des bureaux qui se sont succédés, et essentiellement le secrétaire Général et le Président, retrouvaient chaque semaine Christine et Anne-Marie dans les locaux de Convergences, puis de Colloquium.

Les nouveaux projets n'ont cessé d'augmenter : concernant la science et la recherche avec notamment le développement d'une activité d'évaluation scientifique, concernant l'enseignement et la formation continue avec la création de l'organisme agréé de FMC, la création de nouvelles journées de formation, concernant les pratiques professionnelles en collaboration avec le SNCUF avec la création de l'organisme agréé d'EPP, de l'organisme agréé d'Accréditation. Toute cette évolution nous conduisait à avoir le sentiment d'avoir besoin d'un « chez nous ».

Sous la mandature de Pascal Rischmann, l'AFU s'est alors dotée, en 2009, d'une première « maison » en location, rue de Vaugirard et c'est en 2011 que Christine a accepté de nous rejoindre comme déléguée Générale (avec Anne-Marie Mérienne comme déléguée Générale adjointe).

L'AFU a ensuite acquis la MUR, rue Viète et Christine a participé activement à cette acquisition et à son aménagement. Elle partageait son temps entre la délégation générale et les réunions de chantier. Elle avait à cœur de créer une maison accueillante, conviviale et rationnelle, à l'image de notre association... de son association. Elle savait que cette maison devait également respirer l'histoire de l'AFU fondée en 1896.

Christine a accompagné l'AFU et participé activement à son développement depuis le début des années 1990 jusqu'à sa retraite en 2019. Il y avait également un autre côté, moins connu mais tout aussi attachant : le plaisir qu'avait Christine de faire la fête avec les urologues ! Nous sommes nombreux à nous souvenir des grands moments festifs de notre association, nous pouvons bien sûr citer le centenaire de l'AFU en 1986 à Bobino et le 100<sup>e</sup> congrès présidé par François Richard où elle avait particulièrement été active pour l'organisation de la soirée au Louvre. Elle aimait les bonnes tables et les bons vins, elle partageait ces plaisirs si français avec bon nombre d'entre nous et nous ne pouvons que nous féliciter d'avoir eu avec elle et avec les collègues des soirées mémorables... comme celle des JOUM au Clos Vougeot qui restera dans les annales de l'AFU.

Christine était une grande professionnelle dévouée dans un seul objectif : aider et gérer l'AFU dont elle avait été un des piliers fondateurs et pour laquelle elle a donné toutes ses compétences, toute son énergie, son dynamisme, sa disponibilité, son engagement. Le développement de l'AFU lui doit beaucoup, au fur et à mesure de tous les nouveaux projets, jusqu'à sa maturité actuelle, Christine a été une actrice déterminante.

Elle s'était adaptée aux différents conseils d'administration, à leur président et plus globalement à tous les urologues qu'elle voyait passer au fil du temps. Elle est devenue la mémoire de l'AFU et le trait d'union entre toutes les mandatures et tous les membres des comités qui se sont succédés, assurant la continuité et s'adaptant aux nouvelles idées. Elle nous a beaucoup appris : quand on ne savait pas on demandait à Christine ou à Anne Marie.



Avec Christine tout devenait simple. Les idées les plus innovantes trouvaient alors une solution logistique. Elle savait également nous freiner quand des idées allaient dans le mauvais sens ou lorsque nous étions à contre-courant de la volonté des urologues. Elle avait le plus grand respect pour les administrateurs mais savait leur faire comprendre quand ils étaient dans la mauvaise direction.

Que ce soit pour l'enseignement du Collège d'Urologie, les SUC, Graines et Sol, la réalisation des différentes manifestations scien-



Grande tristesse pour cette grande dame dont je me souviens des débuts à « Convergences » il ya bien longtemps...

Laurent BOCCON-GIBOD

Une très grande peine m'étreint. Plus que des souvenirs une amitié si généreuse de sa part pour nous tous.

L'AFU lui doit tant et chacun d'entre nous qui avons œuvré avec elle dans nos fonctions.

À titre personnel, c'est presque une sœur en urologie qui nous quitte.

Emmanuel CHARTIER-KASTLER

Très triste nouvelle, quand on ne savait pas on demandait à Christine ou à Anne-Marie avec un accueil toujours gentil et pertinent.

Luc CORMIER

tifiques (le congrès, les JOURN, JITTU, JAMS), mais aussi UROjonction, elle était redoutable d'efficacité. Elle savait mieux que personne organiser les réunions avec l'industrie pharmaceutique. Elle nous conseillait avec un sens politique très développé. Elle nous guidait dans toutes les négociations. Elle avait une intelligence supérieure pour analyser les situations les plus complexes avec nos partenaires.

Avant de partir en retraite elle avait tout fait pour que sa succession se passe dans les meilleures conditions. En recrutant Alexandra et en lui confiant les clés de notre maison, elle savait qu'elle nous permettrait d'avoir le meilleur pour que notre association continue à fonctionner avec autant d'efficacité. Notre association est devenue un modèle pour les

autres spécialités. Si nous continuons à être jaloués pour l'efficacité et la structure de notre association, nous devons nous souvenir que c'est en partie grâce à ce couple Christine et Anne-Marie. Elles formaient un binôme qui a maintenu, par tout temps, le navire AFU à flot.

Associée à ce professionnalisme, son autorité remarquablement bien dosée, son écoute, sa gentillesse, sa bienveillance, son enthousiasme, sa perspicacité, sa discrétion, sa réserve quand il le fallait, ses qualités humaines donc, étaient tous les éléments d'une grande Dame au service de l'Urologie. Christine nous a donné une amitié généreuse et précieuse qui restera au fond de nos cœurs.

Patrick COLOBY et Thierry LEBRET

## Hommage de la communauté urologique à Christine Autin

Cette disparition brutale nous touche beaucoup. Une véritable sidération, une immense tristesse sont les premiers sentiments ressentis avec très vite une interrogation sur la fragilité de la vie.

Mais que de bons souvenirs à l'AFU et des voyages inoubliables.

Malgré les aléas de la vie, Christine avait une activité débordante, toujours présente, solide et bienveillante.

Elle laisse sa famille et ses amis dans la tristesse mais aussi dans le souvenir d'une femme active, pleine de vie, pleine d'amitié et toujours ouverte sur l'autre.

Par cet hommage, nous nous faisons aussi l'interprète de l'affection et de la reconnaissance de toutes celles et ceux dont la route aura croisé celle de Christine.

La bonté de son caractère lui fit de nombreux amis, les nobles qualités de son cœur lui valent l'estime de tous.

Son souvenir ne nous quittera pas, nous n'oublierons jamais les fortes exhortations de son exemple.

Christian COULANGE

Nous partageons cette immense tristesse pour celle qui a été l'âme de l'AFU pendant tant d'années avec beaucoup d'imagination et de dévouement.

Vincent DELMAS

Cette nouvelle accablante était très inattendue. La semaine dernière nous fêtions le rassemblement annuel de la famille urologique que nous apprécions tant. Christine en était l'âme depuis tant d'années ! Nous ne la remercierons jamais assez.

La gratitude que nous lui devons s'étend bien au-delà de ceux d'entre nous qui ont œuvré au plus haut niveau de l'AFU. Je crois que tous les urologues du plus jeune au plus expérimenté, connaissent son nom, sa gentillesse, son efficacité et son sourire parfois énigmatique.

Notre famille est en deuil, mais Christine nous accompagnera encore longtemps par son exemple. Son héritage est immense.

Jérôme GRALL



Christine est partie en ce début du mois de décembre. C'est avec beaucoup de tristesse que j'ai appris son départ, avec le sentiment qu'une partie importante de ma carrière professionnelle s'effaçait. Pendant les quinze années passées au conseil d'administration de l'AFU, j'ai pu apprécier le soutien du binôme Christine Autin/ Anne-Marie Merienne. Il n'y a pas trop d'adjectifs pour qualifier ce binôme, organisation, efficacité, adaptation, gentillesse, discrétion...

Christine connaissait parfaitement notre spécialité, son organisation, ses objectifs, son histoire, elle savait discrètement nous guider lorsque une décision était difficile à prendre. Elle a été pendant de nombreuses années un pilier de notre association.

Mais il y a également un côté moins connu de Christine, sa convivialité. Derrière un abord réservé, on pouvait détecter une grande sensibilité.

Nous avons organisé ensemble et avec Anne-Marie deux Cat-Uro à Arcachon, réunions scientifiques et nautiques, et chaque matin nous nous retrouvions pour un café à la terrasse de l'hôtel « La Guitoune ». Nos discussions étaient alors uniquement focalisées sur le paysage de bord de mer et Christine exprimait le plaisir qu'elle avait à être là. Dans les années qui ont suivi, à chaque fois que nous nous retrouvions elle me rappelait ces moments.

Christine va me manquer ...

Georges KOURI

Tristesse... Christine était un personnage clé de l'urologie dynamique et organisée. Efficace et souriante, nous l'aimions.

Christine a sa place dans l'histoire de l'urologie française.

Merci Christine.

Alain JARDIN

Je suis bien triste pour elle, sa famille et notre famille urologique. Elle était un peu la maman puis la grand-mère de la MUR.

Elle a accompagné avec gentillesse et bienveillance notre famille dans sa montée en charge et vers sa maturité actuelle avec Anne-Marie et aujourd'hui Alexandra et Marianne.

Je me rappelle les débuts des groupes de l'ECU, les appels à l'AFU et ses réponses de sa voix rauque toujours bienveillante, parfois pressée mais toujours très efficace et très gentille.

Une nouvelle page se tourne, une fin de chapitre...

Toutes nos pensées vont vers ceux qui nous ont ouvert la route et précédés pour nous offrir une Association riche et dynamique.

Christine restera avec nous, avec l'AFU d'hier et d'aujourd'hui en pensées avec toute notre affection.

Didier LEGEAIS

Quelle tristesse que d'apprendre la disparition de Christine ! Au delà de sa gentillesse, de sa compétence et de son efficacité, elle faisait partie de notre famille. Nous ne l'oublierons pas.

Hervé LE DOZE

Christine était la gardienne de la maison de l'Urologie. Elle a permis à tous les conseils d'administration et bureaux successifs de notre association, de travailler en harmonie avec une passion des informations.

Elle était dévouée à notre association, et nous la regrettons déjà

Richard MALLET

Quelle tristesse... Christine faisait preuve d'une autorité remarquablement bien dosée, d'une efficacité à toute épreuve et d'un dévouement à l'AFU sans faille.

Philippe MANGIN

Que de souvenirs sur l'engagement et la disponibilité de Christine, c'est la mémoire de l'AFU qui nous quitte ! Une pensée affectueuse pour son binôme Anne-Marie et mes plus sincères condoléances pour ses proches et pour l'AFU.

Jean-Luc MOREAU





Cette nouvelle est un choc pour moi qui n'était pas informé de ses derniers soucis de santé et l'annonce de sa disparition est donc brutale.

Je ne peux que répéter les sentiments déjà exprimés d'une grande tristesse, tant on a été attachés à elle pendant toutes ces années de notre vie au CA.

Toutes les qualités de sa personne, de gentillesse, d'attention, de disponibilité, d'enthousiasme et d'engagement qu'elle nous a toujours données pour le développement de notre famille urologique expliquent la grande peine ressentie ce soir.

Thierry PIÉCHAUD

Je me joins à tous nos amis pour évoquer le souvenir de Christine, son dynamisme et sa personnalité charismatique qui ont tant apporté à l'urologie française et à la construction de l'AFU. Une émotion intense pour nous tous qui l'aimions beaucoup.

Dominique ROSSI

Il y a tout juste une semaine, au Congrès, nous évoquions ensemble les personnalités réunies autour de Christine et Anne-Marie.

Christine veillait sur la flamme de l'AFU, elle l'entretenait afin qu'elle soit toujours lumineuse.

Comme vous, je suis infiniment triste dans ce moment de grande peine.

Michel SOULIÉ

C'est avec une profonde tristesse que nous rendons hommage dans ce numéro d'UROjonction à Madame Christine Autin, récemment décédée, qui a été la patronne dévouée de Colloquium et notre mère à tous au sein de l'Association Française d'Urologie pendant tant d'années.

Son départ laisse un vide immense dans nos cœurs et dans le monde professionnel que nous partagions avec elle. En tant que responsable Paris, puis Président de l'Association Française des Urologues en Formation, j'ai eu le privilège de travailler étroitement avec Madame Autin de 2002 à 2006, notamment lors de nos réunions et événements organisés au 12 rue de La Croix Faubin à Paris.

Elle nous recevait toujours avec bienveillance et empathie dans les locaux de Colloquium pour le conseil d'administration de l'AFUF. J'avais aussi le droit de siéger en tant qu'observateur au sein du CA de l'AFU qui se réunissait dans la salle de staff du 5<sup>e</sup> étage du Batiment Cordier à la Pitié-Salpêtrière. Et là, je l'observais. Elle était comme un poisson dans l'eau, souvent unique femme au milieu de tous ces chirurgiens urologues qui se référait à elle pour les rouages et les fonctionnements de l'Association dont elle connaissait les moindres détails. Elle n'était pas dépourvue d'humour et son rire était communicatif, elle connaissait de nombreuses anecdotes croustillantes mais elle taisait tous les secrets. Bref c'était une passionnée, une vraie ! Christine formait un vrai duo énergique sur le terrain avec Anne-Marie Mérienne.

Christine n'était pas simplement une responsable, elle était le cœur et l'âme de Collo-

quium et donc de l'AFU et de son congrès. Sa passion pour son travail, sa détermination et sa gentillesse ont marqué chacune de nos interactions. Elle nous accueillait toujours avec un sourire chaleureux et une énergie contagieuse, créant un environnement propice à la collaboration et à l'échange d'idées.

Sa capacité à rassembler les gens et à créer une atmosphère accueillante était remarquable, faisant de chaque événement un moment mémorable.

Sous la direction éclairée de Madame Autin, Colloquium est devenu bien plus qu'un espace physique. C'était un lieu de rencontres intellectuelles, d'apprentissage continu et de partage d'expériences. Elle a joué un rôle central dans la promotion de l'éducation et du perfectionnement professionnel au sein de notre communauté, laissant un héritage durable qui continuera d'inspirer les générations futures d'urologues.

Sa disparition est une perte irréparable et nous nous souviendrons toujours de Christine comme d'une professionnelle exceptionnelle, une amie dévouée des urologues français et une source inépuisable d'inspiration.

En ces moments difficiles, nos pensées vont à sa famille et à tous ceux qui ont eu la chance de la connaître. Puissent ses réalisations et son héritage continuer de briller pour nous guider dans notre engagement envers l'excellence professionnelle et l'amitié sincère.

Morgan ROUPRÊT



À la fin des années 1980, les urologues français étaient dans une mauvaise passe : deux sociétés, deux revues et un congrès à bout de souffle.

François Richard, Guy Vallancien, Richard Fourcade et quelques autres, avec la bénédiction de quelques-uns de nos Maîtres, se sont lancés dans l'aventure du renouveau. C'était un peu : ça passe ou ça casse.

Un premier secrétariat ne fit pas l'affaire. C'est alors que Christine et Anne-Marie sont arrivées. Des professionnelles, aimables et qui bossent. La gestion des rendez-vous, les chambres d'hôtel et les taxis ça roule. Et dans le bureau du fond du couloir on trouvait toujours du café, des copains.

L'AFU est alors redevenue une société savante qui compte : nombre croissant de congressistes. Tous les ans, certains esprits bouillonnants inventent quelque chose de nouveau : l'ECU, les réunions à thème, l'AFUF... La mise en place suit. Et l'intendance suit à la perfection.

Merci Christine et Anne-Marie. Bien sûr, il y eut bien quelques vagues mais la sagesse a toujours su l'emporter. En leur compagnie, un virage important a pu être franchi sans casse.

La lithotritie extra-corporelle a bousculé nos habitudes. Pour pouvoir accéder à cette technologie, nos amis Jacques Perron et Didier Lambert ont créé un Groupement d'intérêt économique. Les urologues libéraux et hospitaliers qui jusqu'alors étaient non introduits dans les structures de l'AFU (Comités, bureau, CA ...) sont progressivement devenus des membres très actifs.

Si la maison AFU n'avait pas été aussi bien tenue... ça n'aurait pas marché.

Au revoir Christine. Nous sommes si nombreux à avoir de bons et joyeux souvenirs grâce à vous deux.

François ROUSSELOT

Quelle tristesse d'apprendre le départ de Christine qui était le pilier fondateur de l'AFU dès le début avec Convergences et tout au long de sa carrière où elle a toujours donné la préférence à notre association à laquelle elle s'est entièrement consacrée.

Qu'elle repose en paix.

Marc ZERBIB

La triste nouvelle du départ de Christine Autin nous a tous touchés. Mon premier souvenir, alors que j'étais délégué AFUF, c'était sa force tranquille, sa simplicité de contact quel que soit la personne en face d'elle, et les qualités indéniables d'organisation qui en faisaient déjà un des piliers de l'AFU.

Notre association était alors en devenir, déjà dynamique mais plus modeste qu'aujourd'hui. Je ne pense pas surestimer son rôle en disant qu'elle a joué un rôle clé dans le développement de l'association.

Par la suite, elle m'a accompagné dans toutes les missions que j'ai eu la chance d'accomplir pour l'AFU puis le collègue avec une efficacité, une discrétion et une gentillesse singulière. Elle était devenue, au fil du temps une des figures incontournables de l'AFU.

Enfin, le moment venu, elle a su s'effacer progressivement, préparer son départ et aider les équipes dirigeantes de l'AFU de l'époque à assurer une transition avec l'équipe d'aujourd'hui qu'elle a participé à former.

Nous lui devons collectivement beaucoup et j'adresse une pensée émue à tous ceux qui l'entouraient en ce moment difficile.

Alain RUFFION

Quand, sous l'œil bienveillant de notre maître René Küss, nous avons décidé, avec François Richard, de transformer l'AFU et son congrès qui végétaient dans une profonde léthargie, nous avons d'abord demandé à un petit cabinet conseil de nous aider. Sa prestation n'étant pas à la hauteur de notre ambition et de nos espérances, nous avons pris contact avec Convergences et donc avec Christine puis Anne-Marie. Ensemble nous avons remodelé le congrès, créé l'AFUF et dynamisé l'association jusqu'au congrès de l'EAU qui se tint à Paris en 1992, l'AFU étant l'association invitante.

Christine était toujours partante pour renverser la table sans casser les assiettes. Un grand sens de l'événementiel, une disponibilité permanente, des rires et un travail de fond en commun qui finalement aboutirent à l'AFU d'aujourd'hui.

Nous devons tous beaucoup à Christine Autin que nous n'oublierons jamais.

Guy VALLANCIEN

La famille Urologie pleure une amie si chère à son cœur. Evoquer Christine, c'est la voir assise à son petit bureau, au Congrès Français d'Urologie, dans le fond de cette pièce d'où elle supervisait attentivement le bon déroulement des séances.

Evoquer Christine, ce sont les CA de l'AFU, les formations, l'ECU, les partenariats entre l'AFU et le SNCUF.

Evoquer Christine, c'est rappeler l'exceptionnel duo qu'elle formait avec Anne-Marie, toutes deux piliers de notre Congrès, de notre Association et de la MUR.

Christine incarnait la vie de l'Urologie. De Convergences à Colloquium puis à la MUR, Christine aura été là, toujours là, fidèlement là.

Benoît VIGNES

## 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  
gaellefiard@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



Etienne CUENANT  
Cercle Félix Guyon

## L'urologie à Montpellier

L'histoire de l'urologie montpelliéraine peut arbitrairement se découper en trois périodes :  
**1. Une époque historique** qui va de la naissance de la faculté de médecine de Montpellier en 1220 (la plus ancienne au monde en exercice) à la création de la Clinique des maladies des voies urinaires en 1921.

**2. Une époque moderne** de 1921 à 1971 où l'urologie est générale.

**3. A partir de 1971, une époque contemporaine** où la discipline organise ses spécialités dont nos comités AFU sont les témoins.

**De la première période historique**, il n'y a pas d'urologie proprement dite, toutefois il faut distinguer quelques figures intéressantes pour notre discipline.

**Guy de Chauliac** (1300-1368) qui publie en 1365 son *Guidon de la Chirurgie* ouvrage majeur, témoin des connaissances exhaustives de son temps. Il est l'inventeur du célèbre aphorisme : « *Pisser ou mourir* ». Plus intéressante à découvrir est la classification de l'urologie que nous utilisons toujours en : maladies du haut et du bas appareil, lithiase (avec gravelle haut appareil et pierre pour la vessie), abcès et apostèmes pour nos maladies infectieuses et la part importante consacrée à l'andrologie et les troubles de la fertilité. Cet ouvrage est resté pendant trois siècles la référence, durée qu'il faut comparer à celle de nos vérités actuelles !

**François Gigot de Lapeyronie** (1678-1747). On lui doit l'anoblissement de la chirurgie et la description princeps de la maladie éponyme en sachant que ces nodules d'IPCC étaient en fait des carnosités, terme générique de l'époque pour décrire des indurations de l'urètre ou de la verge et répondant le plus souvent à des nodules cicatriciels post-infectieux.

L'urologie est née avec le traitement de la pierre mais aussi avec celui des maladies de l'urètre et principalement les gonorrhées infectieuses, avec leur cortège d'abcès et de fistules. Il faut noter les traités de Jean Astruc (1684-1766) et de Thomas Goulard (1697-1784). A cette époque, on traite gonorrhée et syphilis par le mercure, c'est-à-dire en

créant une véritable intoxication mercurielle extrêmement délétère et sans effet aucun sur le tréponème et/ou gonocoque. Toutefois, Thomas Goulard inventa l'eau de Goulard à base d'acétate de plomb en traitement local intra-urétral, cicatrisant général considéré comme une panacée et toujours utilisé à ce jour en médecine vétérinaire.

### La deuxième période est celle des pionniers modernes

**Emile Jeanbrau** (1873-1950) est le premier urologue universitaire montpelliérain occupant la chaire créée en 1921 sous l'appellation de Clinique des maladies des voies urinaires et ce jusqu'en 1947. Rapporteur au congrès de 1909 sur les calculs de l'uretère, on lui doit cette maxime où tout est résumé didactiquement : « *tout calcul arrêté dans l'uretère poursuit fatalement la destruction du rein qui l'a formé* ». Il préside le congrès de 1921 qui a lieu exceptionnellement à Strasbourg libérée. La chirurgie oncologique trouve sa place. Surtout pour celle du rein. Pour celle de la vessie on s'en tient à l'implantation d'aiguilles radifères. Signalons aussi qu'avant la réforme hospitalière de 1958, tous les hospitaliers opèrent aussi dans les cliniques de la ville.

On doit aussi à Jeanbrau 2 choses :

- la transfusion sanguine (pas encore de groupe ABO à cette époque) grâce à l'adjonction de citrate de sodium, pour éviter la coagulation, en collaboration avec E. Hedon ;
- la mise en place de l'Autochir avec M. Chevassu (président du congrès en 1930) véritable bloc opératoire amené sur le champ de bataille auprès des blessés lors de la guerre de 14.

**Eugène Truc** (1901-1984) prendra la suite de Jeanbrau en 1947 jusqu'en 1971. Rapporteur en 1950 sur les anuries et président du congrès en 1961. L'essor de l'urologie comme celui de la chirurgie vient de l'apport par les Américains pendant la deuxième guerre mondiale de l'anesthésie (pentotal), des antibiotiques, de l'alimentation parentérale et des respirateurs artificiels. La voie est ouverte pour les grosses interventions. Sur le terrain de la prise en charge des vessies tuberculeuses, la chirurgie vésicale d'agrandissement, d'exérèse et de remplacement progresse significativement (thèse de M. Levallois en 1957 sur les entérocystoplasties). Eugène Truc installe aussi le premier rein artificiel dans le service d'urologie en 1958.

Durant cette période, Montpellier n'est pas isolée et entretient des échanges principalement avec Jean Cibert (Lyon) Roger Couvelaire et René Küss (Paris) et Jacques Ducassou (Marseille).

C'est aussi à cette époque que ces pionniers de l'urologie apportent leur compétence dans le privé. On retiendra : Jean Ginesté à Montpellier, Céleste Bringer à Béziers, Jacques Héran à Carcassonne, Michel Levallois à Avignon, Raoul Henriet à Nîmes, Philippe Navas à Perpignan.

**L'époque contemporaine** commence en 1971 avec la nomination de Daniel Grasset (1929-2023) à la chaire d'urologie qu'il occupera jusqu'en 1996 dans 2 sites successifs.

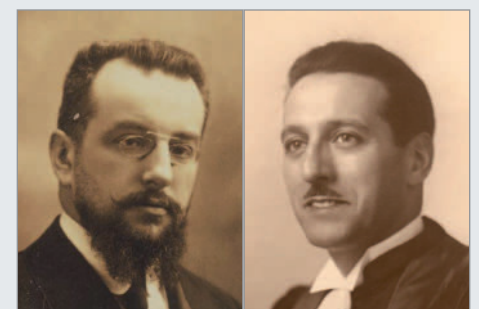


Figure 1.  
Emile Jeanbrau

Figure 2.  
Eugène Truc

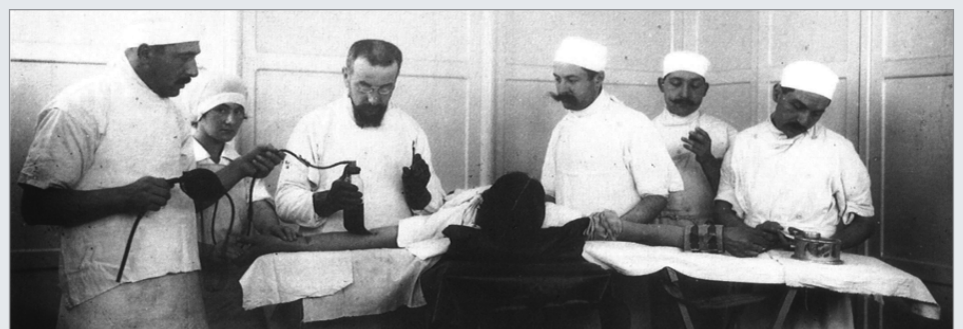


Figure 3. Transfusion de sang opérée par Emile Jeanbrau dans l'Autochir



Premièrement, l'Hôpital Saint-Charles qui détient le record national de brièveté de fonctionnement (1939-1990). Il rompt avec le système pavillonnaire et s'érige sur 5 étages avec 500 lits.

Le service occupe le 2<sup>e</sup> étage avec 100 lits (2 internes, 2 chefs), un bloc opératoire de deux salles et 2 salles de radiographie dédiées (urographie, UPR et montée de sonde, bilan urodynamique). S'ajoute deux lits de greffe avec dialyse. Beaucoup de malades effectuent encore de courts séjours dans le cadre du suivi de leurs tuberculose urinaire. Un infirmier s'occupe exclusivement des dilatations urétrales.

Très rapidement l'équipe se renforce : tandem initial avec Henri Navratil qui ira prendre en 1978 la direction du service d'uro-andrologie du CHU de Nîmes aidé par J.F Louis puis P. Costa (UROjonction consacrera un article à l'urologie nîmoise et à l'essor de l'andrologie). Puis nominations de J. Guiter et M. Averous. Comme dans beaucoup de services d'urologie, D. Grasset sectorise la discipline pour la développer. Transplantation rénale (dont il effectuera la première en 1970), confiée à J. Guiter et F. Iborra. L'oncologie avec J Guiter, F. Iborra et X Rebillard. L'urologie pédiatrique pour M. Averous (instantané mictionnel et urodynamique) secondé

plus tard par Ch. Lopez. Neuro-urologie (P. Costa), Lithiase (M. Robert).

Deuxièmement, l'Hôpital Lapeyronie. L'œuvre à laquelle D. Grasset était le plus attaché fut sa construction qu'il suivra pas à pas avant de quitter l'Hôpital St Charles pour s'y installer en 1984. 80 lits sur trois secteurs. Bloc de 4 salles plus une de lithotrypsie. On passe de salles communes à 8 lits à des chambres doubles ou individuelles avec sanitaires. L'hospitalisation s'humanise. Tous les hôpitaux de Montpellier sont désormais regroupés au nord de la ville où l'on a installé récemment (2017) la nouvelle faculté de médecine, formant un véritable campus médical d'enseignement de recherche et de soins.

Au départ de D. Grasset, la direction du service est assurée par H. Navratil puis J. Guiter à son départ à la retraite. Depuis 2015, le service d'urologie est dirigé par Rodolphe Thuret dont l'équipe se compose principalement de quatre PH : M. Robert, N. Cabaniols, T. Murez, N. Abdo.

Nadia Abid, formée dans le service, trésorière de l'AFU, a été récemment nommée chef de service au CHU de Lyon.

Parmi les urologues qui ont fait carrière en dehors du CHU, il faut noter par leur apport à l'AFU : F. Iborra (médaille Felix Guyon, comité de cancérologie, registre des tumeurs de l'Hérault), X. Rebillard, président du congrès en 2022 (board ERSPC, cellule méthodologie, BASAFU), Antoine Faix, vice-président actuel de l'AFU (Comité d'Andrologie, co-rapporteur 2023 : la fertilité masculine, 39 ans sur le rapport de son maître H. Navratil sur la stérilité masculine en 1984 avec F. Pontonnier), F. Vavdin (impliqué dans la vie syndicale de l'urologie, le SNCUF : secrétaire général puis vice-président ; expert de l'OA-AFU), E. Cuénant (cercle Felix Guyon). On notera la carrière universitaire de J. Corcos au Canada (CCA Montpellier en 1984).

Grâce au clinicat, le service a formé de nombreux urologues installés dans le privé.

A Montpellier : F. Iborra, A. Guillaume, B. Miquel, J-P. Constans, O. Delbos, X. Rebillard, P. Lanfrey, D. Rizet, A. Faix, B. Segui, S. Abdel-Hamid, N. Korahanis, G. Poinas V. Abdelfatah, S. Marchal, B. Bongrand, M. Trabelsi, M. Zarka, D. Pasquier, T. Pons. G. Poinas, B. Bongrand, M. Trabelsi, B. Cerrada, M. Hutin.

Dans les villes voisines, Montpellier fournissant en moyenne un CCA par an, l'essor de la discipline a attiré de nombreux urologues venus d'autres villes de CHU. Les noms cités ici ne représentent donc pas l'offre locale puisque ne sont retenus que les CCA ou Assistants de Montpellier : Nîmes : E. David ; Sète : E. Cuénant ; Béziers : N. Driano, J-P. Dinier, A. Gervorgvian ; Perpignan : A. Smallwood. J-P Calestroupat, P. de Bruynes, S. Fadli ; Carcassonne : F. Vavdin ; Narbonne : J. Bertrand ; Cavaillon : E. Fortier ; Bordeaux : J.L Hoepffner ; Pau : Ph. Chevalier ; Toulouse : A. Alshawi ; Brest : S. Ac'h ; Trappes : D. Rivet ; Rabat : M. Lemseffer ; Guadeloupe : G. Gourtaud

**En conclusion**, de la création des Cliniques Urologiques St Charles en 1921 jusqu'au tournant des années 1980, l'école montpelliéraine a tenu l'urologie de l'Hérault, du Gard, des Pyrénées Orientales et le bassin d'Avignon. Depuis les années 1990, la prédominance ne s'exerce plus que sur la métropole montpelliéraine. Attirés par le Sud et des conditions d'exercice favorables, les urologues de l'hexagone sont venus s'installer dans notre région. L'association JULES animée par A. Faix qui regroupe les urologues du Languedoc et de la Septimanie montre avec le temps le métissage réussi des écoles d'urologie. L'AFU n'y est pas pour rien !

Etienne CUENANT

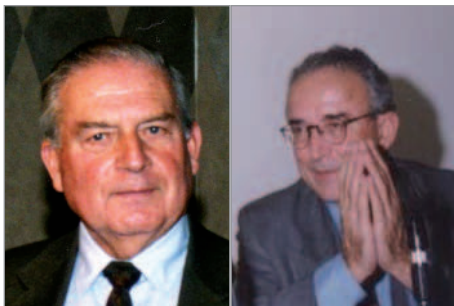


Figure 4. Daniel Grasset

Figure 5. Henri Navratil



Figure 6. L'Hôpital Saint-Charles



Figure 7. L'Hôpital Lapeyronie





Julien  
DEFONTAINES

## La leçon d'anatomie du Docteur Tulp Huile sur toile, Rembrandt, 1632

Afin de poursuivre la série artistique entamée par le Pr Richard lors du dernier numéro, nous parlerons cette fois d'une peinture, probablement la plus célèbre, traitant d'anatomie. Il s'agit, vous l'aurez deviné, de « *La leçon d'anatomie du Docteur Tulp* » réalisée en 1632 par le peintre néerlandais Rembrandt exposée au musée Mauritshuis à la Haye (Pays-Bas).

Cet article est grandement basé sur le travail d'Alain Charles Masquelet pour l'Académie Nationale de Médecine publié en 2011.



### Introduction

Il s'agit probablement du tableau le plus célèbre de Rembrandt (1606-1669) et est celui qui a donné lieu au plus de commentaires autant sur le style artistique (composition en clair-obscur dont on ne voit pas l'origine de la lumière éclairant le cadavre, les visages et mains des protagonistes) que sur sa composition (organisation du tableau en triangle, ellipse dont le centre est la main de Tulp). Tout autant de commentaires sur son contenu et ses interprétations : nous y reviendrons.

Au XVII<sup>e</sup> siècle les provinces des Pays-Bas viennent de se libérer de la tutelle espagnole et deviennent un lieu de tolérance, de savoir mais surtout de prospérité. Le Docteur Tulp est au début du siècle un homme politique important, un chirurgien et anatomiste renommé. Il est aussi et surtout *Praelector* (maître) de la Guilde des chirurgiens (seule entité autorisée depuis 1555 à réaliser des dissections en public dans le théâtre d'anatomie) et est élu pour enseigner les sciences humaines et médicales dont l'anatomie. A travers lui c'est donc toute sa corporation médicale qui souhaite être mise en avant.

En 1632 la guilde des chirurgiens commande au jeune et talentueux Rembrandt, âgé de 26 ans et dont c'est la première grosse commande, une œuvre pour présenter leur travail. Le tableau servira surtout l'égo du principal commanditaire : le Docteur Nicolaes Tulp.

La commande devait être mise en vente au profit de la caisse des veuves de chirurgiens mais le roi Guillaume 1<sup>er</sup> donna l'ordre d'acheter le tableau pour son « *cabinet royal de tableaux* ».

Rembrandt est chargé de réaliser un portrait de groupe orchestré par Tulp, *praelector anatomiae* soit le maître expliquant la dissection. L'occasion est trouvée avec l'exécution d'un condamné, Aris Kindt âgé de 41 ou 28 ans c'est selon, condamné à mort pour vol et meurtre.

Il est pendu et son cadavre est offert (un par an) à la guilde pour la dissection annuelle hivernale (toujours l'hiver à cause des odeurs). Kindt a été choisi car c'est un criminel (il paye sa dette contribuant à son salut), un homme (Amsterdam n'autorise les dissections féminines qu'à partir de 1684) et qu'il est étranger (non citoyen de la ville). Les travaux d'Alain Segal et Teunis Willem Van Heiningen sur la très petite taille du condamné ont évoqué une possible mutation du gène IGF2 ou syndrome de Silver-Russel responsable d'un nanisme harmonieux.

### Description du tableau

Le professeur est détaché et démarqué des autres et porte un chapeau. Il est près du cadavre et tient les instruments à la main. Tous le regardent ce qui est novateur pour la peinture de l'époque.

Le cadavre occupe la place centrale, reçoit la majorité de la lumière et, chose nouvelle, on voit son visage. On peut transposer que le peintre voit la/sa mort en face.

Les assistants sont placés à gauche dans une ellipse dont la main gauche de Tulp est le centre.

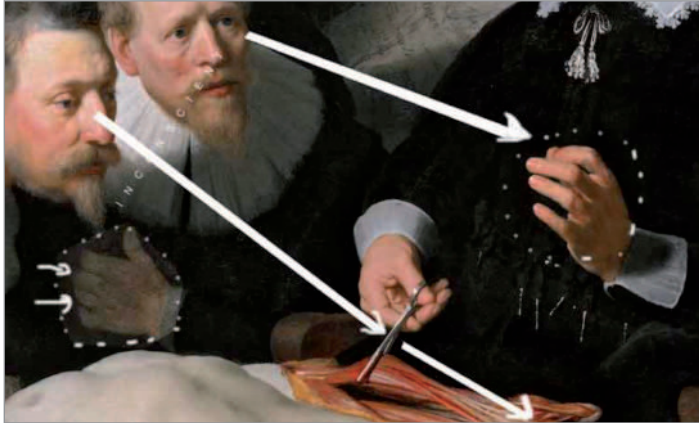
La composition est en triangle dont celui de Tulp est le plus massif : il tient en respect son auditoire.



Hall d'Amsterdam en 1611.  
La leçon aurait eu lieu au 1<sup>er</sup> étage



Les lignes de force du tableau et les regards des assistants convergent vers les mains de Tulp. Attardons-nous un moment dessus :



Tulp tient une pince avec sa main droite qui enserré un corps musculaire (fléchisseur superficiel des doigts) de l'avant-bras gauche du cadavre.

Sa main gauche (dont le poignet est en extension maximum/ articulations métacarpophalangiennes rectitude/ articulation inter-phalangiennes proximales en flexion) n'évoquerait pas un geste rhétorique mais plutôt les conséquences de la contraction du fléchisseur des doigts. Il montre ce qui va se produire et cette main gauche prend alors toute son importance dans l'analyse du tableau.

Pas que de l'anatomie descriptive mais de l'anatomie fonctionnelle/ de la physiologie : « quand je fais ça, il se passe ça » ! La leçon d'anatomie est en fait une leçon de physiologie.



Notons qu'un article, paru en 2006 dans le journal *J Hand Surg Am* par les Docteurs Ijpm et Meek, a refait la dissection sur cadavre frais et laissait entendre des inexactitudes dont une inversion des masses musculaires.

Rassurez-vous, W.G. Sebald avait déjà dans son livre *Les Anneaux de Saturne* (Actes Sud, 1999) noté ces points et tranché pour une simple illusion d'optique liée à la perspective. Rembrandt avait une excellente connaissance de l'anatomie et il n'y aurait pas d'erreur commise. Pour l'histoire, il évoquait également, selon plusieurs sources historiques, la présence du philosophe Descartes dans l'assemblée. Pas impossible à priori.

### Analyse historico-culturelle

Il existe une polémique sur le choix du Tulp de présenter une dissection d'avant-bras.

Pourquoi un anatomiste renommé et en quête de postérité a-t-il choisi un organe déjà tant décrit ? Il semblerait que ce soit pour montrer sa supériorité et singularité par rapport au maître de son maître : le grand Vésale.

Vésale dans son opus « *De humani corporis fabrica* » s'était dessiné en train de disséquer un avant-bras et une main qualifiés de « *primarum medicinae instrumentum* ».

Tulp aurait voulu surpasser Vésale mais également y apporter une différence dans l'analyse de l'organe. Là où Vésale décrivait un organe, Tulp complète avec une analyse de la fonction. Il est un homme du siècle des mouvements en rupture avec le passé.

### Intérêt artistique

Plusieurs points font de ce tableau une œuvre artistique majeure.

Pour commencer, ce tableau s'ancre dans le courant du réalisme propre à l'époque où l'artiste représente la réalité. Une sorte d'anatomiste de l'image en sorte.

Deuxièmement, la composition, novatrice pour l'époque, permettant au spectateur d'être juste derrière le personnage au premier plan. La géométrie en triangle dont nous avons déjà parlé avec le cadavre comme base et Tulp au sommet. Il est la vedette, la star.

Troisièmement, le clair-obscur et le rapport aux couleurs dont le contraste devient un principe pictural intensifiant le sentiment du tableau. Le clair-obscur crée l'espace : les anatomistes sortent de l'ombre, le cadavre est livide mais Tulp et ses mains sont en pleine lumière.

### Conclusion

En plus de qualités artistiques incroyables, ce tableau est une œuvre humaniste majeure.

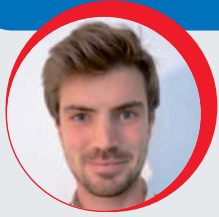
Rembrandt aurait cherché à dépasser l'activité du médecin en le plaçant tel un serviteur de l'humanité qui enseigne aux autres comment la servir.

Les controverses scientifiques n'ont, au final, que peu d'intérêt puisque le tableau s'intéresse plus au vivant et à la symbolique qu'au mort.

Julien DEFONTAINES







Pierre-Luc  
DEQUIREZ

## Retour sur la journée de l'AFUF 2023

Comme chaque année lors du Congrès Français d'Urologie, l'AFUF a accueilli les urologues en formation pour sa journée, lors du mercredi d'ouverture.

Le programme était structuré en quatre thématiques : l'infectiologie, l'oncologie, les opportunités offertes par l'*European Association of Urology* (EAU) aux internes et aux chefs de clinique, et les techniques de prostatectomie radicale non robotisées. Les présentations sont disponibles dans la médiathèque, sur le site de l'AFUF.

### Infectiologie

Qui de mieux placé que des infectiologues pour discuter d'infectiologie ? Merci au réseau des jeunes infectiologues français (RÉJIF) d'avoir bien voulu ouvrir cette journée. Les Dr Kevin Bouiller et Maxime Vallée ont abordé la problématique de la prise en charge des endoprothèses urétérales infectées. En particulier, ils ont rappelé que l'antibiothérapie probabiliste était le Pipéracilline / Tazobactam dans cette situation, et que les indications à changer une endoprothèse en urgence lors d'une pyélonéphrite sont :

- sepsis ou choc septique ;
- dilatation des voies urinaires non connue ou majorée ;
- absence d'amélioration clinique après 72h d'antibiothérapie.

Concernant les infections par *Candida*, l'accent était mis sur la recherche d'une infection systémique, très sévère, et sur la nécessité d'utiliser une antifongothérapie par fluconazole pour des durées supérieures aux durées d'antibiothérapie.

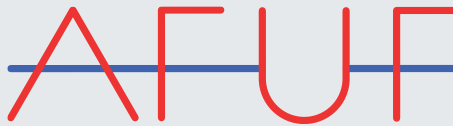
Les Dr Laura Levi et Géraldine Pignot ont ensuite répondu aux principales questions concernant la prise en charge des complications infectieuses de la BCG-thérapie : quand introduire les antibiotiques lors d'une fièvre post-BCG, comment traiter, et quel bilan réaliser en cas de BCGite.

### Oncologie

Cette session a débuté par la présentation des infections à HPV et de ses manifestations génitales par le Pr Pierre-Henri Savoie et le Dr Florence Brunet-Possenti, puis par une

présentation portant sur le bilan diagnostic et les traitements de première ligne des tumeurs de la verge à connaître par les jeunes urologues.

Enfin, le Dr Gautier Marcq a bien voulu conclure en détaillant les points clés pour bien prendre en charge une tumeur des voies excrétrices supérieures : bilan diagnostic complet et actualisé, respect des zones de curage ganglionnaire, importance de l'IPOP pour tous les patients, rôle des chirurgies d'épargne néphronique et anticipation de la chimiothérapie adjuvante.



### Discours du président du congrès, Prix de l'AFUF et UROContest

Après une matinée riche en contenu scientifique, le Pr Michel Soulié, Président du CFU 2023, a développé les éléments importants pour la formation des jeunes urologues et réaffirmé son soutien aux travaux de l'AFUF, ce pour quoi nous l'en remercions chaleureusement !

Notre président, Fayek Taha, a ensuite discerné le prix de l'AFUF au Dr Benjamin Pradère, en reconnaissance de son engagement jamais démenti pour la formation des jeunes urologues qu'il poursuit maintenant au sein des instances nationales. Les travaux de recherche de l'AFUF ainsi que PODC'AFUF ont, en particulier, été lancés sous son mandat de Président de l'AFUF.

Enfin, c'est une équipe mixte nancéo-limougeaude qui a remporté cette édition de l'UROCONTEST 2023, et a donc gagné des places pour l'EAU 2024 qui aura lieu en avril à Paris, bravo à eux !

### Table ronde : l'European Association of Urology (EAU)

Bien que de plus en plus impliquée dans les cursus urologiques à travers les Guidelines

et les webinaires, il est parfois difficile pour les jeunes urologues de savoir comment utiliser au mieux l'EAU dans leur cursus. Au cours de cette table ronde, les Prs Véronique Phé et Evangelos Xylinas, et les Drs Thomas Prudhomme, Gaëlle Margue, et William Berchiche ont discuté de l'intérêt de l'EUREP pour les urologues en formation, la possibilité d'assister à des Masterclass sur des techniques chirurgicales, d'obtenir des bourses pour une mobilité scientifique et/ou médicale. Nous avons également eu une meilleure vision de l'organisation de l'EAU : *Young Academic Urologists*, *European School of Urology*, *European Society of Residents in Urology*, et de leurs projets futurs, en particulier du développement d'un book officiel de procédures chirurgicales à connaître en fin de cursus.

### Prostatectomie ouverte et cœlioscopique : techniques chirurgicales

La session *Techniques chirurgicales* a permis de revenir sur la prostatectomie non robotique, de moins en moins fréquente mais utile en cas de difficulté d'accès au plateau technique ou de contre-indication au robot. Le Pr Stéphane Larré a présenté la technique cœlioscopique et, en particulier, les trucs et astuces afin d'éviter les pièges. Le Dr Matthieu Thoulouzan a ensuite développé la prostatectomie par voie ouverte et, en particulier, comment réaliser une préservation des bandelettes optimale selon cette technique.

### Assemblée générale de l'AFUF

L'assemblée générale de l'AFUF a été l'occasion de faire un état des lieux des aboutissements de l'année (rencontres de l'AFUF à Reims, lancement de la médiathèque, poursuite de PODC'AFUF, etc.) et de ceux qui se poursuivront durant l'année 2024. Nous présenterons à ce sujet un point de mi-mandat détaillé qui sera diffusé à l'occasion du prochain numéro d'UROjonction !

Un grand merci aux orateurs et aux participants, en espérant vous retrouver nombreux l'an prochain pour de nouvelles présentations ainsi que pour l'assemblée générale de l'AFUF qui verra le renouvellement du CA de l'AFUF !

Nous comptons sur votre participation !

Pierre-Luc DEQUIREZ  
Représentant AFUF Nord



Paul MATTE  
(AERIO)Arthur PEYROTTE  
(AFUF)

## Soirée de formation Movember du 21 novembre 2023

Cette année, la soirée de formation AFUF/AERIO de novembre (Movember) était animée par les Prs Durand et Fizazi et consacrée aux cancers du testicule. Il s'agit pour 95 % d'entre eux de tumeurs malignes développées aux dépens des cellules germinales. Cette pathologie peu fréquente (2 200 nouveaux cas/an en France) est réputée pour être de bon pronostic avec une survie globale à 5 ans estimée à 99 % pour les formes localisées et à 70 % pour les formes métastatiques.

Dans ce format de questions/réponses, nous vous proposons de revenir sur quelques points clés qui ont fait l'objet de discussions.

### 1. Quels facteurs peuvent expliquer la stabilité de l'AFP après orchidectomie pour TGNS de stade 1 ?

L'alpha-fœtoprotéine (AFP), bien que non spécifique des tumeurs germinales du testicule (TG), est majoritairement produite par les tumeurs vitellines et le carcinome embryonnaire. Elle n'est pas sécrétée par le séminome ou le choriocarcinome. Sa demi-vie est de 5 à 7 jours avec une décroissance lente. Après orchidectomie pour TG localisée (stade I) avec une AFP élevée en pré-opé-

ratoire, la surveillance de sa décroissance se fera sur plusieurs semaines avant de conclure à une maladie résiduelle. « *Il faut savoir prendre son temps et réévaluer la décroissance* » nous explique le Pr Fizazi. Dans le cas où l'AFP ne revient pas à la normale (ex : stagne autour de 15 pour une normale inférieure à 4 ng/mL), plusieurs hypothèses peuvent être avancées :

- une forme familiale bénigne de sécrétion d'AFP. Son diagnostic se fait par dosage de l'AFP chez les apparentés ;
- une sécrétion d'AFP sans rapport avec la TG (et non retrouvée chez les apparentés), majoritairement représentée par les atteintes hépatiques ;
- un cancer du testicule controlatéral (2 à 3 % de TG sont bilatérales, synchrones ou métachrones) ;
- Une maladie métastatique, mais qui provoquera inévitablement une réascension précoce des taux d'AFP.

### 2. Microcalcifications testiculaires, comment les interpréter ?

La présence de microcalcifications n'est ni nécessaire ni suffisante au développement de TG. Il est important de souligner que 6 % de la population masculine est porteuse de

microcalcifications sans aucune lésion maligne sous-jacente. Plus que la présence de microcalcifications, c'est la quantité et la distribution des microcalcifications et leur association à un syndrome de dysgénésie gonadique (hypospade, hypofertilité, ectopie testiculaire, cryptorchidie, syndrome de Down, etc.) qui doit faire suspecter une TG. Plusieurs classifications ont été proposées pour aider le praticien dans sa prise en charge. Il ne s'agit en aucun cas d'une urgence diagnostique et une simple surveillance peut être proposée. Rappelons que le diagnostic peut être porté par la biopsie testiculaire (réalisée par voie inguinale) dont les risques et les complications ne sont pas négligeables.

### 3. Quels sont les facteurs de risque anatomo-pathologiques d'évolution métastatique après orchidectomie ?

Le risque de récurrence métastatique après orchidectomie est estimé à 25 %. Cette récurrence apparaît en général dans les 2 ans suivant l'intervention, et intéresse préférentiellement le rétropéritoine. Trois facteurs de risque sont historiquement reconnus : la taille tumorale > 4 cm et l'invasion du *rete testis* (communément appelés critères de Warde) pour les TG séminomateuses et l'invasion lymphovasculaire pour les TG non séminomateuses. Il n'existe pas de seuil unique de taille lésionnel à partir duquel le risque de récurrence métastatique est significativement élevé, mais plus la lésion est volumineuse, plus les patients sont à risque de développer une maladie métastatique (Chung *et al.*, Cancer Med, 2015).

### 4. Quel traitement adjuvant pour les séminomes de stade I ?

Comme le Pr Fizazi l'a précisé, la prédiction de la rechute métastatique d'un patient atteint de séminome n'est pas aisée. « Seuls » 17 % des TGS de stade I présenteraient une récurrence à 5 ans ce qui signifie que plus de 8 patients sur 10 seraient traités par excès en cas de traitement adjuvant systématique. Il faudra donc discuter avec le patient des bénéfices et des risques attendus d'un cycle de Carboplatine AUC7. La place de la radiothérapie adjuvante en « *dog leg* » est devenue marginale et n'est plus recommandée en première intention.

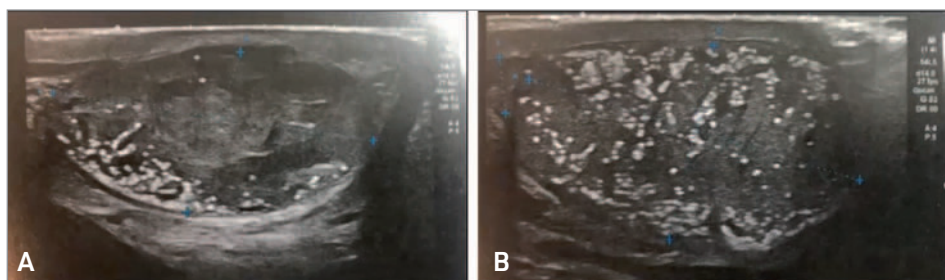


Figure 1 : Échographie scrotale bilatérale, testicules droit (A) et gauche (B). Nombreuses microcalcifications intéressant tout le parenchyme (grade III). Lésion nodulaire, polylobée, hétérogène d'environ 2 cm du testicule droit fortement suspecte.

Recommendation table 2 Recommendations for the management of stage 1 SGCT.	
Level of recommendations for the management of stage 1 SGCT	Level
Surveillance is the recommended option if the patient is compliant	High
One cycle of carboplatin AUC7 chemotherapy may be an option if there is an adjuvant therapy	High
Dogleg radiotherapy is not recommended as a first-line adjuvant therapy	High

Figure 2 : Recommandations du CCAFU sur le traitement adjuvant des séminomes de stade I (Savoie *et al.* Prog Urol 2022).

**5. Quelle place pour l'imagerie métabolique ?**

Il n'existe aucune indication à l'heure actuelle à réaliser une scintigraphie osseuse dans le bilan diagnostique, d'extension ou de récurrence des TG. En revanche, la tomoscintigraphie par émission de positons couplée au scanner (TEP-TDM) a pris une place considérable dans le bilan de réévaluation des TGS métastatiques de bon pronostic depuis l'essai SEMITEP (Loriot *et al.*, Eur Urol, 2022). Dans cet essai français de non-infériorité, les patients atteints de TGS de bon pronostic recevaient 2 cycles d'EP (Etoposide-Cisplatine) puis bénéficiaient d'une TEP-TDM marquée au FDG. Une désescalade thérapeutique était proposée chez les patients avec TEP négative (1 cycle complémentaire de Carboplatine AUC7). Les patients qui présentaient une TEP positive poursuivaient leur traitement par deux cycles d'EP. Le taux de survie sans progression à 3 ans était de 90 % (IC à 95 % : 74,4-96,5 %) dans le groupe EP versus 90,8 % (IC à 95 % : 81,4-95,7) dans le groupe Carboplatine. La neuropathie périphérique et l'ototoxicité étaient significativement plus élevées dans le groupe EP (p < 0,0001 et p = 0,00223 respectivement). Cette désescalade basée sur une TEP négative après deux cycles initiaux semble être une option thérapeutique non inférieure en termes d'efficacité et permettrait de diminuer considérablement les toxicités chimio-induites.

**6. Quand opérer les masses résiduelles ? TGS versus TGNS**

On parle ici de patients avec une maladie métastatique chez qui des lésions supra-centimétriques persistent après plusieurs cycles de chimiothérapie malgré des marqueurs normalisés.

Concernant les TGS, une prise en charge chirurgicale des masses résiduelles est indiquée en cas de lésions de plus de 3 cm fixant au PET-FDG. Ce dernier doit être réalisé avec

un délai minimum de 6 semaines voire 3 mois après la fin de la chimiothérapie. En cas de lésion douteuse (taille limite, fixation équivoque), une surveillance peut être proposée.

À l'inverse, cette situation peut concerner jusqu'à 40 % des patients atteints de TGNS métastatique et sa prise en charge ne peut être différée. En cas de lésion supra-centimétrique, le traitement sera chirurgical et les limites du curage dépendront du territoire des lésions visualisées. Dans la situation de masses résiduelles rétropéritonéales, le curage standard est délimité par les pédicules rénaux en haut, les axes vasculaires iliaques en bas, le ligament prévertébral en arrière et les uretères latéralement. En moyenne, l'analyse définitive retrouve 10 % de tumeur active et 30 % de tératome non sécrétant. Certains patients (adénopathie < 5 cm, homolatérale à la lésion primitive et sans adénopathie inter-aortico-cave) peuvent bénéficier de curages restreints (dits unilatéral modifié droite ou gauche) afin de diminuer la morbidité péri-opératoire, et notamment de réduire le risque d'éjaculation rétrograde.

**7. Quelle prise en charge pour les TGNS métastatiques de mauvais pronostic ?**

Il arrive que l'orchidectomie première n'ait pas sa place dans la prise en charge des TG. C'est notamment le cas des TGNS métastatiques de mauvais pronostic. En cas d'atteinte pulmonaire symptomatique, le diagnostic se fera devant la découverte de lésions évocatrices à l'imagerie associées à des marqueurs tumoraux élevés chez un patient jeune. Il s'agit alors d'une urgence thérapeutique et le traitement consistera en une chimiothérapie réalisée en réanimation en raison du risque de détresse respiratoire. Le protocole de chimiothérapie sera adapté afin de diminuer le risque de relargage cytokinique lié à la lyse tumorale (EP à dose réduite, perfusé sur 2 ou 3 jours plutôt que 5, et sans Bléomycine). Une fois la phase critique passée, le bilan d'extension comprendra une image-

rie cérébrale (atteinte encéphalique fréquente dans cette situation). La réévaluation précoce des marqueurs tumoraux (AFP et HCG) permettra d'adapter les traitements ultérieurs. L'étude GETUG 13, essai multicentrique de phase III, a randomisé 254 patients atteints de TGNS de mauvais pronostic en fonction de leur réponse biochimique à 3 semaines d'un premier cycle de BEP (Fizazi *et al.* Lancet Oncol, 2014). Les patients qui avaient une cinétique favorable poursuivaient leur traitement par 3 cycles supplémentaires de BEP (protocole standard). Les patients dont les marqueurs avaient une cinétique défavorable étaient randomisés entre 3 cycles de BEP (bras contrôle) et une chimiothérapie intensifiée (bras dose dense). La survie sans maladie à 3 ans était de 59 % (IC à 95 % : 49-68 %) dans le bras dose dense versus 48 % (38-59 %) dans le bras contrôle (HR 0,66 ; IC à 95 % 0,44-1,00 ; p=0,05). Le protocole de chimiothérapie intensifiée pour les patients atteints de TGNS métastatique de mauvais pronostic ne répondant pas à un premier cycle de BEP est aujourd'hui devenu le *gold standard*.

Ces soirées réalisées en partenariat avec l'AERIO et dédiées à la formation des jeunes urologues, oncologues médicaux et radiothérapeutes sont l'occasion d'apprendre dans une ambiance chaleureuse et conviviale et de développer des relations avec nos futures confrères. L'AFUF est avide de telles collaborations et tient à remercier chaleureusement les différents intervenants, notamment les professeurs Xavier Durand et Karim Fizazi pour leur sollicitude et leur disponibilité. De nombreux événements sont en cours de préparation, non spécialement dédiés à l'onco-urologie, et devraient voir le jour prochainement.

Internes, assistants et chefs de clinique, *stay tuned...*

Paul MATTE, Arthur PEYROTTE

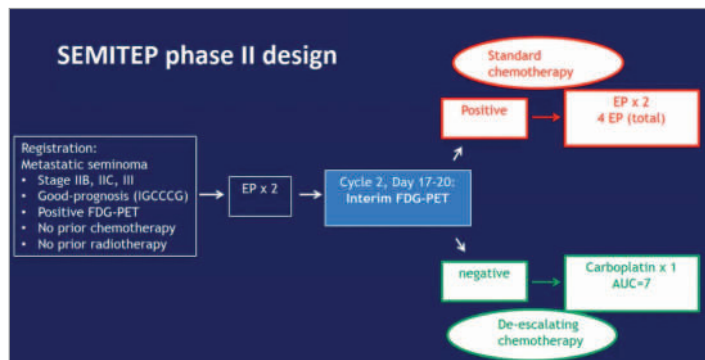


Figure 3 : Design de l'essai randomisé de phase III français SEMITEP

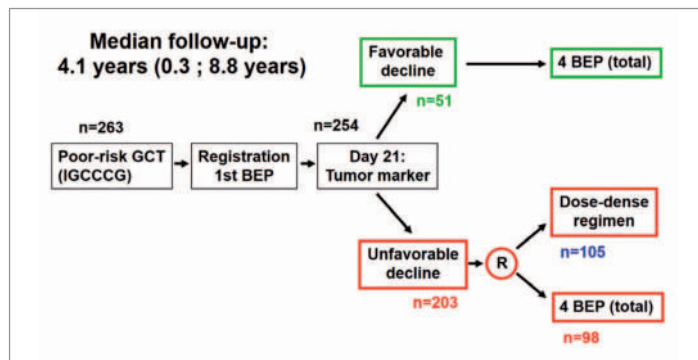


Figure 4 : Design de l'essai de phase III GETUG 13

Vanessa  
AVRILLONStéphane  
BARTBertrand  
POGU

L'équipe de l'OA-AFU

# 16<sup>e</sup> Journée URORISQ - OA-AFU

Samedi 9 mars 2024

## Journée en présentiel et distanciel

Maison de l'Urologie - 11 rue Viète - 75017 Paris

La participation à l'ensemble de la réunion est nécessaire pour valider la formation.  
La présence à la journée URORISQ valide une activité de formation du référentiel risque urologie.

### Comité d'organisation

Vanessa AVRILLON, Stéphane BART, Xavier GAMÉ, Bertrand POGU, Didier LEGEAIS, Frédéric VAVDIN

## PROGRAMME

### MATIN

10h00-10h15 **INTRODUCTION**  
Alexandre de la TAILLE, Président de l'AFU

10h15-10h45 **ACTUALITÉS - RECOMMANDATIONS**  
• Nouvelles recommandations sur l'antibioprophylaxie

10h45-11h45 **ACTUALITÉS - TABLE RONDE**  
• Solution Sécurité Patient : « Situation tunnelisante »

11h45-12h15 **EXPÉRIENCE D'UNE ÉQUIPE ACCRÉDITÉE**  
• Journée de pré-habilitation prostatectomie

12h15-12h30 **APPLICATION EN UROLOGIE**  
• Betty Care : un exemple d'information de suivi et d'évaluation des pratiques

12h30-14h00 **Pause**

### APRÈS-MIDI

14h00-14h30 **RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE**  
• L'information du patient en situation d'urgence

14h30-15h00 **RETOUR D'EXÉRIENCE**  
• Chirurgie cœlioscopique robot-assistée

15h00-15h45 **MISE AU POINT**  
• Gestion péri-opératoire des AAP et anti-coagulants

15h45-16h15 **SANTÉ DE L'UROLOGUE**  
• Préparation mentale et physique du chirurgien

16h15-16h30 **CONCLUSION**

16h35 **Fin de la formation**