# Chirurgie urologique

Bureau de la Collégiale :
- P[r] Chartier-Kastler, psl, président ;
- P[r] De la Taille, hmn, secrétaire général ;
- P[r] Desgrandchamps, sls, trésorier ;
- D[r] Hammoudi, bct, secrétaire général adjoint.

L'urologie est une spécialité médico-chirugicale ayant à traiter les maladies de l'appareil urinaire et de l'appareil génital masculin.
À ce titre l'urologie prend en charge les surspécialités de l'urologie, qui sont par ordre alphabétique :
- andrologie et sexologie ;
- cancérologie (rein, voie excrétrice, vessie, prostate, testicule) ;
- endo-urologie et lithiase ;
- neuro-urologie ;
- transplantation rénale et chirurgie de l'insuffisance rénale chronique (IRC) ;
- traumatologie et urgences ;
- troubles mictionnels de l'homme et hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) ;
- urologie fonctionnelle et reconstructrice (incontinence urinaire) ;
- urologie pédiatrique (*v*. Chirurgie pédiatrique).

Une attention particulière doit être portée sur l'oncologie : la cancérologie urologique représente plus de 50 % de l'activité d'un urologue « généraliste », libéral ou hospitalier ; elle exclut les tumeurs urologiques de l'enfant prises en charge dans l'univers uropédiatrique.

**Activités d'urologie assurées et dûment organisées et/ou universitarisées à l'AP-HP**
X, activité authentique ; 0, aucune activité ; - activité de routine sans programme dédié

| | Andrologie, sexologie, fertilité | Cancéro-logie | Endo-urologie lithiase | Neuro-urologie | Urologie fonct[elle] hors neuro-logie | Trauma-tologie lourde | Prostate bénigne | Trans-planta-tion ré-nale | Uro-pédia-trie | Urgences urolgoiques en PDS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Psl** | X | X | X | X | X | X | X | X | 0 | X |
| **Tnn** | X | X | X | - | X | - | X | X | 0 | X |
| **Cch** | X | X | X | 0 | - | - | X | 0 | 0 | X |
| **Egp** | - | X | - | 0 | - | X | - | X | O | X |
| **Bct** | X | X | - | 0 | - | - | - | X | 0 | X |
| **Hmn** | - | X | - | 0 | X | X | X | X | 0 | X |
| **Sls** | - | X | X | 0 | - | - | X | X | 0 | X |
| **Bch** | X | X | - | 0 | X | X | X | 0 | 0 | X |

La spécificité des services d'urologie de l'AP-HP (8 services) est qu'à l'heure actuelle ils assurent tous (en tant qu'activité fléchée et le plus souvent universitarisée) une activité de cancérologie, pilier commun de leur activité avec les urgences et l'endo-urologie. La taille des équipes et

leurs objectifs expliquent ensuite que certains couvrent tous les champs de la discipline et que d'autres aient délibérément choisis de se restreindre.
Les urologues de l'AP-HP réalisent 32 % des actes d'onco-urologie de la région parisienne et représentent la seconde activité de cancérologie de l'AP-HP. La croissance est de 0,5 % par an avec un nombre de séjours en 2012 de 4 847 (DIM siège).
Deux équipes de recherche fondamentale centrées sur l'onco-urologie sont dirigées par deux urologues à l'Institut universitaire de cancérologie Paris 6 (site psl Pr CUSSENOT, GRC5) et à Mondor (Pr DE LA TAILLE), dont la seconde est labélisée INSERM depuis plus de 10 ans.
Multidisciplinaire par essence, cette activité nécessite que chaque équipe d'urologie soit adossée à une équipe oncologique forte et possède une taille critique minimale permettant d'assurer la chirurgie oncologique stricto sensu et la chirurgie de reconstruction quand elle est nécessaire, soit sur place, soit par un réseau entre équipes dûment structurées, ainsi que les urgences qui lui sont liées (oncologiques, radiothérapie et chirurgie).

## Offre de soins de l'AP-HP

Il y a 8 services d'urologie à l'AP-HP de volumes inégaux et qui n'assurent pas tous toutes les surspécialités de l'urologie.
L'activité est résumée dans le tableau suivant : (source AP-HP, CME 2013)

| Hôpital | HC | | | | | HP | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2010 | 2011 | 2012 | Croissance 2010/2012 | Croissance 2011/2012 | 2010 | 2011 | 2012 | Croissance 2010/2012 |
| Bicetre | 1 639 | 1 671 | 1 727 | 3,4% | 3,4% | 467 | 340 | 228 | -51,2% |
| Bichat | 1 569 | 1 608 | 1 619 | 3,2% | 0,7% | 426 | 479 | 454 | 6,6% |
| Cochin | 2 903 | 3 157 | 2 949 | 1,6% | -6,6% | | | | 0,0% |
| Mondor | 2 424 | 2 350 | 2 190 | -9,7% | -6,8% | 707 | 888 | 678 | -4,1% |
| Necker | 550 | | | | | 223 | | | |
| Pitie Salpetriere | 3 329 | 3 240 | 3 607 | 8,4% | 11,3% | 1 225 | 704 | 745 | -39,2% |
| HEGP | 971 | 1 889 | 1 984 | 104,3% | 5,0% | 244 | 465 | 417 | 70,9% |
| Saint Louis | 1 949 | 2 113 | 1 917 | -1,6% | -9,3% | 444 | 517 | 587 | 32,2% |
| Tenon | 3 272 | 3 386 | 3 089 | -5,6% | -8,8% | 452 | 552 | 882 | 95,1% |
| **AP-HP** | **18 606** | **19 414** | **19 082** | **2,6%** | **-1,7%** | **4 188** | **3 945** | **3 991** | **-4,7%** |

La taille des équipes est variable et va de la plus réduite, comprenant 1 PU-PH, 1 MCU-PH et 2 PH, aux plus importantes, comprenant 3 ou 4 PU-PH, 3 PH tpl, 4 CCA, 1 AH, ce qui rend compte des écarts d'activités.
La question de la taille critique universitaire et hospitalière d'une équipe d'urologie de l'AP-HP mérite d'être posée et analysée en fonction des objectifs souhaités et des surspécialités authentiquement assurées et fléchées. La taille minimale d'une équipe HU est probablement de 3 HU, 1 H, 4 CCA ou AH et 5 internes.

## Modalités de prise en charge

L'analyse du précédent tableau permet de se rendre compte des variations d'activités liées aux structures et a leurs objectifs. Tous les services ont actuellement une place authentique dans leur bassin de population. Les partages d'activités de PDS et universitaires montrent la volonté affichée depuis plusieurs années d'aller vers une mutualisation des moyens, quels que soient les sites immobiliers, pour assurer dans chaque zone géographique une prise en charge homogène pour la population. La création d'un service d'urologie dans un projet d'hôpital Nord devra faire revoir les objectifs fixés aux structures existantes, sans qu'il soit possible a ce jour de prévoir aucun projet plus avancé.
Si l'évolution vers l'ambulatoire doit être promue elle ne concernera pas 50 % de l'activité de la discipline à 5 ans, pour des raisons liées aux actes et aux structures d'HdJ existantes et dûment actées. Seuls egp et bct ont des structures immobilières organisées à cette fin, non spécifiques de l'urologie.
L'hospitalisation complète doit pouvoir être organisée avec un poste de temps plein médical (type médecine générale) par service, assurant la qualité de la prise en charge médicale due a nos patients hospitalisés et non assurée par les anesthésistes ou les urologues eux mêmes. Il n'est plus concevable de voir l'HC sous la responsabilité des urologues et de leurs internes quand on sait la complexité des patients ainsi hospitalisés, la polypathologie et l'importance de l'accueil par les urgences, non compatibles avec l'alternance consultations/bloc opératoire de la vie urologique.

## Démographie médicale

L'urologie est particulièrement bien choisie par les DES et fait l'objet d'une forte pression sur ses postes de CCA. Non filiarisée, la spécialité est attentive à homogénéiser les flux de formation par les actions du coordonateur régional du DESC (Pr MEJEAN).
Il y a environ 25 à 27 postes de CCA et assistants spécialistes selon les périodes et les projets de services incluant des PHU.
Hors des périodes de non-contrôle des entrées dans la spécialité, ces postes sont strictement nécessaires au renouvellement de la spécialité et ne sauraient être réduits dans une spécialité dont les potentiels de développement des activités sont importants (entre autres) :

- urogériatrie fonctionnelle et cancérologique,
- incontinence urinaire,
- transplantation rénale à renforcer avec cœurs arrêtés et DVA.

## Coopérations intra et extrahospitalières

Les réseaux de PDS sont clairement affichés désormais. Les centres développent des coopérations territoriales avec les CH d'Île-de-France selon leur demande : accès a la robotique, défaut de référencement cancérologique et d'agrément chirurgie lourde, etc.

## Innovations diagnostiques et thérapeutiques

Cette donnée est visible avec la robotique qui a transformé les flux de patients et les durées d'hospitalisations dans la même veine que la chirurgie cœlioscopique en général. L'urologie modifie ses modalités de prise en charge de façon majeure avec un cycle d'environ 10 ans. Quelques exemples suffisent comme la diminution majeure d'utilisation de la lithotritie extracorporelle pour l'urétéroscopie avec un plateau technique devenu complexe et couteux, etc.
Toutes ces transformations ne sont pas prévisibles, mais elles imposent de prévoir une souplesse d'adaptation des plateaux techniques (moins de deux ans), qu'il s'agisse des blocs opératoires ou des plateaux techniques ambulatoires et d'explorations externes.
La collégiale demande de mettre en place sa propre cellule d'expérimentation dans le but de pouvoir rapidement agir en cas d'apparition de nouvelles modalités de prise en charge et permettre à l'AP-HP de ne pas laisser la concurrence prendre une place indûment abandonnée par le CHU…
L'activité diagnostique tient une part particulièrement importante en urologie. Elle nécessite une nouvelle organisation des plateaux de consultations externes et avec gestes techniques. Leurs capacités doivent être augmentées et renforcées en proportion de la réduction attendue, lente et progressive, des lits d'HC du fait de la diminution des durées d'hospitalisation.

## Recherche clinique et translationnelle

La recherche clinique, souhaitée et développée dans la majorité des centres, doit faire l'objet d'une sanctuarisation.
L'attribution d'un technicien d'étude clinique dédié à chaque service est à envisager pour gérer les études cliniques industrielles, institutionnelles, ministérielles ou de cohortes locales.
Les équipes s'inscrivent désormais dans la construction de bases prospectives améliorant le niveau de preuve des travaux.
Les équipes d'urologie sont historiquement bien classées (*Progrès en urologie*. 2012 ; 22 : 182—188) au niveau des points SIGAPS et sont organisées pour maintenir cet objectif.

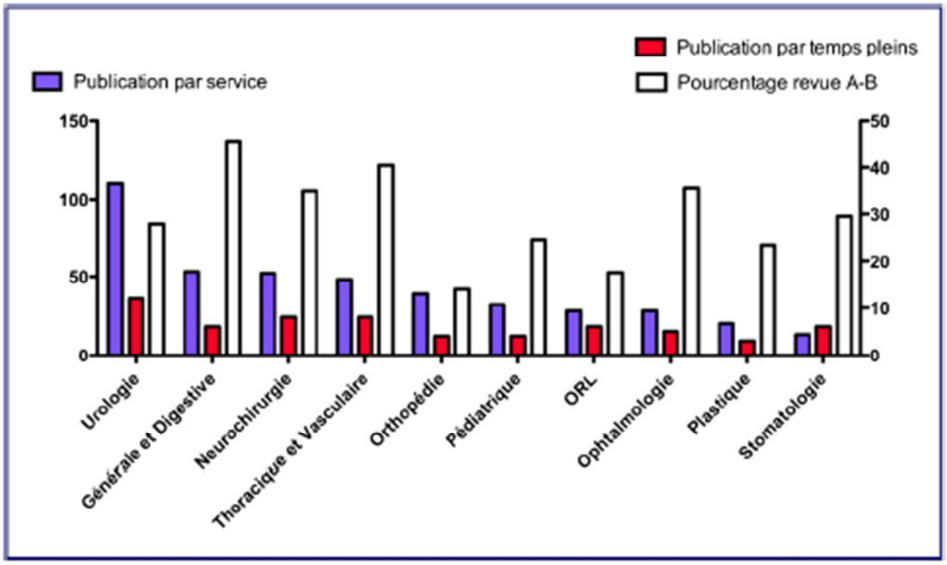


Figure 1. Classement des spécialités chirurgicales selon le nombre de publications par service (axe des ordonnées de gauche), par chirurgiens et pourcentage de publications dans des revues de rang A et B (axe des ordonnées de droite).

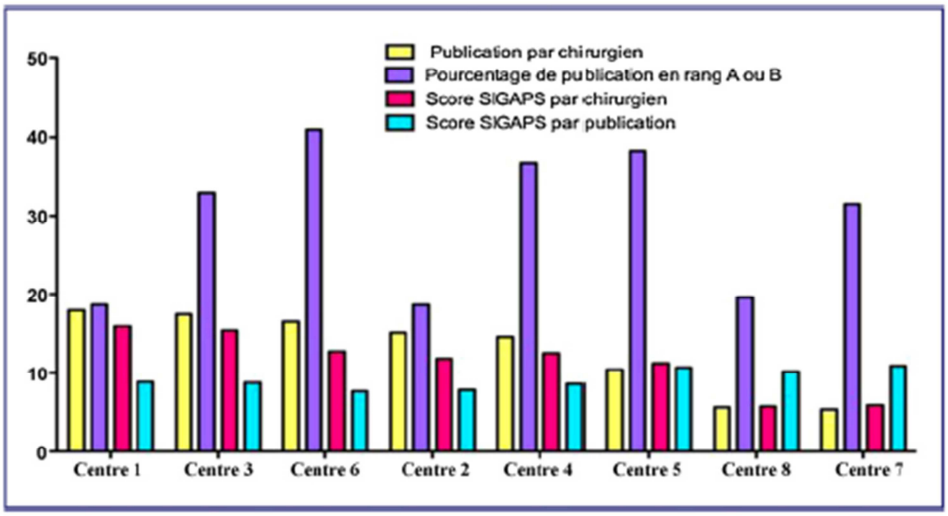


Figure 2. Représentation graphique de la production scientifique des services d'Urologie de l'AP-HP anonymisés en fonction de certains critères qualitatifs ou quantitatifs.

## Concurrence hors AP-HP

Elle est forte et représente une vraie menace pour les activités qui ne sont pas du soin de recours (par exemple, transplantation rénale, neuro-urologie, traumatologie). La concurrence purement libérale ou exercée par les ESPIC impose une vigilance permanente et une vraie réflexion sur la place à donner pour des coopérations territoriales efficaces.
Elle est majeure en cancérologie et réelle en urologie fonctionnelle ou en endo-urologie.

## Restructurations

Des restructurations devront avoir lieu, dont l'échéance ne peut être actuellement prévue (contraintes immobilières et de blocs opératoires).

Elles ont débuté par la réorganisation de la PDS en urologie et par le projet de réorganiser dans les 5 ans les gardes de greffes d'organes et prélèvements.

## Aspects universitaires

Tous les universitaires d'urologie ont tissé des liens avec l'étranger et ont une mobilité universitaire hors du territoire national permettant d'entretenir des réseaux de recherche internationaux.
L'enseignement du Collège d'urologie assure une formation initiale de qualité qui, en association aux cours de DESC, garantit aux jeunes un niveau homogène de préparation à l'exercice. Le développement de plateformes d'enseignement virtuel est à l'ordre du jour, ainsi que l'utilisation de l'intelligence artificielle. L'objectif de la collégiale est de promouvoir ces techniques pédagogiques pour la discipline au niveau de l'AP-HP.