

Trimestriel n° 31
Septembre / Octobre 2005

CPPAP n° 1203 T 81023
ISSN n° 1286-2185

**Revue diffusée nominativement
à 10 000 exemplaires**

IMPRIMERIE : DUMAS TITOULET 42000 SAINT-ETIENNE
MAQUETTE : ATELIER EQUIPAGE - MARSEILLE
DIRECTEUR DE LA RÉDACTION : J.-P. LELLOUCH
COORDINATION PRESSE : VÉRONIQUE VIARRE
SERVICE PRESSE : LAURENT DE VILLEPIN
ENQUÊTES MÉDICALES : ARICK SON LELLOUCH
ESPACE ET DÉVELOPPEMENT : FRANCK BENJAMIN

**LES MAÎTRES D'OUVRAGE ET LES PARTENAIRES
D'OFFICIEL SANTÉ FIGURENT EN PAGES 6 ET 7**

RÉDACTEUR EN CHEF :
FRANÇOIS AUBART

DOSSIER SCIENTIFIQUE :
PR EMMANUEL CHARTIER-KASTLER

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
STEPHAN J.P. LELLOUCH
officielsante@wanadoo.fr

RÉALISATION : NETCOM MEDICAL

COORDINATION ÉDITORIALE :
P.E.C (PRESSE ÉDITION COMMUNICATION)
14, BD DU COMMANDEUR - 13009 MARSEILLE
Tél : 04 96 20 06 06 - Fax : 04 96 20 06 09



**Le mot
du Rédacteur
en chef**

Nous avons annoncé dans le précédent numéro, la publication d'une interview de Xavier Bertrand, ministre de la santé et de la solidarité.

Les événements en ont décidé autrement. C'est donc dans le prochain numéro d'Officiel Santé que notre ministre explicitera ses objectifs sur l'hôpital... démographie, statuts, accès aux soins, financement et T2A ...
... les sujets sont chauds et appellent à des engagements urgents.

François Aubart,
président de la CMH

**Officiel
santé**

Actualités hospitalières

S O M M A I R E

5 Editorial

Grippe aviaire : chronique d'une pandémie annoncée

7 Actualités Pharmaceutiques



10 Grippe aviaire : comment faire face à la menace ?
extraits du livre « Pandémie, la grande menace »

12 Grippe aviaire : Post-scriptum
un entretien avec le Pr J. Ph. Derenne

13 Université d'automne
CMH, SNAM HP, UCCSF Alliance

21 La part variable complémentaire de rémunération entre à l'hôpital
une interview du Dr F. Aubart, président de la CMH

22 Le SNPHPU : un syndicat au service de la sécurité sanitaire des patients, hier, aujourd'hui et demain
par le Pr Ph. Arnaud et les membres du CA

Dossier scientifique

24 Urologie



24 Editorial du Pr Christian Coulange
*Président de l'AFU
(Association Française d'Urologie)*

25 Le cancer du rein : le traitement chirurgical de première ligne
*par le Dr A. Méjean, urologie de l'AFU
et le Comité de Cancé*



30 Le cancer de la prostate : 20 ans de PSA et une incidence en forte augmentation
*par le Dr R. Ancelle-Park, épidémiologiste, InVS - St-Maurice,
et présidente du groupe de travail
sur le cancer de la prostate,
recommandations de la Haute Autorité de Santé*

39 La prise en charge de la dysfonction érectile et de l'« andropause » en urologie
par le Dr P. Bondil, CHG Chambéry

47 Stratégie actuelle de prise en charge de la lithiase urinaire
par le Dr P. Méria, hôpital St-Louis, APHP

50 Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale
recommandations de la Haute Autorité de Santé

Grippe aviaire

chronique d'une pandémie annoncée

En choisissant ce titre éditorial, nous souhaitons éviter une posture d'incrédulité telle qu'on avait pu l'observer durant l'été caniculaire mais aussi éviter d'alimenter le jeu des crieurs au loups qui surfent volontiers sur les catastrophes opportunes.

Nous avons choisi de consacrer un dossier à la grippe aviaire car les données scientifiques dont nous disposons indiquent que la question n'est pas de savoir si l'évolution virale conduira ou non à une pandémie mais bien quand celle-ci surviendra. Que ce soit dans 10 semaines, au printemps 2006 ou à l'hiver 2007 ce n'est pas le principe de précaution qui doit mobiliser la communauté hospitalière mais bien le principe de réalité.

Le premier des enjeux est à court terme la vaccination contre la grippe saisonnière. Cet enjeu de santé public n'est pas entendu à l'hôpital. Moins de 20 % des hospitaliers sont vaccinés alors que cette vaccination devrait être obligatoire. Le contexte d'alerte a provoqué une première déstabilisation qui va s'avérer positive. Les stocks de vaccins contre la grippe sont (temporairement) épuisés. Cela va obliger, tout au long de la chaîne, à adapter des capacités de production et de diffusion du vaccin qui seront indispensables dans d'autres circonstances.

Au-delà, les hôpitaux ont reçu (et le plus souvent payé) des centaines de milliers de masques FFP2.

Probablement inscrits dans une recherche d'autonomie française de production de masque, cette démarche n'a eu qu'un mérite, celle d'interroger concrètement les hospitaliers sur le sujet. Car en fait, ces dépôts n'ont été

accompagnés d'aucune pédagogie ni conseil de distribution, de calendrier de mise en œuvre en fonction des niveaux d'alerte déjà établis. Il en est ainsi, des stocks d'antiviraux (tamiflu) judicieusement placés sous contrôle militaire. La communauté médicale hospitalière a toujours su faire preuve de dévouement, d'engagement et de mobilisation face aux situations de crise. En terme de grippe, il ne s'agira pas de plan blanc. Au rythme de 100 000 à 150 000 hospitalisations hebdomadaires pendant la pandémie aviaire d'environ 3 mois (renouvelable), c'est le système dans son entier qu'il faut mettre en position de fonctionnement exceptionnel. Dans cette affaire, l'hôpital sera l'aval des prises en charge à domicile et des zones de tri organisées aux lisières de l'hospitalisation. Il est aussi vraisemblable que les besoins capacitaires justifieront des mesures exceptionnelles en terme de locaux, matériels et dispositifs médicaux.

Le plan gouvernemental contre la grippe aviaire est déjà structuré. Mais son volet hospitalier reste bien maigre au moment où nous bouclons cet éditorial. A court terme, la priorité doit être donnée à l'information des hospitaliers. Dans le même temps, les établissements se mobiliseront et s'organiseront. Encore faut-il que l'état joue son rôle, que des règles, des procédures et... des financements soient apportés aux hôpitaux.

Dr François Aubart
Président de la CMH

LES PARTENAIRES D'OFFICIE

DÉLÉGUÉS RÉGIONAUX DE LA CMH

Alsace	Dr LAEDLEINN-GREILSAMMER	CHU Mulhouse	03 89 64 87 25
Alsace	Pr Gabrielle PAULI	CHU Strasbourg	03 88 11 68 56
Antilles	Dr L. MERAULT	CHU P.-à-Pitre	
Aquitaine	Dr Pierre FIALON	CHU Bordeaux	05 56 79 58 37
Aquitaine	Dr P. SIMON	CHU Bordeaux	05 56 56 35 05
Auvergne	Dr J.P. MABRUT	CHU Clermont-Ferrand	04 73 43 55 19
Auvergne	Pr D. CAILLAUD	CHU Clermont-Ferrand	04 73 75 16 53
Basse-Normandie	Pr F. BUREAU	CHU Caen	02 31 06 65 40
Basse-Normandie	Dr A. DANJOU	CH Bayeux	02 31 51 51 28
Bourgogne	Dr A. LAROME	CHU Dijon	03 80 42 48 48
Bourgogne	Dr PATOURAUX	CH Pougues les Eaux	03 86 60 60 05
Bretagne	Dr LENOT	CH Saint Brieuc	02 96 01 70 55
Bretagne	Pr P. SADO	CH Rennes	02 99 33 39 00
Centre	Dr Th. DUFOUR	CHR Orléans	02 38 51 47 24
Centre	Dr BOULAIN	CHR Orléans	02 38 22 95 57
Champ.-Ardennes	Pr M. GUENOUNOU	CHU Reims	03 56 91 37 24
Champ.-Ardennes	Dr Paul MEEKEL	CH Troyes	03 25 49 49 37
Corse	Dr F. CICHERI	CHI Corte	04 95 47 29 18
Corse	Dr J. AMADEI	CHG Bastia	04 95 55 11 11
Franche-Comté	Dr A. DEPIERRE	CHU Besançon	03 81 66 81 66
Franche-Comté	Dr A. KARA	CH Belfort	03 84 58 15 15
Haute-Normandie	Dr Ch. NAVARRE	CH du Rouvray	02 32 95 11 01
Haute-Normandie	Dr Loïc FAVENNEC	Hôpital Ch. Nicolle	02 32 88 66 39
Ile-de-France	Pr D. VIGNON	CH Foch-Suresnes	01 46 25 28 27
Ile-de-France	Dr J.L. BOURDAIN	CH F. Quesnay	01 34 97 40 68
Langu.-Roussillon	Pr Jean-Pierre BALI	CHU Montpellier	04 67 54 33 44
Langu.-Roussillon	Dr Eric BOGAERT	CHS Thuir	04 68 04 79 01
Langu.-Roussillon	Dr Charles ARICH	CHU Nîmes	04 66 68 33 88
Limousin	Pr B. MELLONI	CHU Limoges	05 55 05 68 81
Limousin	Dr M. HABRIAS	CH Bourgneuf	05 55 54 51 44
Lorraine	Dr H. LAMBERT	CHU Nancy	03 83 85 20 59
Lorraine	Pr P.E. BOLLAERT	CHU Nancy	03 83 85 14 94
Midi-Pyrénées	Dr A. CAUDRILLIER	CH Lannemezan	05 62 99 55 70
Midi-Pyrénées	Pr Ph. COURRIERE	CAC Toulouse	
Nord	Dr H. BARBIEUX	CH Roubaix	03 20 99 31 76
Nord	Pr F. FOURRIER	CHR Lille	03 20 44 64 35
Pays-de-Loire	Dr A. MERCAT	CHU d'Angers	02 41 35 38 15
Pays-de-Loire	Dr F.X. LEBAS	CH Le Mans	02 43 43 25 43
Picardie	Dr F. MARTIN	CH Compiègne	03 44 23 62 71
Picardie	Dr P.Y. LALLEMENT	CH Soissons	03 23 75 74 34
Poitou-Charentes	Dr L. ROUX	CH Saintes	05 46 92 76 56
Poitou-Charentes	Dr A. RAULT	CH Niort	05 49 32 79 79
PACA	Dr R. JULIEN	CHS Marseille	04 91 87 67 34
PACA	Dr M.H. BERTOCCHIO	CH Aix en Provence	04 42 16 16 38
Rhône-Alpes	Pr Gilles AULAGNER	CHU Lyon	04 72 35 73 07
Rhône-Alpes	Dr Dominique TREPO	CHU Lyon	04 72 11 06 22

COORDINATION MÉDICALE HOSPITALIERE

Président : Dr F. Aubart

CHI Simone Veil (Eaubonne Montmorency)

Tél : 01 34 06 61 21 - Fax : 01 34 06 61 29

e-mail : Francois.Aubart@wanadoo.fr

Vice-Présidents :

Pr G. Aulagner, Dr F. Fraisse, Pr C. Gibert,
Pr JG. Gobert, Dr M. Marchand, Dr JM. Vetel

Secrétaires :

Dr M. Vaubourdolle

Hôpital St Antoine /APHP

184, rue Saint Antoine - 75012 Paris

Tél : 01 49 28 22 23 - Fax : 01 49 28 20 70

e-mail : michel.vaubourdolle@sat.aphp.fr

Dr JP Garnier - Hôpital Saint Louis /APHP

Délégués généraux :

Dr N. Skurnik - Neuilly sur Marne

e-mail : nskurnik@yahoo.fr

Dr B. Mangola - CH Mâcon

e-mail : brmangola@ch-macon.fr

Trésorière :

Dr P. Suter - CHG d'Argenteuil

Tél : 01 34 23 27 21

Fédération nationale des syndicats de praticiens biologistes hospitaliers et hospitalo-universitaires FNSPBHU

Président : Pr J.-G. Gobert

Tél : 01 42 16 26 52 - Fax : 01 42 16 26 54

e-mail : jean-gerard.gobert@psl.ap-hop-paris.fr

Syndicat des pneumologues hospitaliers SPH

Président : Dr P. Laurent

Tél : 05 59 92 47 23 - Fax : 05 59 92 48 50

e-mail : philippe.laurent@ch-pau.fr

Syndicat de la médecine hospitalière SMH

Président : Dr J.-L. Bourdain

Tél : 01 34 97 40 68 - Fax : 01 34 97 42 91

e-mail : j-l.bourdain@ch-mantes-la-jolie.rss.fr

Syndicat national des praticiens attachés SYNPA

Président : Dr M. Marchand

Tél : 01 40 03 24 71

e-mail : martine.marchand@rdb.ap-hop-paris.fr

**Syndicat national des
pharmaciens praticiens hospitaliers et
praticiens hospitaliers universitaires SNPHPU**

Président : Pr Philippe Arnaud

Tél : 01 40 25 80 18 - Fax : 01 42 63 58 25

e-mail : philippe.arnaud@bch.aph.fr

**Collégiale des médecins légistes hospitaliers
et hospitalo universitaires CMLHHU**

Président : Dr M. Debout

Tél : 04 77 12 05 23

e-mail : patrick.chariot@htd.ap-hop-paris.fr

Syndicat des chirurgiens hospitaliers SCH

Président : Dr T. Dufour

Tél : 02 38 51 47 24 - Fax : 02 38 51 41 41

e-mail : thierry.dufour@chr-orleans.fr

**Syndicat national des chirurgiens
anciens CU et CES SNCACC**

Président : Dr J.F. Dilhas

Tél : 01 64 92 92 92

e-mail : sncacc@aol.com

Syndicat des psychiatres de secteurs SPS

Président : Dr N. Skurnik

Tél : 01 49 44 40 40 - Fax : 01 40 30 40 61

e-mail : nskurnik@yahoo.fr

Syndicat des urgences hospitalières SUH

Président : Dr F. Stierlé

Tél : 03 89 64 62 70

e-mail : stierlef@ch-mulhouse.fr

**Syndicat national des médecins
réanimateurs des hôpitaux publics SNMRHP**

Président : Pr P.-E. Bollaert

Tél : 03 83 85 14 94

e-mail : pe.bollaert@chu-nancy.fr

**Syndicat national des biologistes
des hôpitaux privés SNBHP**

Président : Dr H.-R. Caillet

Tél : 01 48 71 06 74 - Fax : 01 48 71 27 29

**Syndicat national
de gériatrie clinique SNGC**

Président : Dr J.-M. Vetel

Tél - Fax : 02 43 87 02 88

e-mail : jmvvetel@ch-lemans.fr

**Syndicat national des médecins des
hôpitaux et des établissements de soins
à but non lucratif SYMHOSPRIV**

Président : Dr M. Angebault

Tél : 01 49 08 20 20

ACTUALITÉS PHARMACEUTIQUES

CASODEX 150 MG

ASTRAZENECA

Un progrès important a été réalisé cette année en matière de traitement hormonal du cancer prostatique avec l'obtention, en février 2005, d'une nouvelle AMM pour **Casodex** à la dose de 150 mg :

« *Traitement du cancer de la prostate non métastaté au stade localement avancé, en adjuvant à la prostatectomie radicale ou à la radiothérapie* », pour une durée de traitement de 5 ans (2).

Le bénéfice du traitement **Casodex** n'a pas été établi chez les patients atteints de tumeurs locales T1/T2.

Cette nouvelle indication fait suite aux résultats du programme Early Prostate Cancer (EPC) qui constitue, à ce jour, avec plus de 8000 patients inclus, le plus vaste programme d'études cliniques de phase III réalisées dans le traitement du cancer de la prostate (3). Ce programme a évalué en particulier l'efficacité et la tolérance d'un traitement par **Casodex® 150 mg**, en adjuvant à une prostatectomie radicale ou à une radiothérapie (3).

Le bénéfice de **Casodex® 150 mg** dans cette indication, se traduit par une réduction significative, par rapport au placebo :

- du risque de progression clinique : - 33 % (HR : 0,67 ; IC95 % : 0,56-0,82 ; p = 0,00005 ; n = 2024)
- du risque de progression biologique : - 53 %...
- de l'incidence de métastases osseuses : - 27 % (HR : 0,73 ; IC95 % : 0,59-0,91 ; p < 0,05 ; n = 2024) .

Les données de Survie Globale apparaissent dans la 3^e analyse, ont été présentées à l'ECCO le 30 octobre 05 et seront publiées au cours de l'année 2006.

Le profil de tolérance de **Casodex 150 mg** est en rapport avec les propriétés pharmacologiques du produit (3). Les principaux effets secondaires rapportés sont des douleurs mammaires (73,6 %) et des gynécomasties (68,3 %), mineures à modérées dans plus de 90 % des cas.

Casodex® 150 mg devient aujourd'hui le 1^{er} et le seul antiandrogène indiqué en traitement adjuvant à la prostatectomie radicale ou à la radiothérapie dans le cancer de la prostate localement avancé.

Pour rappel, **Casodex 50 mg** est indiqué depuis 1998 dans le traitement du cancer de la prostate métastaté en association à une castration médicale ou chirurgicale.

1. Indication non remboursable à ce jour – Dossier en cours d'évaluation.
2. Résumé des Caractéristiques du Produit
3. Wirth MP et al. Bicalutamide 150 mg in addition to standard care in patients with localized or locally advanced prostate cancer: results from the second analysis of the early prostate cancer program at median followup of 5.4 years. J Urol. 2004; 172: 1865-70.

Mise à disposition d'Herceptin® (trastuzumab) en prévention de la récurrence du cancer du sein surexprimant HER2 dans le cadre d'un protocole tem- poraire de traitement (PTT)

NEUILLY-SUR-SEINE, 17/10/2005,

L'Institut National du Cancer (INCa) et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) annoncent aujourd'hui l'utilisation d'Herceptin® (trastuzumab) en traitement adjuvant du cancer du sein surexprimant HER2 dans le cadre d'un protocole temporaire de traitement (PTT).

C'est la première fois qu'un protocole temporaire de traitement est élaboré en France. Il permet l'accès rapide et encadré à Herceptin® pour les femmes atteintes d'un cancer du sein HER-2 positifs à un stade précoce. Parmi les cancers primitifs du sein, 20 à 30 % (environ 8000 patientes par an) surexpriment HER-2.

Le protocole temporaire de traitement est fondé scientifiquement sur les résultats intermédiaires de l'étude HERA (1), proche des modalités de traitements utilisés en Europe.

Cette étude, ainsi que deux autres, ont été présentées au congrès de l'American Society of Clinical Oncology (ASCO) en mai 2005 évaluent l'usage d'Herceptin® en complément d'un traitement adjuvant dans les cancers du sein HER-2 posi-

tifs. Elles montrent de façon concordante une réduction du taux de récurrence d'environ 50 %.

Devant ces résultats majeurs pour les femmes atteintes de cette forme particulièrement agressive de la maladie, Roche tient à souligner l'initiative conjointe de l'Afssaps et de l'INCa de rendre accessible rapidement Herceptin® dans les cancers du sein HER-2 positifs à un stade précoce. Ce protocole fixe et encadre l'utilisation d'Herceptin® pour ces patientes.

Il fait référence jusqu'à l'avis des autorités européennes sur le dossier d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). www.roche.fr

INCONTINENCE :



L'Institut Tena mobilise les professionnels de santé pour faire évoluer les comportements

- Fatalité, maladie, vieillesse, gêne sociale, honte, solitude, l'incontinence est encore souvent associée à l'un ou l'autre de ces termes aux résonances et images négatives...

- Fort des résultats des nombreuses études réalisées sur la perception de l'incontinence, le groupe SCA, leader des protections pour l'incontinence avec Tena, a multiplié ces dernières années les efforts pour briser le tabou et faire évoluer les comportements.

- Pour la première fois à la télévision en 2004, SCA osait parler de l'incontinence chez l'homme en mettant en scène des motards de la cinquantaine, dynamiques et virils: même eux peuvent connaître des problèmes de fuites urinaires...

- Mais SCA a souhaité aller encore plus loin en créant l'Institut Tena pour sensibiliser directement et impliquer les différents professionnels de santé intervenant dans la prise en charge de l'incontinence.

- 2004, création de l'Institut Tena pour « mieux vivre l'incontinence »

Une étude qualitative réalisée pour SCA en 2003 auprès d'un groupe de discussion composé de médecins généralistes, gynécologues urologues et kinésithérapeutes a montré que :

- en l'absence de partage des connaissances entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge de

l'incontinence, les solutions proposées au patient varient fortement d'un professionnel de santé à l'autre,

- de nombreux professionnels de santé reconnaissent manquer d'information et de formation sur le sujet.

- Pour que la situation évolue, il était nécessaire de renforcer les liens entre professionnels et créer des passerelles pluridisciplinaires. C'est ainsi qu'est né en 2004 l'Institut Tena. Une priorité: inscrire l'incontinence comme un enjeu de Santé Publique Si l'Institut a pour principal objectif de modifier le regard de la société sur l'incontinence, il souhaite aussi fédérer les énergies pour :

- Favoriser la formation et l'information des professionnels de santé par la mise en place de projets interactifs, l'organisation de journées d'échanges, de tables rondes...

- Aider au développement de la recherche clinique et thérapeutique de l'incontinence,

- Situer le rôle des protections dans la prise en charge thérapeutique: le curatif et le palliatif ne s'opposent pas mais se complètent,

- Participer à des actions de prévention et de dépistage auprès de la médecine du travail, des mutuelles, du personnel soignant.../...

Le site www.institut.tena.fr en ligne depuis le 1^{er} mars 2005, axé sur la prise en charge de l'incontinence constitue un relais des actions terrain proposés par l'institut. Cet espace met à disposition des professionnels de santé :

- Des documents thématiques (orientation et diagnostique, technique, traitement, prévention et dépistage, spécial officine) et les publications de l'Institut (livre blanc, newsletters...) en accès réservé (professionnels et journalistes)

- Des fiches infos patients, des actualités (études, recommandations « vos patients ont lu ») et des liens utiles: sites patients, professionnels et institutionnels... en accès libre.



- Un comité scientifique volontairement pluridisciplinaire
- Le comité suggère, conseille et accompagne SCA dans la mise en place des actions nationales et régionales.
- Tous ses membres sont des experts de l'incontinence: pharmacien, médecin généraliste, urologue, gynécologue, gériatre, médecin rééducateur fonctionnel, kinésithérapeute, infirmière responsable des soins à domicile, infirmière spécialisée, directrice de maison de retraite, ancien parlementaire et des représentants de **SCA Hygiène Products France**.
- **Actualité 2005** : rencontres et publications
- **Le livre blanc**, mémoire de la première journée nationale de l'Institut Tena

Edité en juin 2005, le livre blanc recense en intégralité les communications et contenu des ateliers de la première journée pluridisciplinaire de l'Institut Tena (juin 2004). Des sujets tels que « socio-histoire de la honte », « états des lieux de l'incontinence urinaire », « sport et incontinence urinaire », « comment je dépiste », « comment j'aide à vivre avec », « combien ça coûte » y sont abordés de façon exhaustive.

- **Clermont-Ferrand**, première ville des « **rencontres régionales** »
- Proposée sous forme de conférence-débat suivi d'ateliers, la première rencontre régionale de l'Institut Tena s'est tenue en mai dernier en Auvergne. Elle avait pour thème « L'incontinence urinaire féminine, peut-on éviter la chirurgie ? ».

Les ateliers - qui ont rassemblé une soixantaine de kinésithérapeutes, sage-femmes et médecins ont permis de répondre de façon pragmatique aux questions des professionnels et d'ouvrir un dialogue sur les situations auxquelles ils peuvent être confrontés dans leur pratique quotidienne.

A venir

La prochaine rencontre aura lieu cet automne à Strasbourg sur le thème « incontinence et prostate ». Le livre blanc n° 2 dont la parution est prévue au cours du printemps 2006 reprendra le contenu exhaustif de ces deux réunions régionales.

Une « **newsletter** », synthèse de la réunion, sera éditée courant septembre 2005 et diffusée auprès des professionnels et sur le site de l'institut www.institut.tena.fr.

- **Livrets d'informations**: l'Institut Tena collabore à la réalisation des brochures grand public Tena destinées notamment aux patients et à leur entourage. Dans la lignée des deux précédents (Incontinence au masculin et Incontinence au féminin), le 3^e et tout récent livret « Grossesse et incontinence » propose explications, conseils, astuces et prévention. Disponibles au 0 820 074 467 (Service consommateurs Tena) et sur www.institut.tena.fr.

- Informations pratiques et espace professionnel sur www.institut.tena.fr

FONDATION D'ENTREPRISE ROCHE



Organisées en parrainage avec l'**Inserm** depuis 2003, les **Rencontres Santé Société** ont pour vocation de réunir des chercheurs, des médecins et des représentants de la société civile autour de questions suscitées par la mutation profonde de la relation entre Santé et Société.

Des épisodes tels que la crise de la **vache folle**, celle du **sang contaminé** ont introduit le doute dans la perception des avancées scientifiques et exacerbé la conscience du risque. Ainsi, aujourd'hui, l'opinion publique exige le risque « zéro ».

Cette exigence a des implications sur la manière qu'ont nos sociétés d'appréhender le progrès, notamment médical. En effet, le risque est inhérent au progrès, et il convient aujourd'hui de s'interroger sur les modalités d'une prise en compte raisonnée de ce risque. Dans ce contexte, la **Fondation d'entreprise Roche** a souhaité débattre de cette problématique lors de ses 4^e **Rencontres Santé Société** le

mercredi 19 octobre de 18 h 30 à 22 heures à la **Maison des Arts et Métiers** (9 bis avenue d'Iéna - 75116 Paris) sur le thème « Le progrès Médical au XX^e siècle: une nouvelle conscience du risque »

E - mail: fondation-roche@roche.com

INFORMATIQUE :

Nero 7 Premium est enfin là !

La solution multimédia numérique tout en un !

Nero 7 Premium vous fait désormais découvrir la gestion de PC ainsi que de médias TV par une solution complète. Avec plus de 18 applications nouvelles et mises à jour en UN logiciel puissant, **Nero 7 Premium** est vraiment le seul partenaire pour votre maison numérique. **Nero 7 Premium** vous permet de créer des données et collectes de données, de les graver, sauvegarder, gérer, éditer, combiner, partager et bien plus, quoi que soient les médias numériques.

La toute dernière solution logicielle multimédia numérique pour le « Numérique à la maison » comprend plusieurs applications dédiées aux données, à l'audio, aux photos, aux vidéos et à la TV

« *Nero 7 combine à merveille l'ingénierie innovante, les demandes et exigences des utilisateurs finaux ainsi que l'évolution et la convergence industrielle* », a dit **Jim Corbett**, Directeur de Nero AG. « Nous avons fait mouche en ajoutant Nero Home à Nero 7 Premium: les utilisateurs n'ont plus à être en face de leur PC pour visualiser et écouter leurs fichiers multimédia, ils peuvent accéder à toutes leurs bibliothèques en face de leur TV. »

Pour en savoir plus sur **Nero 7 Premium**, visitez le site www.nero.com. De plus, **Nero 7 Premium** comprend toute une série d'accessoires et de modifications d'interface au niveau des applications Nero connues et habituelles. Les utilisateurs disposent dès lors d'une option d'installation personnalisée, ce qui veut dire qu'ils décident d'installer ou non chaque application offerte via Technologie Windows Installer.

Arik Son Lellouch
arik.ellouche@wanadoo.fr

Grippe aviaire

comment faire face à la menace ?

par les Professeurs Jean-Philippe Derenne et François Bricaire

Extraits du livre « Pandémie, la grande menace » *



Des mesures immédiates

Il résulte de l'analyse de ce que serait la survenue d'une pandémie grippale en France un grand nombre d'incertitudes. (...) Il reste que l'émergence vraisemblable de la pandémie ne doit pas nous prendre de court. Il convient d'abord d'expliquer les enjeux, d'éviter les politiques d'aveuglement si souvent invoquées pour éviter les choix difficiles.

Il s'agit aussi de prendre conscience du fait que, quoiqu'il arrive, il n'y a pas et il n'y aura pas de remède efficace à 100 %. Autrement dit, que les discours du type « Attendons le bon vaccin ou le bon antiviral » risquent d'entraîner des résultats désastreux. C'est pourquoi il convient de prévoir dès à présent les stocks et débits de

médicaments et matériels nécessaires.

Parmi les médicaments, il faut de toute évidence réviser et vraisemblablement augmenter les stocks de Tamiflu (l'InVS recommande 510 millions de comprimés au lieu des 130 millions actuellement achetés ou réservés). Il faut s'assurer qu'il n'y ait pas de rupture dans la livraison des antibiotiques.

Il est également important, afin de minimiser les erreurs diagnostiques, de populariser la vaccination antigrippale annuelle, et d'en faire une grande tâche nationale. Tout comme doivent être acquis le plus grand nombre possible de doses de vaccin contre la grippe aviaire A (H5N1) non mutée. En ce qui concerne le futur vaccin contre la grippe A (H5N1) mutée, il convient de se positionner pour en disposer le plus grand nombre possible. Il convient aussi de faire en sorte que le plus grand nombre de personnes puissent en disposer, ce qui implique d'intervenir bien en amont pour s'assurer des capacités de production de ce vaccin.

Dans tous les cas, le ou les vaccins contre la grippe devraient devenir dès à présent obligatoires pour les soignants au sens large, ce qui comprend non seulement les soignants proprement dit, mais aussi tous ceux qui participent de près ou de loin au fonctionnement des institutions soignantes (secrétaires médicales, ambulanciers, administratifs, etc.). (...)

Le vaccin antipneumococcique devrait être administré à tous ceux qui sont considérés comme « à risques », et sa généralisation à toute la population devrait être discutée. En

ce qui concerne les matériels nécessaires, les masques doivent être disponibles en nombre suffisant pour protéger les soignants, ceux dont l'activité sociale restera nécessaire et ceux qui, en contact avec les malades (es familles en premier lieu) ne pourront pas se contenter de la protection à 80 % que donne le Tamiflu. (...) Il faut également se pencher sur les stocks et les besoins éventuels en matériel de ventilation artificielle : ventilateurs, masques, canules, matériels d'intubation, etc. Les complications principales de la grippe étant respiratoires, il risque en effet d'y avoir une brutale nécessité de pratiquer la réanimation respiratoire « hors les murs » (...). Un plan d'information et de formation devra aussi être élaboré et mis en œuvre.

De façon plus générale, les modalités de fonctionnement de la société, dans un contexte où la désorganisation des services publics risque de créer le désordre, doivent être étudiées de façon précise, concrète et exhaustive. Doivent en effet être préservées les possibilités de circuler dans les villes pour les services de soins, de secours et d'approvisionnement de la population en nourriture, énergie et prestations indispensables. Ce qui implique une sécurisation de ces activités rendues d'autant plus nécessaire que, dans le trouble qui risque de s'instaurer, des éléments asociaux ou déviants peuvent se livrer à des pratiques attentatoires aux biens, aux personnes et au fonctionnement des activités dans ce difficile et périlleux contexte. (...)

Ce qui doit être fait dans les hôpitaux

L'Institut de veille sanitaire évalue entre 455 000 et 1 063 000 le nombre de malades susceptibles d'être hospitalisés en cas de pandémie. Il s'agit là d'un calcul qui fait référence à des taux d'attaque de 15 à 35 % avec une mortalité de 1 %. Rappelons que cette dernière a été comprise entre 4 et 8 % pour la grippe espagnole, et que l'actuelle grippe H5N1 non mutée tue 50 % de ceux qui sont atteints. La mutation nécessaire du virus pour se transmettre à l'homme devrait s'accompagner de la diminution de sa virulence. Toutefois, on ignore dans quelle mesure. Ainsi les prévisions de l'InVS sont peut-être pessimistes, mais il est tout à fait possible qu'elles pèchent par excès d'optimisme. Comment les hôpitaux, déjà surchargés en cas de grippe banale, pourront-ils prendre en charge un afflux supplémentaire de malades d'une telle ampleur ? Pour ne prendre qu'un exemple : les prévisions de l'InVS font état, au pic de la pandémie, de la nécessité d'hospitaliser en une seule semaine entre 31 363 et 151 129 malades. Où pourra-t-on les mettre ? Les raisons pour les hospitaliser seront essentiellement respiratoires et, comme par hasard, les services de pneumologie sont les premiers touchés par les difficultés de fonctionnement dues à la surcharge et à la lourdeur des pathologies prises en charge. De ce fait, dans certains hôpitaux, des lits sont fermés non par manque de malades, mais par manque d'infirmières.

* Editions Fayard, octobre 2005

Parmi les malades hospitalisés, beaucoup seront porteurs de formes sévères nécessitant une prise en charge en réanimation ou en unité de soins intensifs. Or, les secteurs de soins intensifs respiratoires manquent cruellement. Quant aux lits de réanimation, ils sont généralement remplis à 80 % en temps ordinaire, et généralement à 100 % en période de grippe normale. (...)

Il importe donc dès à présent de dresser partout un état des lieux, c'est-à-dire d'évaluer la partie de l'hôpital qui devra continuer à assurer, chez les patients non grippés, les activités qui ne peuvent être reportées de quelques semaines. (...) Toutes les interventions et tous les actes médicaux pouvant, sans risque majeur, être reportés d'un à trois mois devront être suspendues afin de pouvoir affecter les locaux et les personnels à la prise en charge des patients grippés. (...) Des mesures de sécurité et de séparation entre les malades contagieux et les autres devront être prises à l'intérieur de chaque établissement. (...)

Cependant, grand est le risque d'inadaptation entre l'offre et la demande. Remarquons à ce propos la nocivité de ceux qui, depuis plus de vingt ans, considèrent que puisqu'on ne peut pas réduire la demande de soins, il suffit pour régler les problèmes économiques de la santé, de réduire l'offre. Souhaitons-leur de ne pas voir décéder un de leurs proches dont l'admission à l'hôpital aura été impossible, faute de place !

Si le nombre de lits fonctionnels est insuffisant, ce qui est vraisemblablement le cas général, il faudra trouver de la place supplémentaire pour y mettre les malades. Ce qui implique un recensement de tous les locaux actuellement inutilisés pour diverses raisons, et une évaluation des conditions dans lesquelles ils pourraient être affectés à l'hospitalisation des grippés. De même, l'éventualité de la création de locaux temporaires d'hospitalisation dans des préfabriqués pourrait compléter ce dispositif. Il va sans dire également que la destruction de locaux actuellement utilisés pour hospitaliser des malades devrait

être suspendue afin de renforcer le dispositif en cas de pandémie grippale. Il va sans dire également que ces mesures doivent toucher l'ensemble

des établissements, publics ou privés, et ce quelle que soit leur destination usuelle. Et il convient que des mesures soient prises afin qu'aucun

n'échappe à l'obligation de prêter assistance à personnes en danger qui caractérise l'activité soignante en cas de pandémie. ■

un communiqué de la CMH (22 octobre 2005)

GRIPPE AVIAIRE les conséquences hospitalières

La pandémie de grippe apparaît inéluctable. Le développement d'une grippe humaine liée à la mutation du virus H5N1 apparaît vraisemblable à court ou moyen terme.

La grippe saisonnière revient elle chaque année avec son cortège d'arrêts de travail et ses quelques centaines de morts. En février 2005 malgré son caractère assez peu virulent, la grippe saisonnière a saturé le système sanitaire francilien témoignant ainsi des limites d'adaptabilité de nos structures hospitalières face à une demande accrue.

La menace de grippe aviaire et la nécessité d'une réflexion d'amont sur les mesures à prendre devraient également profiter à la meilleure organisation de nos systèmes hospitaliers face à la grippe saisonnière. Le gouvernement a pris plusieurs mesures afin d'assurer la préparation pré pandémique : achat de masques, conseils de vaccination, stockage de Tamiflu.

Ces mesures s'inscrivent dans le cadre du plan gouvernemental dont le volet hospitalier semble actuellement inconsistent et délégué localement sans cadre organisationnel commun. Le développement du volet hospitalier de ce plan doit apporter rapidement à la communauté hospitalière des réponses à ses interrogations.

Comment informer et protéger le personnel soignant hospitalier ?

Prendre en charge un nombre accru de patients suppose un personnel hospitalier disponible, présent et en bonne santé. Dans cette perspective il apparaît nécessaire :

- d'engager très rapidement une campagne d'information des hospitaliers à partir notamment de supports numériques labellisés portant sur les informations scientifiques et le volet hospitalier du plan gouvernemental.
- de vacciner contre la grippe la totalité du personnel hospitalier sauf exception exprimée par l'individu lui-même. Il faut donc disposer de doses en nombre suffisant et assurer une campagne de vaccination active et convaincante. Rappelons qu'actuellement le pourcentage moyen de personnel vacciné est inférieur à 20
- d'évaluer les besoins et d'organiser la distribution et l'utilisation des masques protecteurs et médicaments antiviraux aux personnels hospitaliers et aux malades atteints ou suspects de grippe en cas de développement de la pandémie.

Comment organiser le diagnostic et la prise en charge des patients grippés ?

Le circuit de prise en charge des patients atteints ou suspects de grippe doit être organisé de façon à conduire rapidement à l'isolement des cas suspects. Les circuits « dans et hors grippe » doivent être organisés selon une déclinaison départementale de règles nationales pour limiter les saturations.

Des réponses doivent être apportées aux questions organisationnelles et matérielles :

- Que se passe-t-il en aval du recours des médecins libéraux et des centres 15 qui est la recommandation ministérielle ?
- Faut-il organiser un tri des cas graves en amont de l'hôpital dans des structures interface ville-hôpital ? Qui prend en charge l'organisation de telles structures ? Quelle organisation territoriale et quels circuits permettront la prise en charge d'aval hors domicile des grippés d'une part des autres malades et urgences d'autre part ?
- Quelles sont les modalités de prélèvement à visée diagnostique ? N'y a-t-il pas un risque d'engorgement des circuits et des laboratoires de virologie ? Qu'en est-il des stocks d'antibiotiques nécessaires au traitement des surinfections ?
- Comment prendre en charge les malades graves ? Une atteinte respiratoire sévère est attendue chez un nombre élevé de malades. Les services de réanimation fonctionnent actuellement à flux tendu, en permanence à la limite de la saturation. Comment prendre en charge un malade non admis en réanimation ? Comment proposer au plus grand nombre une ventilation non invasive ? Comment former rapidement et simplement le plus grand nombre de personnel de santé aux prises en charge adaptées ? Quel est le stock disponible en ventilateurs et dispositifs médicaux ?

Enfin, force est de constater que le financement de la pandémie de grippe qui devrait être clairement intégré aux enveloppes MIGAC est en fait en devenir. Actuellement ce sont les établissements qui ont été financièrement sollicités pour « l'achat » des masques protecteurs. Les financements nécessaires doivent être délégués dans les meilleurs délais.

Grippe aviaire *post-scriptum :*

un entretien avec le Pr Jean Philippe Derenne



**Co-auteur du livre
« Pandémie : la grande menace »,
Jean-Philippe Derenne est chef
du service de pneumologie
et de réanimation à l'hôpital
de la Pitié-Salpêtrière.**

Officiel Santé - Nous sommes le 20 octobre, votre livre est sorti au début du mois; avez-vous quelque chose à y ajouter en guise de postface au vu de l'actualité récente et des réactions?

Jean-Philippe Derenne - La sensibilisation des hommes politiques s'est accrue, en même temps qu'une certaine confusion est entretenue autour de la maladie des oiseaux qui ne touchent que marginalement les humains et le risque de pandémie avec la mutation du virus. J'ai été ou suis pro-

chainement convoqué chez plusieurs ministres, à l'Assemblée Nationale, au sénat. Certaines mesures que nous préconisons ont été prises : par exemple, même si nous pensons qu'il n'y a pas assez de comprimés prévus, aujourd'hui l'essentiel des réserves de Tamiflu est entreposé dans des stocks gardé par l'armée et non pas dans les pharmacies - ce qui vaut mieux, car on s'imagine la ruée ! -, et les commandes de masques protecteurs ont été relevé de 50 à 600 millions d'unités. Le gou-

vernement français est donc sensibilisé... mais que dire de la récente réunion des ministres européens : lamentable ! Des millions de vies sont menacées, et l'Union Européenne ne fait rien : c'est scandaleux et cela pourrait être criminel !

OS - Reprenons votre scénario : où en est-on et que peut-il arriver?

J.-P. D. - Ce n'est pas *notre* scénario : notre livre ne reflète pas nos opinions, mais uniquement les avis autorisés de scientifiques et d'organisations internationales qui ont tous été publiés. Ainsi, le scénario que nous évoquons dans le livre et qui est celui de la FAO s'est bien réalisé avec l'arrivée en Europe de la maladie chez les premiers oiseaux durant ce mois d'octobre : la prochaine étape est la généralisation de cette épidémie au printemps prochain quand les oiseaux migrateurs remonteront vers le nord. Le phénomène suit son cours, et ce qui est relativement inquiétant c'est que le virus aviaire trouve donc de nouveaux sites écologiques qui favorisent sa mutation. On ne sait pas si et quand le virus mutera vers l'homme, mais les virologues craignent que cela soit dans un délai assez bref. De fait, l'agressivité et la mutabilité du H5N1 sont très élevées, et c'est ce qui fait que l'on peut craindre une épidémie chez l'homme qui présente les mêmes caractéristiques que la grippe espagnole dont le virus était lui-même d'origine aviaire...

OS - Vous allez jusqu'à vous en prendre à la politique des maires des grandes villes qui font tout pour restreindre la circulation automobile...

J.-P. D. - Là encore, nous n'inventons rien ! Une étude publiée par la revue Nature démontre que dans le cas d'une épidémie qui causerait 50 000 morts à Paris, quelques milliers seraient directement causés par les embouteillages inextricables empêchant les malades et les soignants de se rendre en temps et en heure dans les hôpitaux. A Paris, on bétonne les voiries - c'est le mur de l'Atlantique ! - et en l'absence de transports en commun, on peut donc prévoir la paralysie de la circulation. Par comparaison, à Londres, on n'aura qu'à adapter le système de péage...

OS - La mobilisation vous paraît-elle aujourd'hui à la hauteur à l'hôpital?

J.-P. D. - Non, il y a encore très peu de choses qui sont faites, et c'est pour cela que nous avons écrit ce livre qui détaille toutes les mesures à prendre...

OS - Au cas où ils devraient faire face à cette épidémie, quel est le message que vous adressez aux soignants?

J.-P. D. - Ce sera une épreuve, une épreuve qui permettra de juger si les soignants sont fidèles à leurs engagements. Si elle advient et s'ils le sont, ce que je crois, ce sera une leçon pour la société. Les jeunes aussi auront l'occasion de se montrer solidaire... ■

UNIVERSITÉS D'AUTOMNE CMH SNAMHP UCCSF ALLIANCE

Les universités d'automne se sont tenues à Paris les 7 et 8 octobre 2005. Trois tables rondes ont traité de l'organisation interne des hôpitaux et de la T2A, de l'université Médicale et des statuts médicaux. Officiel Santé en relate les minutes. Les propos sont retranscrits par la rédaction et n'engagent donc pas les intervenants

1. « Gouvernance »



Olivier Boyer (OB) - *Conseiller au cabinet du ministre de la santé*

Nous pensons que la réforme doit être vue positivement. Les rapports internes seront modifiés. Il faut remettre les médecins au centre de la décision à l'hôpital.

Le Conseil d'Administration (CA) est recentré sur des missions de pilotage, de contrôle et d'évaluation de la politique de l'établissement.

Le Conseil Exécutif (CE) a le pouvoir d'initiative et de propositions. C'est l'unité managériale de l'hôpital ; les prises de décision se font par vote à la majorité, mais en fait on ne devrait pas avoir à y voter mais à prendre des décisions par consensus à la suite d'une réflexion commune.

Norbert Skurnik - En psychiatrie, la définition du pôle pose problème. Les psychiatres souhaitent que les secteurs correspondent aux pôles. Or dans des CHG ou CHS, des directeurs essaient de fusionner 2 secteurs en un pôle avec diminution des moyens. Par ailleurs, quelle est la procédure exacte pour, en psychiatrie, transformer un poste X en un poste Y ? Faut-il l'avis de la CME ou du CE ?

OB - La composition des pôles se fait de façon concertée ; ce qui est dans l'ordonnance doit être appliqué. Le principe est que le secteur recouvre le pôle. Pour les postes, comme il n'y a pas de T2A pour les psychiatres les demandes doivent être des demandes classiques qui passent devant l'administration, les délibérations se faisant à l'hôpital qui examine s'il peut financer les postes.

Philippe Loirat - Hôpital Foch - Je ne partage pas l'enthousiasme d'Olivier Boyer et demande en quoi la nouvelle gouvernance va rectifier les dysfonctionnements antérieurs ?

OB - Les rapports Valencien et Couanau avaient notés les dysfonctionnements du précédent système. Quelle qu'était l'activité le budget était figé. La réforme apporte la T2A qui donne les ressources correspondant à l'activité ; la logique de reconduction automatique du budget est supprimée ; c'est un facteur de dynamisme qui est introduit ; elle apporte aussi une importante déconcentration de la gestion et le retour des médecins sur le devant de la scène. Ce changement de logique suppose l'implication des médecins dans la gestion, c'est le cœur de la réforme.

PC - *CHU de Caen*

1- L'échelle des coûts doit être juste ; or actuellement à cause de l'application inégale du PMSI l'échelle est faussée et il n'y a pas d'équité entre les établissements. Dans mon hôpital un calcul montre que pour un chiffre d'affaire de 11 millions d'€, le retour n'est que de 7,5 millions d'€ dans un service de réanimation, parce que le PMSI est inapplicable en réanimation. Comment créer des postes avec cela ?

2- Il y a contradiction entre la planification régionale d'un coté et l'autonomie des établissements, et l'évolution de l'activité réelle de l'autre.

OB

1- La justesse de l'échelle nationale des coûts est une vraie préoccupation du ministère.

Nous devons en effet créer une équité dans l'échelle nationale des coûts et de l'égalité dans la prise en compte de l'activité ; si l'activité est rémunérée à perte cela ne va pas.

J'ai des préoccupations concernant la réanimation pour la T2A ; il faudra prendre en compte la durée moyenne de séjour ; il en est de même pour l'oncologie la gériatrie, la pédiatrie. Il faudra faire des réajustements et créer un outil qui sera complexe.

2- Le concept d'égalité entre tarifs et prix de revient est essentiel. Pour la contradiction il y aura des enveloppes d'aide à la contractualisation avec la signature de Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM) et de l'autre une enveloppe budgétaire fermée ; Il faudra considérer que le système fonctionnera comme des vases communicants.

François Aubart (FA) - La situation antérieure était figée, inégalitaire, inadaptée, cela est admis par tous. Comme il y a des évolutions importantes d'activité, il faut de la réactivité financière dans le bon tempo pour corriger ces distorsions. Mais il faut aussi des garanties pour que les missions de service public soient financées.

BL - St Brieux - Il existe les projets de territoire avec les SROSS, les réseaux, la démographie médicale ; comment imaginer qu'en complexifiant la gestion on puisse améliorer le système.

En fait les véritables décideurs ce sont les maires, les usagers, les directions d'hôpitaux, les syndicats, pas le CA. De plus au CE les médecins seront divisés alors que les administratifs comme le veut la tradition seront derrière le directeur et que leur vote sera unique ;



le nombre de réunions va encore augmenter... mon enthousiasme a du mal à s'épanouir!!!

OB - Comme ancien directeur d'hôpital qui a vécu sur le terrain avant la réforme, vous avez en partie raison. Mais parfois on est bien content de la présence d'un CA. Désormais il est indispensable que médecins et directeurs travaillent de concert. Les médecins doivent être associés à la direction et il est fondamental que les médecins soient associés à la gestion.



Roland Rymer (RR) - A propos du CE dont j'ai une expérience de deux années à Lariboisière, je ne partage pas le pessimisme; ce que je trouve choquant en revanche c'est la voix prépondérante du directeur. Le CE qui fonctionne à Lariboisière, cherche un consensus entre les médecins et la direction; les décisions sont prises en commun, sans distinction d'origine. Il permet de prendre des décisions difficiles qui n'auraient

jamais être prises sans lui. Il y a eu une restructuration consistant à passer de 3 réanimations à une et cela n'a été possible que grâce aux décisions consensuelles.

Le CE est fondamental dans l'édifice et les cultures différentes se mélangeront.

Jean-Marie Vetel (JMV)

1-Point fondamental: une vieille dame de 80 ans, poly-pathologique consomme beaucoup et « ne rapporte rien !!! » Comment le CE élaborera-t-il un garde fou vis-à-vis des ARH pour le respect du Service Public? Il y aura les Services qui « font » de la T2A et les autres; si le gériatre de l'hôpital est peu influent, si le CE est axé sur son budget plutôt que sur les soins que deviendra la gériatrie?

2-Une partie du long séjour basculera inévitablement dans le médico-social. Comment le médico-social sera-t-il représenté dans le CE?

OB - Ce n'est pas parce qu'on a une mission de service public qu'on ne doit pas prendre en compte les coûts. Il faut prendre l'humain en charge au-delà de l'économie. La mise en application de la T2A sera progressive; il faudra rapidement étiqueter les structures gagnantes et les perdantes. Il restera toujours une part non mécanique à la mission de service public.

Le projet d'établissement est le « garde-fou » du CE. Il faudra respecter les moyens dans chaque pôle par le biais des contrats d'objectifs et de moyens (COM).

JMV - Dans le CE y aura-t-il toujours un défenseur de la vieille dame?

Claude Gibert (CG) - Pour les activités médicales et médico-sociales si on s'intéresse au CE toutes les sensibilités n'y sont pas représentées! Les médecins présents seront obligés de s'emparer de la totalité des problèmes de l'hôpital;

AN - Montsouris

1-Problèmes de managements des services; pourra-t-on nommer des gens qui ont des compétences en management comme responsables de pôles?

2-Le CA aura-t-il le courage nécessaire pour imprimer une politique réaliste et difficile?

OB

1-Les responsables de pôles devront développer leurs capacités managériales.

Il y aura une liste d'habilitation à l'exercice des fonctions de responsable de pôle (RP) émanant du ministère et la nomination locale sera le fait du CE.

Les CHU se sont engagés dans une démarche de formation au management; il y aura aussi les échanges RP-CE pour les contrats et les COM qui seront formateurs.

2-A propos du courage des CA; par exemple pour les petits services de chirurgie intervient une question de qualité et de sécurité plu-

tôt que des enjeux budgétaires; on n'a plus les moyens d'atomiser le plateau technique. Mais il est vrai que pour les questions difficiles à prendre cela ne va pas assez vite

Gilles Aulagner (GA)

1-En pratique les listes d'habilitations seront publiées après les nominations!!!

2-L'exécutif sera ramassé entre 2 hommes, le système de contrôle étant théoriquement exercé par le CA. En réalité beaucoup de problèmes font peu de débat au CA. Par exemple on ne voit plus quand l'état est amené en justice, il est déresponsabilisé en matière budgétaire c'est l'ARH qui décide; Va-t-on vers des CA démotivés et vers des débats de gens irresponsables?

OB - Pour la justice, elle relève de la compétence du Directeur, mais ce ne sont pas des questions stratégiques. Le CA est recentré sur la définition des orientations stratégiques, de contrôle et de suivi du projet d'établissement. C'est vrai qu'il n'y a plus de procédure contradictoire mais elle était formelle. On passe à un budget différent. L'établissement construit ses hypothèses budgétaires et en a la responsabilité sur la base de recettes produites par l'activité. Avant on construisait les hypothèses budgétaires en fonction de recettes fixes allouées par l'état; c'est l'EPRD; On n'aura plus un « droit à dépenser ». Désormais le vote de l'EPRD aura moins d'importance; c'est une estimation, à charge pour l'établissement, mois après mois de vérifier le suivi des recettes produites par l'activité et des dépenses.

Le suivi des dépenses sera plus important que le vote de l'EPRD.

2. « Pôles - Contrat - Intéressement : modernité ou danse avec les loups... ? »

OB - La mise en place des pôles est le cœur de la réforme avec la contractualisation et la délégation de gestion (à ne pas confondre avec la délégation de signature); on en est au tout début.

RR - Sans la délégation de gestion il n'y a pas de réforme; chaque établissement doit fixer ses propres règles. Il faut des indicateurs et un système informatique dédié. Les PUI et les salles d'opérations posent des problèmes particuliers

Il y a des inquiétudes sur le terrain du fait du défaut d'indicateurs et d'outils informatiques adéquats.

FA - En ce qui concerne les contrats de pôles, il ne faut pas de délégation financière globale. « Riches ou pauvres débrouillez-vous tout seul !!! » NON On ne doit pas retrouver au niveau des pôles la même problématique celle de gérer les insuffisances. La T2A ne doit pas être le seul élément de répartition des moyens. Actuellement les moyens vont aux « grandes gueules ». Il faut que cela change mais avec le nouveau système il faut que les termes de la contractualisation évitent de créer un corps de « Directeurs des Finances » en blouse blanche. Pour autant il est indispensable que les médecins s'emparent de la gestion.

OB - Si un pôle compte 6 services, on regroupera les moyens des 6 et l'on comparera à la T2A et on tiendra compte des écarts en plus ou en moins. Les budgets de pôles seront très travaillés. Le défi sera de régler l'entrée progressive dans la T2A et les missions de service public. Il y aura nécessairement équilibrage entre les pôles excédentaires et pôles déficitaires.

LC - A propos du pôle Biologie Imagerie de l'hôpital Saint-Antoine, pour de multiples raisons d'ordre technique et médical, cette association est incompatible avec une viabilité durable. Quelle est sa crédibilité?

Pour ce qui est d'être chef de service et responsable de pôle la encore il y a une incompatibilité on ne peut être juge et partie. Le chef de service devra consentir une délégation de responsabilité et faire nommer un responsable opérationnel de service pendant son mandat de RP.

OB - C'était un souhait du législateur de laisser Les établissements définir librement leur organisation. L'objectif était de décloisonner pour qu'il y ait un intérêt à optimiser la

BM santé publique - La logique sera -t-elle interne à l'Etablissement? Personnelle? Ou y aura-t-il une logique de santé Publique? Quand il y aura moins de moyens licenciara-t-on?

OB - Il ne faut pas d'une logique T2A jusqu'au-boutiste. Nous disposons d'outils de contrôle. Nous ne permettrons pas l'existence de pôles excédentaires et riches et de pôles déficitaires et pauvres

CG - La T2A produit une échelle des coûts donc en théorie il n'y aura pas de pôle riche et de pôle pauvre. Inquiétant: il n'y a très peu de docteurs dans les groupes T2A et quand ils y figurent ils ne sont pas convoqués!!!

François Stierlé (FS) - La T2A sera forte et les pôles seront faibles. Les médecins veulent rester des médecins. Il existera et cela a été déjà dit, une contradiction entre la T2A logique financière d'établissement et les SROSS qui ont une logique de territoire. Comment faire une force de ces faiblesses. Il y a besoin d'avancées sur la logique de territoire, par exemple la mutualisation des urgences.

OB - Oui à la logique de territoire. Mais il faut des gens pour la dire et la porter. La T2A est un outil, pas une fin en soi. La répartition des moyens budgétaire est un point fondamental. Beaucoup de médecins se mettent au management

André Elhadad

1- Il aurait été plus logique de former les gens au management avant de les nommer, et ceci après les avoir évalué. Il est impératif de former les gens qui, ensuite devront être candidats à la liste d'habilitation. Pour le CA il devra s'impliquer dans la réforme. Il était nécessaire inverser la logique économique dépenses puis enveloppe budgétaire pour activité rémunératrice d'abord et dépenses ensuite. Mais encore faudra-t-il savoir quelle sera la part de service public dans l'équilibre général.

Le CA sera responsable du suivi des dépenses, le CE sera l'exécutif séparé du contrôle. Si le CA se révèle défaillant se seront les ARH qui prendront le relais et lanceront des injonctions graduelles en cas de dérive.

2- La logique des pôles est verticale et les directions ont une logique transversale.

Le RP doit avoir autorité sur le personnel, il devra être vigilant dans la constitution des contrats pour ne pas être dépouillé par les directions fonctionnelles.

Quid des conflits entre RP et des directions locales comme les DRH par exemple?

Le point de vue de François Stierlé (Président du Syndicat des Urgences Hospitalières SUH)

La tarification à l'activité est confrontée à 2 contradictions :

- la tarification à l'activité suppose de fait une nouvelle organisation hospitalière avec ses pôles et sa délégation de gestion. Or les pôles semblent être aujourd'hui, pour les médecins peu investis dans la gestion médico économique, une sorte de « machin » destiné avant tout à faire passer la pilule de la T2A bien plus qu'une forme nouvelle d'organisation médicale rompant avec les cloisonnements anciens et mettant un peu plus de transversalité dans l'organisation hospitalière.
- la T2A mettant en concurrence entre eux les établissements publics paraît en contradiction, du moins fortement incompatible, avec une démarche de santé publique fondée sur les territoires de santé et une offre de soins organisée par les SROS. Pour dépasser ces contradictions et éviter que certains établissements sélectionnent des patients ou refusent certaines activités, comme la gériatrie par exemple, il faut que la réforme à terme organise l'offre de santé non plus établissement par établissement mais au sein d'un établissement public hospitalier de territoire permettant à la fois de mettre en œuvre la T2A mais aussi de mutualiser l'offre de soins au sein du territoire dans le respect des SROS.

MX - La psychiatrie hérite de moyens misérables, issus du trou du budget général déficitaire des hôpitaux : les choses ne risquent guère de s'arranger avec la T2A...

OB - La psychiatrie n'est pas soumise à la T2A. Il n'existe pas d'outil juridique permettant de « sanctuariser » les moyens de la psychiatrie, mais il existe bien une enveloppe budgétaire (hors T2A) permettant d'identifier les ressources des hôpitaux que les directeurs n'ignorent pas et un « plan santé mentale » du gouvernement avec des moyens budgétaires...

Question de la salle : Quels informations et pouvoir d'actions seront-ils donnés aux médecins, et qu'est-il prévu pour simplifier les procédures?

OB - La réforme a bien pour objectif de simplifier et non pas de complexifier les choses. Demain, plus qu'aujourd'hui, les médecins seront associés aux conseils exécutifs des hôpitaux.

HT - Que pensez-vous du problème de la compatibilité chefferie de service/direction de pôle?

O.B. - A priori, il n'y a pas d'incompatibilité formelle

Claude Gibert - Mais le règlement intérieur de l'hôpital peut la prévoir!...

RR - Il serait irréaliste de poser de telles exclusives, même si le principe de cumul peut déplaire...

Philippe Loirat - Le sens du collectif et la capacité managériale ne sont pas vraiment reconnus comme des qualités à l'hôpital. Résultat : ce sont les « grandes gueules » qui deviennent chefs de pôles. Tout cela pour dire qu'il manque quelques couches à la réforme...

OB - le renouveau du sens collectif correspond bien à l'esprit de la réforme...

AE - Il aurait été plus logique de former les gens à la gestion managériale avant d'établir une liste d'habilitation à la responsabilité de chef de pôle. De même, il fallait inverser la logique budgétaire dépenses/ressources. Et je note des frictions possibles quant à l'autorité sur les personnels...

FA - Les médecins des hôpitaux n'ont pas à priori d'appétence pour la gestion... Il faut cultiver, et planter cette graine dès les premières années d'études... Il faut former.

A propos de la T2A...

BM - Si j'étais chef de pôle, je ne prendrais pas les malades coûteux. Déjà, on voit des endroits où l'on pratique des actes inutiles et juteux, alors que des services structurellement pauvres ou vertueux en sont réduits à mendier ou à bricoler... La nature humaine étant ce qu'elle est, il ne faut guère se faire d'illusion : bonjour la santé publique! Cette réforme me semble ancrée dans le libéralisme ; elle ouvre la porte des licenciements dans les hôpitaux...

OB - Ce n'est pas une réforme d'inspiration uniquement libérale. Des licenciements? Je dirais qu'il y a une contradiction entre le statut de la fonction publique et la logique de la T2A. Quant aux actes inutiles que vous évoquez, ils sont proscrits par la déontologie et l'éthique médicale. Il existe des outils avec l'accréditation individuelle pour évaluer les pratiques, et éventuellement sanctionner celles qui doivent l'être. Plus généralement, il s'agit d'une question à la fois collective et individuelle.

RR - Arrêtons de parler de pôles excédentaires ou déficitaires. Il faut bannir ces termes de notre vocabulaire! La notion correcte est celle du respect ou pas des objectifs et des moyens.

François Aubart - Les pratiques perverses s'accommodent de tous les systèmes... Reste qu'on ne peut pas séparer l'activité médicale de son objet.

Claude Gibert - Si la T2A fonctionne bien, par définition il ne devrait pas y avoir de pôles excédentaires ou déficitaires. Mais le problème est que les médecins doivent être présents dans les comités de suivi et d'évaluation de la T2A ce qui n'est en fait pas le cas puisque le secret prévaut.

3. Université médicale

A propos des CHU

Claude Gibert - Les PH peuvent désormais partir à la retraite à 68 ans, comme les universitaires... Qu'en est-il pour les MCU ?



Ph Thibault, conseiller auprès du ministre de la recherche - Le conseil d'état a effectivement donné son feu vert pour les professeurs. Mais ce n'est pas d'actualité pour les assistants qui constituent un corps quantitativement important à l'université où je signale des créations de postes significatifs.

CG - Où en est-on de la réflexion sur l'articulation entre les CHU et les facultés de pharmacie ?

PhT - La logique n'est pas celle de l'intégration pure et simple ; il y aura une connexion entre l'AP-HP et les autres CHR d'une part et les facultés d'autre part. Les pharmaciens hospitalo-universitaires auront le même statut que leurs collègues des UFR médicales et d'odontologie. De manière générale, il est temps d'ailleurs de « toiletter » les conventions entre les hôpitaux et les universités, sous forme de contrats locaux.

CG - Certains pharmaciens sont chef de service hospitalier dans une ville et professeur d'université dans une autre...

PhT - Ce sont les descendants des anciens « turbo-profs »... Comme eux, ils disparaîtront progressivement : des échanges sont possibles au niveau national.

Francis Brunelle, conseiller auprès du ministre de la santé - Il faut avoir une réflexion hospitalo-universitaire à l'échelle interrégionale, par exemple calquée sur les 7 régions du « plan cancer » : ainsi, la masse critique devient plus grande, et on peut plus facilement trouver des solutions...

CG : nous n'oublions pas l'intégration au CHU de nos collègues des centres anti-cancéreux...

Gilles Aulagner - ... Au total, nous avons recensé 120 personnes au statut divers qui attendent cette intégration...

PhT - il y a une obligation de convention d'association entre les CHU et les centres anti-cancéreux ; cela dit, il faut être réaliste : cette intégration ne peut pas se faire en un jour.

CG - Faut-il envisager une modification du statut hospitalo-universitaire pour obtenir une revalorisation de la retraite ?

PhT - Schématiquement, le corps des PH est singulier. Dans la fonction publique, les PH sont dans une situation équivalente à celle des hauts fonctionnaires dont une part très significative de la rémunération est faite de primes.

Francis Brunelle - La moitié de la rémunération des ambassadeurs est constitué de primes. Et la plupart des hauts fonctionnaires dans cette situation ont prévu des modes de capitalisation personnelle pour leur retraite. Nous appartenons à ce corps des fonctionnaires !... et il est aussi impossible de transformer nos émoluments hospitaliers en salaires que de revaloriser nos salaires d'universitaire. A mon avis, donc, la seule piste possible de négociation syndicale est celle d'une surprime sur les émoluments hospitaliers qui permette à chacun de se constituer une épargne retraite de façon individuelle.

CG - mais le rôle des syndicats est de rechercher une meilleure voie !

Roland Rymer - cette affaire date de nombreuses années. En 98, nous avons perdu au Conseil d'état qui a malencontreusement qualifié notre activité hospitalière « d'accessoire » ! Reste qu'il existe

bien une différence entre notre situation et celles d'autres haut fonctionnaires, c'est que nous menons deux activités différentes, même si elles sont liées. D'autre part, les contraintes auxquelles nous sommes assignés sont surtout hospitalières. Une prime nous avait été attribuée en 1984, mais depuis elle n'a pas été revalorisée. D'après mes calculs, il faudrait donc nous octroyer une prime importante, de l'ordre de 2000 €. Sans compter qu'il ne faut pas oublier que de nombreux collègues ont entre 50 et 55 ans, et qu'il faut donc prévoir un rattrapage... En conclusion, je dirais qu'il ne faut pas trop attendre de la retraite additionnelle...

François Piette - Le statut de nos pères était lié à une espérance de vie de 10 ans de moins. D'autre part, nos responsabilités sont plus importantes que les leurs. D'où un mécontentement qui se traduit dans le fait que, malgré vos illusions, la carrière hospitalo-universitaire n'est plus très attractive...

Francis Brunelle - Il me paraît normal que certaines fonctions, chef de service ou directeur de pôle, soient rémunérés : c'était le cas avant la suppression de la prime pour les chefs de service par le ministre Jack Ralite.

A propos de la formation initiale, continue, et de la recherche

Claude Gibert : Quoi de neuf dans la formation initiale ?

PhT - Il faut surtout relever l'encombrement des amphis de P1 qui témoigne peut être d'une attirance des jeunes pour une garantie d'emploi... Mais pas forcément, hélas, pour la vocation de médecin...

FB - 85 % des étudiants de P1 se retrouvent « à la rue » sans équivalence au bout de 2 ans, et la rivalité entre eux entraîne des comportements scandaleux... c'est un gâchis lamentable, d'autant que le profil des 15 % admis est calqué à peu de choses près sur les résultats du bac. Pour en sortir, il nous faut séparer conceptuellement la sélection de la formation et réfléchir à un tri des candidats en amont ; il faut aussi prévoir des équivalences universitaires dans le cadre de la réforme LMD. Concernant le troisième cycle, il faut une réflexion sur des projets pédagogiques au niveau des pôles et au niveau interrégional qui, je le répète, permet d'obtenir une masse critique. Concernant le lien entre formation continue (FMC) et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), il y a une phrase que nous devons considérer comme gravée dans le marbre : « la FMC et l'EPP sont deux modalités d'une même obligation ».

Jean Gérard Gobert - les pharmaciens sont-ils concernés par l'EPP ?

Gilles Aulagner - Dans la précipitation, la loi du 9/08/04 a oublié la pharmacie... Cela nécessite une correction législative

Francis Brunelle - Oui, nous sommes d'accord !

FP - Ce qui se passe en P1 est vraiment un drame... les étudiants sont obligés d'avoir les moyens de débours 5000 pour s'inscrire dans des boîtes privées qui les font travailler à côté de la fac...

Roland Rymer - Le dogme de la sélection à la fin du P1 doit tomber ! Je suis donc satisfait par la position exprimée par Francis Brunelle sur ce point.

Claude Gibert - Et concernant la recherche ?

PhT - Une nouvelle commission est mise en place pour renforcer le côté scientifique de l'enseignement universitaire, tant en matière de recherche fondamentale que clinique. Un concours de type 2 existe pour accueillir des « chercheurs » dans la formation comme à l'hôpital.

CG - L'évaluation au nombre de publications reste-t-elle la règle ?... Il faudrait peut-être penser à élaborer un indice de performance...

PhT - La formule magique n'existe pas ! En tous cas, c'est une réforme considérable qui est en chantier...

FB - L'idée est d'identifier la recherche clinique pour la financer. Et cette idée est actée dans la loi, même si ce n'est pas évident

dans la pratique comme on l'a vu à l'hôpital Pitié-Salpêtrière où l'on n'avait pas prévu de construire un bâtiment pour la recherche.

CG - Quid de la mobilité ?

PhT - Elle entre en vigueur en 2006, sachant que la « bonne » mobilité est à l'appréciation du chef de sous-section. La mobilité « idéale » est à l'étranger ou dans une unité de recherches Inserm ou CNRS. Ce qui est prévu, c'est qu'il faut accumuler un an à temps plein par période minimale de trois mois pour valider la mobilité.

Roland Rymer - Qu'en est-il des exceptions, par exemple pour un collègue au 7^e échelon ?

PhT - L'obligation de mobilité ne concerne que les concours de type 1, soit un sixième des postes.

BL - Ne faudrait-il pas songer à scinder les trois missions de recherche, d'enseignement et d'activité hospitalière ?

PhT - Pour l'instant, il n'est pas envisagé de modification du statut d'enseignant chercheur, et ce statut est même reconnu pour les assistants.

FB - Je suis très attaché à ce statut particulier si riche qui est au fondement de la clinique selon Michel Foucault. Donc, selon moi, il ne faut pas y toucher ! Il est vrai qu'il peut y avoir des pondérations dans les activités qui évoluent dans le temps de la vie professionnelle. Et puis, il faut ajouter une quatrième mission : celle du management, pour laquelle nous devons nous former.

4. Statuts, contrat, temps plein et temps partiel

A propos de la création d'un Centre national de gestion (CNG) des carrières des praticiens et des directeurs



Daniel Toupiller (DHOS) introduit le sujet en résumant les explications livrées dans notre précédent numéro (voir son interview dans Officiel santé n° 30, page 20). Notre ambition est que ce centre soit basé à Paris (même si ce n'est pas évident face à la volonté de décentraliser de telles structures...), et l'équipe actuelle de la DHOS en charge de la gestion pourra être intégrée au CNG. Celui-ci disposera de

moyens plus efficaces et plus souples : je prend le pari qu'un après sa création, nous constaterons ensemble une amélioration de la gestion des carrières !

Question de la salle : combien de personnes seront-elles employées dans ce centre ?

Danielle Toupiller (DT) : à terme, c'est-à-dire dans trois ans, une centaine - contre 36 aujourd'hui.

François Aubart : la nouvelle catégorie de praticiens « hors cadre » - dits « en position de recherche d'affectation » - est agitée par certains comme un chiffon rouge. D'aucuns parlent de la création d'une « voie de garage » en lien avec les restructurations...

Danielle Toupiller : C'est un point sensible en effet, prétexte à beaucoup de contre-vérités, même si je comprend certaines inquiétudes qui sont légitimes. La loi prévoit que les restructurations ne peuvent pas placer de praticiens en position de recherche d'affectation. Les syndicats ont demandé et obtenu la garantie de départ avec son poste, avec le principe absolu du volontariat. La position de « recherche d'affectation » est différente. Elle concerne un petit nombre limité de praticiens et de directeurs (entre 30 et 50) en difficultés de carrière, et cela correspond à des situations qui sont gérées empiriquement aujourd'hui.

Question de la salle : de quelles types de difficultés s'agit-il ?

D.T. : Cela touche au comportement au travail en relation avec l'équipe, les compétences... on se situe là à la limite des voies disciplinaires.

JCW - La gestion actuelle fonctionne bien et le système donne lieu aujourd'hui à peu de contentieux : il ne sera donc pas évident de faire mieux ! Aujourd'hui, le traitement est humain et on veut mettre en place une « machinerie » à l'image de ce qui se fait dans l'administration territoriale...

JM - J'ai été personnellement suspendu sans raison, et sans pouvoir me défendre !

Danielle Toupiller - Je m'engage à regarder de près votre dossier... Votre situation illustre peut-être les limites du système actuel. Nous voulons faire en sorte d'objectiver les débats avec des procédures contradictoires...

AE - Je soutiens la création de ce Centre mais sa création souffre d'un problème de communication !

Gilles Aulagner - Concernant les contentieux, il faudrait se pencher sur le mode d'analyse des dossiers.

DT - Il faut que s'applique le principe d'équité, dans le cadre de procédures claires.

A propos de l'articulation temps plein/temps partiel et activités publiques/activités privées

Jean-Gabriel Brun - J'ai personnellement rejoint l'hôpital public à temps partiel il y a deux ans : aujourd'hui, j'ai 57 ans et je suis au 5^e échelon ! Parmi ce que j'appelle « les sept péchés capitaux » de la réforme Debré, on peut relever la confusion entre temps plein médical et hospitalier, la généralisation du temps plein médical et l'existence d'un secteur libéral interne au service public. L'avenir est de recoller les morceaux avec les SROSS III, les concepts émergents étant ceux de la recomposition des équipes, de la



rémunération au prorata- temporis, l'embauche de praticiens à temps partiels plutôt que de « mercenaires ». Les activités libérales doivent se pratiquer en clinique privée et pas à l'hôpital ! En définitive, le « temps plein hospitalier » est un vieux mythe dont il faut se détacher...

Roland Rymer - On peut effectivement penser à une unification des statuts : pourquoi pas un seul statut « temps plein, temps partiel et attaché » ? Les praticiens ayant la possibilité de « varier la voilure » de leurs activités...

CG - En tout cas, les praticiens de statut « temps plein » qui pratiquent une activité libérale pendant deux demi-journées à l'hôpital devrait se voir amputer leurs salaire d'autant !

Danielle Toupiller - le temps partiel n'a pas la même histoire que le temps plein. Aujourd'hui, il n'existe pas de stricte équivalence prorata temporis, pas de mêmes assises pour le calcul de la retraite et pas non plus forcément de double activité des praticiens à temps partiels (en particulier s'agissant des femmes qui sont de plus en plus nombreuses à exercer à mi-temps à l'hôpital et qui s'occupe le reste du temps de leur foyer). Le relevé de décision signé par vos organisations a convenu d'ouvrir le débat pour un rapprochement des deux statuts temps plein et temps partiel, voire même d'aboutir à leur fusion. En la matière, il n'est pas innocent que nous ayons déjà fusionné les deux concours de praticiens hospitaliers. De même, le CNG unifiera la gestion des statuts. Concernant la reprise d'ancienneté pour les temps partiels, il y a un problème d'équilibre et d'équité vis-à-vis des temps plein : un décret fixera prochainement les règles applicables.

François Piette - Il y a un décalage persistant entre le recrutement et la date d'ouverture des postes des temps partiels (mars 2006 pour l'année 2005).... Ce pourrait être la source de plaintes !

DT - c'est effectivement un problème sur lequel je vais me pencher, mais précédemment ce point était l'objet d'une gestion régionale, avec des différences entre les régions...

Petit vade-mecum de la « Part Variable Complémentaire » du revenu (PVC)

La PVC est un complément de rémunération. Elle concerne potentiellement les PH temps plein et temps partiel, les PU et MCU PH, les CCA et assistants, les Praticiens attachés. Elle est mise en œuvre en 2005 pour les psychiatres et les chirurgiens et sera progressivement étendue aux autres spécialités à partir de 2006.

La PVC est fixée à 5 % de la rémunération au 1er juillet 2005 et pourra atteindre 15 % au 1er juillet 2007. Elle est collective mais sera versée individuellement en sus de la rémunération statutaire.

La PVC est volontaire. On y accède par un engagement collectif d'une équipe. Cette équipe est constituée de façon homogène à l'intérieur d'un pôle. L'équipe prend un ou plusieurs engagements. Ces engagements sont contractualisés. Ils concernent l'accréditation individuelle (il s'agit de l'engagement à la déclaration des événements indésirables dans le cadre de la gestion des risques, à l'engagement dans des procédures d'efficience des soins ou encore des engagements d'activité et de qualité). Pour les psychiatres la prime d'exercice peut se substituer à la PVC. Le contrat fixe les engagements ainsi que les indicateurs de suivi. Le contrat devra trouver sa place dans l'organisation en pôle.

Une concertation est en cours avec les organisations syndicales pour préciser les conditions de mise en œuvre de la PVC. Il s'agira aussi de définir les procédures déclenchées en cas de désaccord lors de l'élaboration, la mise en œuvre ou le suivi du contrat signé entre l'équipe concernée et la direction.

BL - On peut estimer que l'analyse de JG Brun est juste, mais on peut aussi en faire un éclairage inverse selon lequel le problème est le paiement à l'acte. D'où la solution qui résiderait dans le salariat de tous les médecins dans les structures publiques comme privées.

François Aubart - Ce sujet vient à point !... Pourquoi pas un salaire plus une part de rémunération contractuelle à l'hôpital comme en ville ?

Jean-Gabriel Brun - Nous ne sommes pas « à croc » du paiement à l'acte dans la mesure où notre exercice porte sur des actes lourds. La tarification à la pathologie est une alternative à la tarification à l'activité (T2A), mais c'est bien celle-ci qui a été décidée...

FF ? - On observe des cas de non respect des règles et de concurrence déloyale...

DT - Une enquête de l'IGAS est en cours...

A propos de la « part variable complémentaire »

Danielle Toupiller - D'après les premiers relevés, encore provisoires, 78 % des tableaux de service sont remplis.

François Aubart - ce chiffre prouve que la balle est dans le camp des directions hospitalières...

D.T. - la part variable complémentaire (PVC) est un principe innovant. Des interrogations se sont exprimées dans la presse : la PVC est-elle compatible avec la déontologie ? La réponse est oui, et un avis du Conseil d'état a confirmé sa légalité. A ce sujet, il faut bien admettre que l'égalité parfaite n'existe dans aucun statut. L'esprit de ce régime indemnitaire est la rémunération d'engagements supplémentaires.

Roland Rymer - Peut-on rapprocher la PVC de la notion d'intéressement ?

D.T. - c'est un sujet délicat et polémique : ce mot d'intéressement est rejeté par les syndicats de la fonction publique qui y voient la marque d'un processus de privation du service public hospitalier. Ce n'est pas notre intention ; il n'est pas question de dénaturer l'hôpital public !

En fait, oui, la PVC correspond bien à l'esprit de l'intéressement : il s'agit d'une reconnaissance (et non pas d'une récompense) pour les missions assurées par les équipes médicales, et de même pour les directeurs d'hôpitaux d'ailleurs.

Claude Gibert - Rassurez-nous : il s'agit bien toujours d'une part... en plus ?

D.T. - Oui, effectivement !

PB - il y a tout de même une petite inquiétude sur la faisabilité, puisque cela représente une augmentation de la masse salariale...

François Aubart : Nous l'avons chiffrée : si l'on suppose que le bénéfice de la PVC s'applique au moins 50 % des équipes, cela représente une augmentation de la masse salariale de 15 %, soit 250 millions d'euros. Nous avons demandé une montée en charge progressive, et je rappelle qu'il s'agit d'une part collective (attribuée à des équipes) à effet individuel.

Jean Gérard Gobert - quel est le timing d'entrée en vigueur de cette part complémentaire, et pour quelles spécialités ?

D.T. : Dès 2005 pour les psychiatres et les chirurgiens ; à partir de 2006 progressivement pour toutes les spécialités... mention spéciale pour les biologistes et les pharmaciens engagés depuis longtemps dans les procédures qualifiées.

François Sterlié - il faut garder à l'esprit que cette part peut être aussi perdue, en fonction d'un investissement qui peut baisser à un moment de la vie : c'est un problème qui se posera dans quelques années...

AE - Tout le monde n'en sera pas bénéficiaire. Cette part complémentaire correspond à un contrat : rien n'est acquis !... et c'est le lot de toutes activités humaines.

D.T. - Notre devoir est de motiver. La PVC n'est pas une amélioration de la grille indiciaire, mais une reconnaissance de l'effort et de l'engagement.

François Aubart - dans le statut actuel, il existe des différences de rémunérations entre les praticiens qui peuvent aller jusqu'à 35 %. Mais ces différences sont peu transparentes.

AT - Ce qui s'est passé avec le temps additionnel a de quoi nous rendre inquiets. Je ne suis donc guère optimiste, d'autant que dans cette affaire le praticien n'est pas seul en cause : le chirurgien dépend du brancardier...

D.T. - La PVC est assise sur un objectif médical, et elle doit respecter un équilibre entre la quantité et la qualité. Le bon esprit dans lequel nous sommes doit nous permettre de trouver des indicateurs simples et efficaces pour décider de son attribution : en la matière, je crois en la vertu de l'exemple. Concernant les plages additionnelles pour les psychiatres et les chirurgiens, nous espérons aboutir sur les indicateurs avant la fin novembre.

FF - L'organisation que je représente est assez favorable à ce principe de part variable complémentaire.

FT - Ne faisons-nous pas preuve d'angélisme ? On se situe dans une phase de recherche d'économies qui ne sont pas forcément reliées à des contrats de qualité.

D.T. - Je m'en tiens au principe de réalité : nous savons qu'il reste des économies possibles et une marge d'auto-financement, en plus de la montée en charge de la T2A. Reste que nous devons trouver des moyens complémentaires pour financer la PVC.

DF - Les hospitalo-universitaires sont-ils concernés ?

D.T. - Oui, ils sont éligibles à la PVC, même si ce sont des fonctionnaires d'état. Les assistants, CCA et praticiens attachés le sont aussi. ■

LA PART VARIABLE COMPLEMENTAIRE DE REMUNERATION ENTRE A L'HOPITAL

*Interview du Docteur François AUBART
président de la Coordination Médicale Hospitalière (CMH).*

Officiel Santé - Qu'est ce que la PCV (part complémentaire variable) qui entre à l'hôpital ?

François Aubart : L'un des objectifs actuels des réformes est de remettre le médecin au centre des organisations. La responsabilité médicale s'est délitée depuis 15 ans expliquant une bonne partie des dysfonctionnements observés. Pour se réapproprier les responsabilités d'organisations, les médecins doivent investir le champ de la responsabilité médico économique. Ces nouvelles missions vont nécessiter de la part des médecins un investissement et des nouvelles compétences que sont la gestion, l'évaluation des pratiques... Cet effort nécessite absolument une reconnaissance. C'est la raison pour laquelle nous avons souhaité la création de cette part variable complémentaire indispensable pour soutenir l'engagement des équipes dans ces nouvelles démarches.

OS - Quand et à qui est destiné cette PCV ?

FA - La PCV se met en place en 2005 pour les psychiatres et les chirurgiens. A partir de 2006 et au plus tard en 2007, elle concernera progressivement l'ensemble des spécialités. Cette part variable est attribuée contractuellement à une équipe dans sa globalité mais sera attribuée individuellement. L'équipe concernée sera le plus souvent identifiée à partir de la spécialité réalisée. C'est donc l'ensemble des membres de l'équipe, PH temps plein et temps partiel, PU et MCU PH, assistant et chef de clinique qui doit en bénéficier. La part variable est établie à 5 % de la rémunération en 2005 et atteindra 15 % au 1^{er} juillet 2007 tel le prévoit l'accord signé le 31 mars dernier par la CMH, le SNAM HP et L'UCCSF alliance.

OS - Quels seront les engagements de l'équipe pour contractualiser sur la PVC ?

FA - L'accord prévoit trois types de situations ouvrant ce droit nouveau. Il s'agit d'abord de l'accréditation conçue au sens de la loi sur l'assurance maladie, c'est-à-dire de l'engagement dans la gestion des risques. Un décret doit d'ailleurs prochainement sortir pour en définir les termes. La deuxième façon d'entrer dans la PVC porte sur l'amélioration de l'efficacité des soins. Cet engagement est établi à partir d'indicateur identifiable portant sur la charge de travail et des critères de bonnes pratiques professionnelles. Ces critères seront concertés avec le comité national de suivi de l'accord.

Enfin, des engagements liant l'activité et la qualité pourront être pris. Il ne convient évidemment pas de transformer les praticiens hospitaliers en stakhanovistes d'actes techniques mais il convient d'encourager les pratiques associant un bon niveau d'activité avec le respect de procédures qualité. Le contrat pourra donc porter sur tout ou partie de ces engagements.

OS - Et pour les psychiatres ?

FA - Ils auront une alternative éventuelle à la part variable qui est l'attribution de la prime multi sites correspondant à un travail sur le secteur et un travail de liaison.

OS - Comment va être financée cette mesure ?

FA : l'accord prévoit un financement supplémentaire qui a déjà été acté, dans une première phase pour les chirurgiens et psychiatres. Pour ces deux disciplines, une dotation supplémentaire de 40 millions d'Euros sur 3 ans est prévue. Il convient qu'en 2006 et en 2007, cet effort financier se poursuive. Mais par ailleurs, le dispositif sera en partie financé à partir de la réorganisation des activités médicales et de la mise en place de la T2A.

OS - Et si un conflit apparaît entre l'équipe concernée et la direction lors de la discussion sur le contrat PVC ou sur sa mise en œuvre, que se passera-t-il ?

FA - Nous avons bien sûr imaginé cette éventualité ! C'est la raison pour laquelle une commission régionale paritaire a été créée. Cette commission est composée à parité des représentants des tutelles et des CME d'une part, des organisations syndicales de praticiens d'autres parts. Cette commission aura en charge l'analyse des situations à problème et éventuellement proposera des solutions. Au plan national, le comité national de suivi de l'accord du 31 mars sera à même de centraliser les travaux des commissions régionales et, le cas échéant, de faire évoluer le système. Il est donc particulièrement important que les équipes dialoguent avec leur représentant dans ces commissions pour que la mise en place de la part variable complémentaire devienne à la fois réalité et élément de dynamisation pour les équipes.

PHARMACIE

le SNPHPU : un syndicat au service de la sécurité sanitaire des patients, hier, aujourd'hui et demain !

par le Pr Philippe Arnaud, président du SNPHPU et les membres du conseil d'administration

La revendication de rejoindre le statut des médecins et biologistes constituait la démarche syndicale vitale pour amener le Corps des Pharmaciens des Hôpitaux au même degré de compétitivité hospitalière que leurs collègues hospitaliers.

Les années à venir s'annoncent comme celles de toutes les expérimentations, de tous les fantasmes, et de tous les dangers... et des opportunités de toutes ces avancées.



Gouvernance, mise en place des pôles, tarification à l'activité, révisions des statuts, part variable, retraite hospitalière et hospitalo-universitaire, fin de l'application des mesures relatives à la permanence médicale et pharmaceutique, contrats de bon usage, partenariats public/privé, réseau ville hôpital, dispensation aux patients ambulatoires, centralisation de la préparation des anticancéreux et de produits à risque etc. sont autant de dossiers stratégiques sur lesquels la profession doit se positionner clairement dans le respect des principes qui lui permettent de jouer son rôle de santé publique.

Jamais nos structures hospitalières, pourtant habituées aux remous réformatrices et aux soubresauts technocratiques, n'ont été soumises à une telle révolution. Il est de notre responsabilité d'être aiguilleur, plutôt qu'aboyeur passif ou spectateur d'un train dont la locomotive peut à tout moment

s'emballer. L'engagement de chaque instant du S.N.P.H.P.U. a fonctionné, fonctionne et fonctionnera toujours sur ce mode mobilisateur, loin des sirènes consuméristes.

L'adhésion du S.N.P.H.P.U. à la Coordination Médicale Hospitalière (C.M.H.), leader de la représentativité médicale hospitalière est le garant de notre reconnaissance médicale dont il est l'initiateur et le fondateur. Nous sommes acteurs directs de l'offre de soins, comme le montrent les multiples missions qui nous sont confiées. C'est l'action militante du S.N.P.H.P.U., relayée par la C.M.H, qui nous permet de bénéficier, pour les faits les plus récents de l'intégration de la Pharmacie dans le C.H.U. en 2006, de la mise en place de la part variable et de la réforme du statut de PH. Ces résultats sont le fruit de la lutte de chaque instant engagée par le S.N.P.H.P.U. pour la défense du statut, axe prioritaire du respect de notre indépendance professionnelle et de la mise à disposition désintéressée de nos compétences au service des malades. L'investissement direct du S.N.P.H.P.U., illustré par sa présence active à la table des négociations actuelles montre que les Pharmaciens ne resteront pas sur le quai d'une réforme qui aurait pu se faire sans eux.

Le S.N.P.H.P.U. est la force de propositions qui a permis d'appliquer la même logique professionnelle au médicament, au dispositif médical, à la stérilisation et à la radiopharmacie, ces trois dernières activités étant désormais dans le champ d'action pharmaceutique. Ce mouvement s'est accompagné de l'obtention de moyens pour lesquels notre syndicat s'est battu et continuera à se battre bec et ongles. Le S.N.P.H.P.U. reste extrêmement prudent devant les grandes déclarations d'intention de nos tutelles. En effet,

elles se traduisent par un harcèlement textuel qui dissimule démagogiquement l'ouverture des parapluies... sous couvert de Bonnes Pratiques. Bonnes pratiques qui lorsqu'elles sont inapplicables amènent nos directions à externaliser plutôt qu'à mettre à niveau nos services. Il est de notre responsabilité de dénoncer le risque qui en découle : la perte du cœur de notre métier.

Ce combat de chaque instant s'accompagne de la défense acharnée de tout professionnel qui voit l'intégrité de son exercice bafouée. Qui, mieux que le S.N.P.H.P.U. défend les intérêts moraux et professionnels individuels et collectifs des Pharmaciens devant certains abus de pouvoir ? Qui d'autre que le S.N.P.H.P.U. a soutenu les confrères dont les justes causes semblaient perdues ? Qui d'autre vous soutiendra, si au nom de l'autonomie de gestion, la gouvernance devient l'outil de la volonté d'asseoir un pouvoir technocratique, au détriment de la médicalisation des structures de soins ?

Nous défendons l'intégration de la pharmacie au CHU parce que :

- L'absence de vision prospective stratégique en 1958 a conduit les disciplines pharmaceutiques à se séparer du corps médical
- Cette séparation a eu pour conséquences la création du corps des pharmaciens résidents en 1972, instituant un statut d'économistes médico-administratifs
- Cela nous a empêchés de participer à la création du statut de praticien hospitalier en 1984, handicap que nous avons pu combler, grâce à un combat incessant pour notre intégration dans ce corps en 1988.
- Nous voulons que les futurs pharmaciens soient formés par des praticiens ayant un exercice professionnel pour éviter la dissociation entre ce qui

s'enseigne et ce qui se pratique et éviter la transformation de nos facultés en IUT.

– Cette intégration de la pharmacie au CHU pérennisera les facultés de pharmacie et permettra d'avoir des pharmaciens mieux formés.

Nous défendons un service public de la santé, répondant aux attentes des patients, axé sur la qualité et la sécurité des soins. C'est pourquoi nous revendiquons :

- Un exercice au service du malade, en collaboration avec nos collègues médecins
- Une participation pleine et entière à l'équipe de soin autour du patient
- Un exercice **responsable**, indépendant de toute ingérence administrative. Nous sommes des praticiens, et à ce titre réalisons des actes intellectuels qui nous engagent et nous revendiquons cet engagement.
- Les moyens de faire valoir notre savoir-faire dans nos domaines de compétences électifs : lutte contre l'iatrogénèse médicamenteuse et les infections nosocomiales, évaluation scientifique et médicalisée des produits de santé, circuit du médicament et juste prescription, bon usage des soins...
- La sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux et un système d'information performant contribuant à la fois à la sécurité sanitaire des patients et une maîtrise médicalisée des dépenses de santé dans un objectif de juste prescription en facilitant l'accès à l'innovation.

Cette vision du service public nous a conduit avec la CMH à accepter une approche dynamique et renouvelée de notre exercice. Nous voulons :

- Aller de l'avant en nous appropriant la réforme en cours
- Que la nouvelle gouvernance, les pôles, la T2A... soient l'occasion de mettre, enfin, un frein à la bureaucratie

hospitalière qui étouffe tout projet innovant. Nous sommes décidés à nous y investir

- L'organisation en pôle est un combat important pour préserver l'indépendance de l'exercice de la pharmacie hospitalière. Oui à des pharmacies organisées en pôle si elles ont la masse critique suffisante si non oui à une intégration dans des pôles médicaux dont la vocation et les objectifs sont communs
- Assumer notre rôle en sécurité sanitaire dans un exercice dépoussiéré

Nous sommes un syndicat défendant les intérêts moraux et matériels des praticiens :

- Nous défendons un statut unique de praticiens
- Nous sommes favorables à un assouplissement des mesures

de recrutement des assistants et anciens internes pour leur garantir une carrière harmonieuse

- Nous défendons le DES de pharmacie hospitalière comme voie d'accès à la carrière de praticien hospitalier et de praticien hospitalo-universitaire
- Nous revendiquons la spécialisation en pharmacie hospitalière pour le public et le privé
- Nous disons oui à la revalorisation des astreintes

Nous sommes un syndicat défendant les conditions d'exercice dans nos PUI

- Nous défendons la présence des COMEDIMS
- Nous défendons la reconnaissance de notre autorité hiérarchique sur les personnels de la PUI, et **refusons énergique-**

ment l'intrusion des directeurs de soins dans ce domaine

- Nous défendons des préparateurs exerçants dans nos PUI sous l'autorité effective des pharmaciens. Nous sommes engagés dans la phase de valorisation des acquis et de l'expérience professionnelle pour trouver une solution à la carrière de préparateurs ayant dépassé la limite d'âge pour l'année hospitalière et dont les compétences doivent leur permettre de poursuivre une carrière dans nos PUI.
- Nous exigeons la présence d'un pharmacien dans chaque site géographique desservi par la PUI, afin d'effectuer un exercice de proximité garant de la qualité des soins dispensés. Nous dénonçons les regroupements abusifs de PUI qui relè-

vent d'intérêts qui n'échappent à personne

- Nous déplorons les textes cafouilleux sur la rétrocession qui ont gâché l'occasion d'une belle réforme de la complémentarité ville-hôpital dans l'intérêt du patient à laquelle nous sommes très attachés
- Nous revendiquons une régionalisation de l'Ordre des pharmaciens, en l'absence de conseils régionaux où les pharmaciens hospitaliers sont présents, aucune instance ordinale ne pourra défendre la profession alors que toutes les décisions seront, elles régionalisées

Nous vous défendons individuellement, nous l'avons montré à de nombreuses reprises, chaque fois que votre exercice est mis en danger par l'organisation défaillante de nos établissements.

- Nous témoignons pour vous devant les tribunaux correctionnels
- Nous vous défendons vos

LIBRE PROPOS

Cher J. de K...

L'hôpital serait malade voire moribond. Tous les Diafoirus, experts en santé, nous livrent le même diagnostic avec d'autant plus de certitude qu'ils n'appartiennent pas aux professionnels de santé. Dès lors rien de mieux pour soigner le malade que des ordonnances pour prescrire la réforme. La démocratie parlementaire s'abstiendra mais la thérapeutique doit être si forte et si rapide qu'elle ne souffre aucun débat qui pourrait en retarder la mise en œuvre. Pourtant on nous parle de 2007 voire même de 2010 ou 2012. Serions-nous donc frappés d'amnésie au point d'oublier nos anciens qui nous apprenaient que.

L'anamnèse de l'hôpital public vous conduit, de communiqués en consultations radiophoniques et télévisuelles, à poser votre propre diagnostic. Les maux dont souffre le patient se déclinent, en un rapide résumé, au tour de deux grandes pathologies : le règlement et les salaires.

Honneur à l'homme, commençons par la deuxième.

Certes la masse salariale constitue la part la plus importante des budgets hospitaliers publics (pour les hôpitaux privés, la rémunération des personnels médicaux ne figure pas dans les comptes or elle représente le double en pourcentage de celle des hôpitaux publics) et il est dès lors tentant qu'en quelques coups de bistouri aveuglément administrés on espère trouver une efficace thérapeutique. Nul n'échappe à votre ire chirurgicale. Personnel soignant, personnel médical sont trop payés, voire pléthore, pour ce qu'ils font ou ce qu'ils produisent. Mais connaissez-vous un autre service que le service public hospitalier qui, 24 heures sur 24, 365 jours par an, fonctionne sans discontinuer ? L'on pourrait certes revenir au temps des religieuses, soignantes dévouées des hospices d'enfant, à qui l'on confierait la charge d'administrer aux malades de l'eau bénite en lieu et place de nos onéreuses thérapeutiques. Nos concitoyens, lorsqu'ils nous confient le traitement de leurs souffrances, y trouveraient-ils satisfaction ? Rien n'est moins sûr. Quant aux praticiens, une nuit d'astreinte ne vaut guère mieux qu'une heure de travail de jour d'aussi honorables professions que plombier ou garagiste. Par chance leur téléphone ne sonne pas la nuit ! Ne préféreriez-vous pas être opéré par un chirurgien reposé que par un praticien commençant sa journée après une garde agitée. Les pilotes de ligne ont depuis longtemps compris ce risque bien que, sans méconnaître leurs responsabilités, ils soient assistés par leur machine. Quant au chirurgien il doit quant à lui se fier avant tout à lui-même.

Que dire du règlement ?

Il est certes volumineux. Mais vous qui êtes passé de la science de la terre à la direction des hôpitaux auriez-vous oublié le fondement de cet acharnement textuel ? La sécurité de l'anesthésie serait-elle ce qu'elle est si elle avait été laissée au bon vouloir de chaque établissement ? Le niveau de performance atteint par les stérilisations hospitalières l'aurait-il été sans le renfort du décret et de l'arrêté ?

Les textes sont parfois pesants voire source de paralysie. Nous partageons au moins le même point de vue sur le code des marchés publics. Mais pouvons-nous quitter la bannière étoilée européenne sans risque en la matière ? Mais c'est aussi pour permettre au Ministre, au Directeur des Services Centraux des ministères de ne plus être mis en cause dans des affaires de santé public que notre code de la Santé pèse si lourd ce qui permet aussi de reporter la responsabilité sur ces « baudets » de praticiens.

Il est d'autres questionnements que vous auriez pu évoquer dans vos diverses interventions et que nous aurions partagés. Ainsi quel est le coût financier des instances créées ces dernières années (MEAH, etc..) et pour quel retour sur investissement ? N'est-on pas à la limite du gaspillage quand on confie à des officines privées des audits, enquêtes et autres études que les professionnels ont déjà conduites depuis des années.

Cordiales salutations.

Thomas DIAFOIRUS



intérêts devant les tribunaux administratifs

- Nous vous soutenons devant les instances ordinaires
- Nous vous aidons à constituer vos dossiers de défense en cas de mise en cause disciplinaire
- Nous vous défendons devant les conseils de discipline

Nous serons présents dans les nouvelles commissions régionales statutaires, grâce à notre appartenance à la CMH, et continuerons à vous défendre

- Nous croyons que la diversité est un gage du respect de vos droits

En résumé, le SNPHPU est engagé au plus près du patient pour mettre en valeur notamment le savoir-faire pharmaceutique et sauvegarder l'indépendance professionnelle. Le SNPHPU est dans la CMH aux côtés des médecins et souhaite que les avancées soient superposables dans nos deux métiers. Le SNPHPU est toujours présent pour la défense individuelle et efficace des collègues. ■

le Congrès Français d'Urologie 2005

Paris, du 16 au 19 novembre



éditorial



A l'occasion du 99^e Congrès Français d'Urologie (Paris, 16 au 19 novembre 2005), Officiel Santé redonne la parole aux urologues et aborde plusieurs thèmes d'actualité.

Le premier article concerne les recommandations de la Haute Autorité de Santé, sous la plume du docteur Rosemary Ancelle-Park, à propos des éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate. Le cancer de la prostate est devenu le cancer le plus fréquent et la deuxième cause de mortalité par cancer chez l'homme. Ce problème de santé publique devient de plus en plus important du fait de l'augmentation de la durée de vie. Le dépistage du cancer de la prostate a pour objectif la détection du cancer à un stade précoce et asymptomatique. Plus le diagnostic du cancer est fait à un stade précoce, plus les chances de guérison du patient sont élevées.

Dans l'attente des résultats définitifs des études européenne (ERSPC) et américaine (PLCO) sur le bien-fondé d'un dépistage de masse ou organisé, une recommandation est nécessaire pour informer les patients et leurs médecins sur une meilleure utilisation des tests actuellement disponibles.

L'Association Française d'Urologie (AFU) propose une recommandation sur le dépistage du cancer de la prostate : dosage de l'antigène prostatique spécifique (PSA) et toucher rectal tous les ans entre 50 et 75 ans, et dès 45 ans s'il existe un risque familial ou ethnique.

Le dépistage du cancer de la prostate est une logique d'information. Les médecins ont un rôle prépondérant dans l'information correcte des patients et la bonne utilisation des outils, libre au patient correctement informé (probabilité du diagnostic, possibilité de faux négatif, anxiété liée à un résultat positif, traitement et ses conséquences) de donner un consentement éclairé.

L'article d'Arnaud Méjean et des membres du sous-comité rein du comité de cancérologie de l'AFU fait le point sur le traitement chirurgical élargie de référence des tumeurs du rein de gros volume.

Actuellement, les tumeurs du rein sont de découverte fortuite échographique dans plus de 50 % des cas, ces tumeurs en général de petite taille (inférieures à 3 cm) peuvent relever d'une chirurgie partielle.

De nouvelles modalités thérapeutiques mini-invasives (radiofréquence et cryoablation) par voie percutanée ou laparoscopique vont voir le jour pour traiter ces petites tumeurs.

L'article de Paul Meria envisage la stratégie actuelle de prise en charge des calculs urinaires. La chirurgie est devenue l'exception. Les techniques mini-invasives (lithotripsie extra-corporelle ou urétéroscopie) permettent de régler la plupart des situations.

L'article de Pierre Bondil aborde le problème de la dysfonction érectile. L'insuffisance érectile est devenue le symptôme révélateur d'une pathologie vasculaire sous-jacente et nécessite un bilan adapté. De nombreuses solutions thérapeutiques médicales permettent d'y pallier.

Quant au déficit androgénique lié à l'âge, il nécessite une confirmation biologique et un avis urologique indispensable pour éliminer tout risque de cancer de la prostate avant d'envisager une androgénothérapie substitutive.

Pour terminer, je voudrais insister sur le Congrès Français d'Urologie, présidé cette année par Jean-Michel Dubernard (professeur d'Urologie et président de la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales de l'Assemblée Nationale).

Il s'articule autour de trois thèmes :

- **humanitaire** en fixant les enjeux et en s'appuyant sur les expériences urologiques pour améliorer la coordination des actions en cours et futures,
- **organisationnel**, avec la définition d'un parcours de formation pour les nouvelles technologies, la mise en place de l'évaluation des pratiques professionnelles et la « régionalisation » de l'AFU,
- **scientifique** avec le rapport du congrès sur les « biomatériaux en urologie et le génie tissulaire » et comme chaque année, le forum des comités scientifiques, les états de l'art, des séances vidéo et de communications...

L'AFU, qui fédère l'urologie française depuis plus d'un siècle, est une discipline d'avenir du fait de l'augmentation de la durée de vie.

Christian COULANGE

Président de L'Association Française d'Urologie

Le cancer du rein : le traitement chirurgical de première ligne

Arnaud Méjean*, Jean Dominique Doublet, Jean Philippe Fendler, Hervé Lang, Jean Jacques Patard, Thierry Piéchaud, Antoine Valéri

(Comité Rein du Comité de Cancérologie de l'Association Française d'Urologie)

Hôpital Necker*, Paris



Dr Arnaud Méjean

La néphrectomie élargie est le traitement de référence des tumeurs rénales limitées à l'organe ou localement avancées. Les taux de survie rapportés à 5 ans sont de 75 à 95 % de survie pour les maladies localisées, 65 à 80 % en cas d'envahissement de la graisse ou de la surrénale, 40 à 60 % en cas d'envahissement veineux, 10 à 20 % en cas d'envahissement ganglionnaire et 0 à 5 % en cas de métastases à distance (1). Les principes carcinologiques restent classiques, à savoir contrôle et ligature première des vaisseaux puis exérèse de la totalité du rein et de sa graisse sans effraction tumorale. Les indications de la surrénalectomie et du curage ganglionnaire doivent être mieux précisées en regard des résultats de la littérature.

Surrénalectomie

L'atteinte métastatique surrénalienne isolée est rare (2 %) alors que 2/3 environ des localisations

surrénaliennes sont associées à d'autres métastases (2, 3). Les taux de métastases surrénaliennes pour les tumeurs pT1-2 et pT3-4 sont respectivement de l'ordre de 1 % et 10 % sans que la localisation tumorale n'apparaisse comme facteur de risque (3-6). Par ailleurs la valeur prédictive négative du scanner pour la détection des métastases surrénaliennes est de l'ordre de 99 %. La surrénalectomie est donc recommandée lorsqu'il existe une anomalie à la tomodensitométrie ou lors des néphrectomies pour des tumeurs T3-4. Pour les tumeurs T1-2, la surrénalectomie n'est pas recommandée même en cas de localisation polaire supérieure.

Curage ganglionnaire

L'envahissement ganglionnaire est lié au stade de la tumeur : 2 à 9 % dans les maladies localisées vs 45 % en cas de maladie localement avancée ou métastatique (1). La seule étude prospective randomisée réalisée à ce jour sur l'intérêt du curage ne montre pas de différence en terme de progression ou de survie à 5 ans qu'un curage soit réalisé ou non (7). Par ailleurs les progrès de l'imagerie sont tels que l'intérêt du curage à vertu pronostique semble obsolète. Le curage systématique n'est donc pas recommandé.

Veine rénale et veine cave (photos 1 et 2)

L'envahissement de la veine rénale et de la veine cave inférieure (VCI) est retrouvé dans

respectivement 23 et 7 % des cas. Tant que la tumeur est confinée au rein, la survie à 5 ans des patients présentant une extension veineuse est comprise entre 39 et 69 % (8).

L'implication de l'extension veineuse en tant que facteur pronostique demeure un sujet de controverse (9). L'atteinte pariétale de la VCI entraîne une réduction significative de la sur-

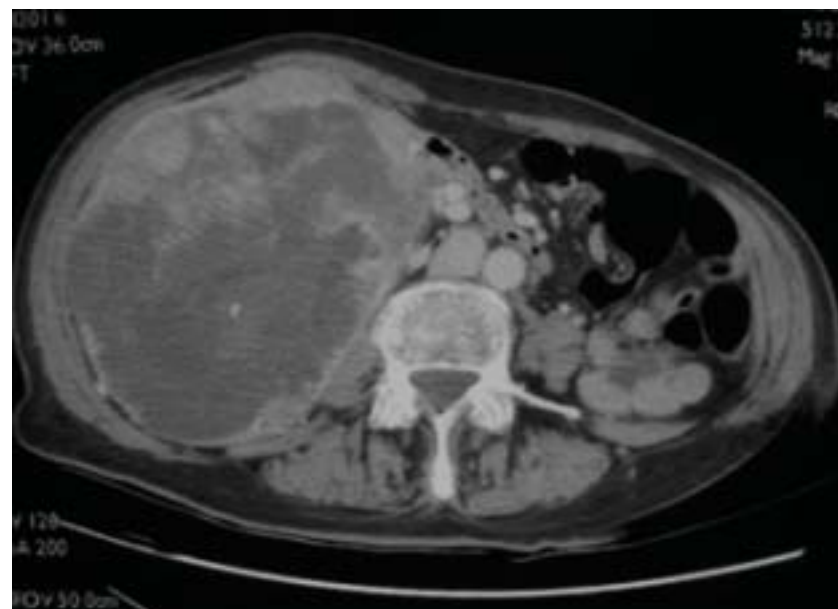


Photo 1 :
d

t o m o -
e

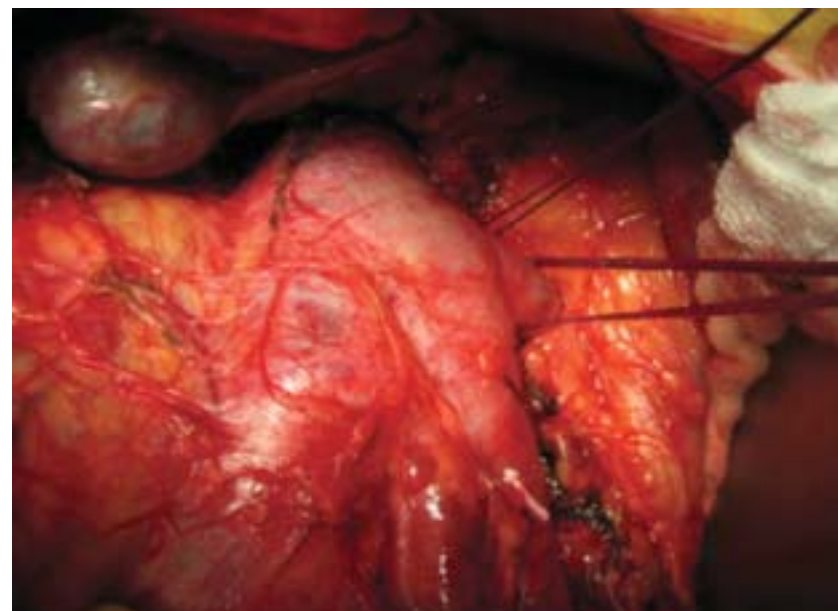


Photo
v

2 :

u

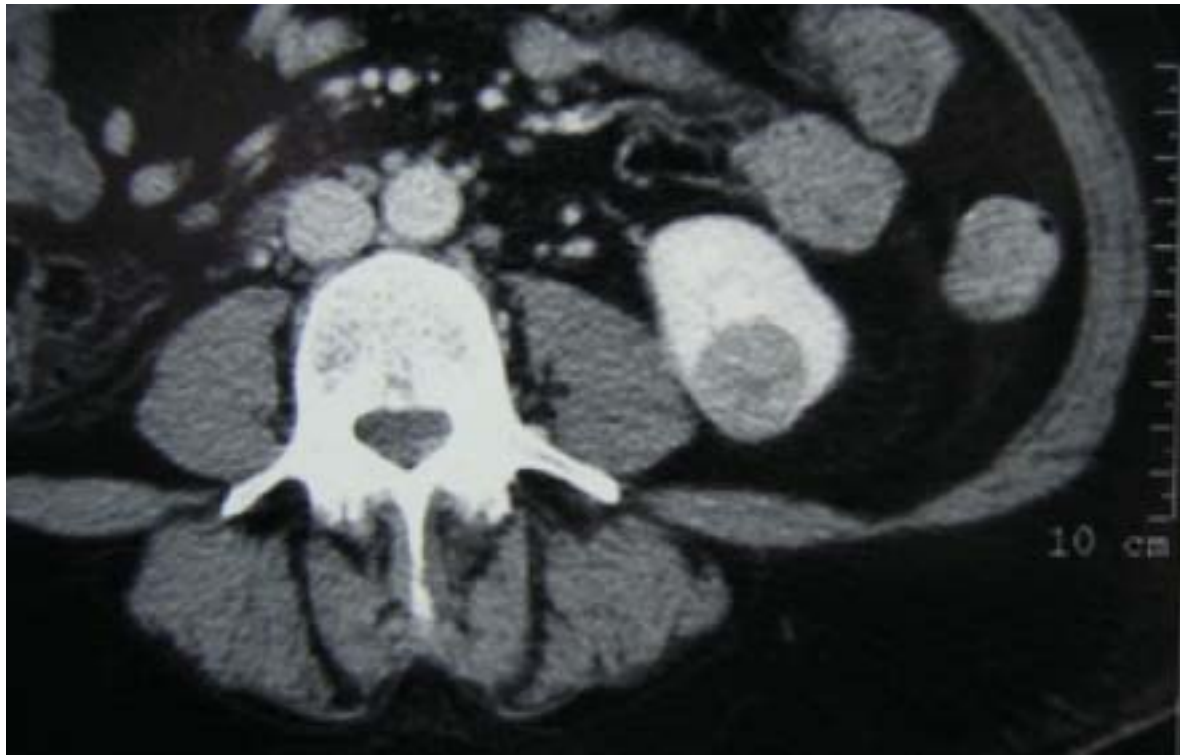
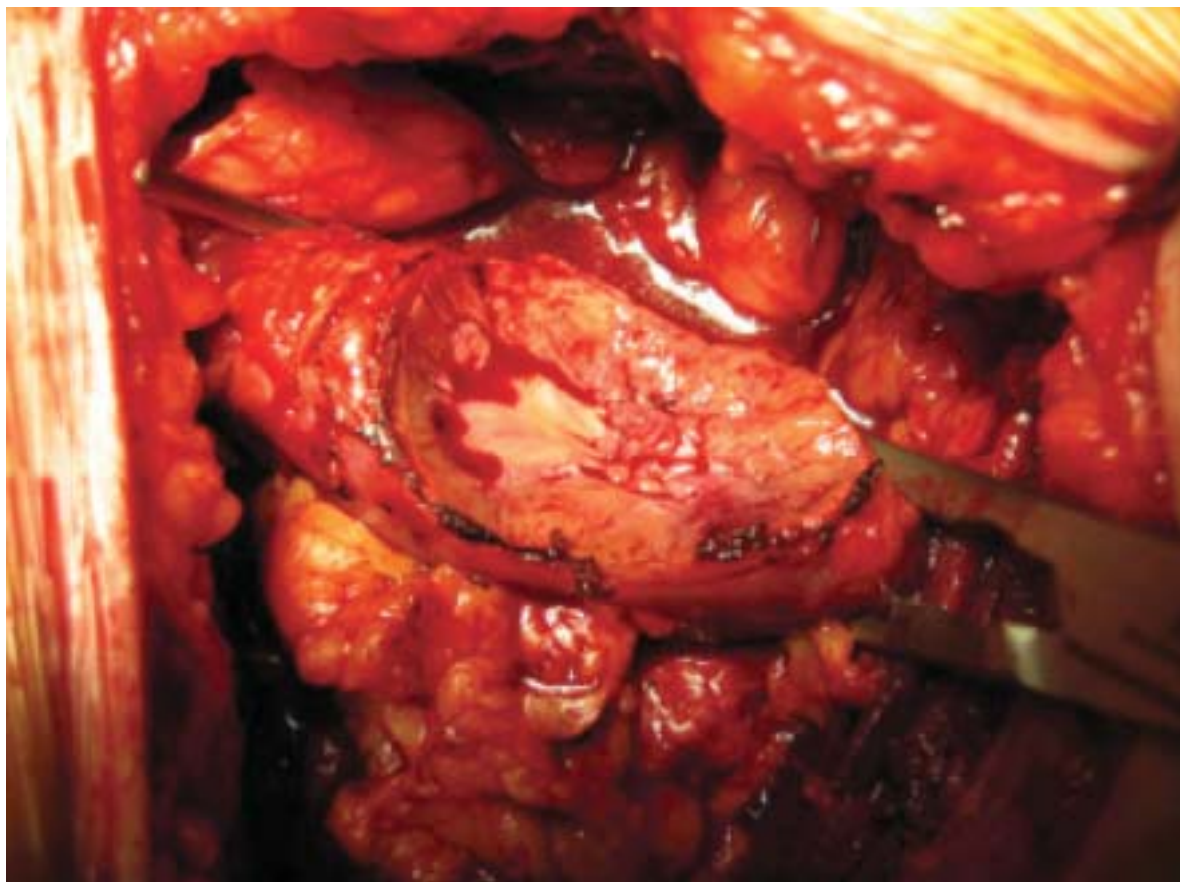
Photo
d3 :
eT o m o -
n

Photo 4 : V

o p é u e
vie à 5 ans : 69 % en cas de
bourgeon flottant, 57 % si
atteinte pariétale complètement
réséquée et 26 % si incomplè-
tement réséquée (9). Le pronostic
semble plus lié à l'extension
tumorale locale (franchissement
capsulaire, atteinte du système
collecteur), au grade cytologi-
que et à l'atteinte des veines

sus-hépatiques qu'au niveau de
l'extension veineuse (10-12).
Sur le plan chirurgical, l'exérèse
de la tumeur et de la totalité du
thrombus est donc essentielle
puisque'elle peut conditionner
le pronostic. La stratégie opéra-
toire sera déterminée en fonc-
tion du bilan pré-opératoire
(TDM multibarette, IRM en

coupe frontale, échographie
cardiaque transoesophagienne)
qui devra préciser différentes
caractéristiques : le niveau du
bourgeon dans la VCI, son
éventuel envahissement parié-
tal, son extension à d'autres
affluents de la VCI (veines sus-
hépatiques) et ses répercussions
d'amont comme un thrombus

cruorique. Si le thrombus tumor-
al infiltre la paroi, une cavéc-
tomie segmentaire est néces-
saire. La reconstruction n'est
pas indispensable en cas de
tumeur du rein droit, considé-
rant que la collatéralité déve-
loppée devrait assurer le drai-
nage du rein gauche. Si la
collatéralité est insuffisante ou
si la tumeur est rénale gauche,
il convient de reconstruire soit
par une plastie réno-cave soit
par une prothèse PTFE annelée.

Métastases

Au moment du diagnostic 20 %
des patients présentent des
métastases et 30 % des patients
opérés par néphrectomie vont
évoluer sur un mode métasta-
tique. Au total, la décision d'une
stratégie thérapeutique com-
plexe peut se poser chez 50 %
des patients (13). Cette décision
doit être multidisciplinaire,
débatue au sein des Réunions
de Concertation Pluridiscipli-
naire rendues obligatoires en
application du Plan Cancer.
Néanmoins il a été clairement
montré qu'en cas de tumeur
rénale métastatique chez un
patient à l'état général préservé
la néphrectomie première avant
l'institution d'une immuno thé-
rapie était recommandée (13,
14). En cas de métastase unique,
l'indication d'exérèse chirur-
gical, à condition d'être la plus
complète possible, est recom-
mandée quelle que soit la loca-
lisation même cérébrale.

Chirurgie conservatrice (photos 3 et 4)

Ses indications peuvent être
séparées en trois catégories :
impératives (tumeur bilatérale,
tumeur sur rein unique, tumeur
dans un contexte d'insuffisance
rénale avancée), relatives (uro-
pathie, lithiase urinaire, pyélo-
néphrite chronique, sténose de
l'artère rénale, hypertension
artérielle, diabète,... mais aussi
maladie de von Hippel Lindau
ou autre maladie tumorale
rénale héréditaire) et élective
(tumeur localisée unilatérale
avec rein controlatéral sain).
Les règles essentielles de la chi-
rurgie conservatrice sont au
nombre de quatre : mobilisation
du rein, respect d'une marge

saine, fermeture de la voie excrétrice, hémostase. Le contrôle des saignements doit donc être un impératif sauf, parfois, pour l'exérèse de petites tumeurs très exorénales. Il peut se faire soit manuellement, soit par clampage total ou partiel du pédicule sans dépasser 30-40 minutes soit encore par clampage parenchymateux (15). Le taux de complications diminue avec l'expérience (16). La principale complication reste la fistule urinaire dont les taux publiés varient de 2 à 17 % et dont le traitement est le plus souvent endoscopique par drainage. La deuxième complication est la nécrose tubulaire aiguë dont les taux publiés varient de 1 à 7 %. La principale cause en est l'ischémie rénale. Une dialyse temporaire ou définitive peut être nécessaire dans 2 à 5 % des cas (17-22). Il n'est pas utile de s'étendre sur l'intérêt de préserver un potentiel néphronique dans les indications impératives ou relatives. Dans les indications électives, c'est à dire en cas de tumeur < 4 cm avec rein controlatéral sain, la CC donne des résultats équivalents à ceux de la néphrectomie élargie (NE). Toutes les séries, rétrospectives ou prospective, ont montré des taux de survie spécifique sans cancer à 5 ans variant de 91 à 100 % pour la CC et de 91 à 98 % pour la NE respectivement (17, 19, 23-26). Le risque d'évolution vers l'insuffisance rénale chronique ou terminale a été étudié dans 2 études qui ont comparés les patients opérés par CC et par NE. Bien qu'il n'y ait pas de différence sur les taux de survie sans cancer, les 2 études ont montré qu'à dix ans l'insuffisance rénale et/ou le risque de progression vers l'insuffisance rénale étaient significativement plus élevés après NE qu'après CC (27, 28). La localisation constituait classiquement une limite à la CC. Il était en effet habituel de la réserver aux tumeurs corticales ou pôlaires d'une part et à développement exophytique d'autre part. Néanmoins le développement intraparenchymateux ne constitue plus une limite puisqu'on sait qu'une marge péri-tumorale de

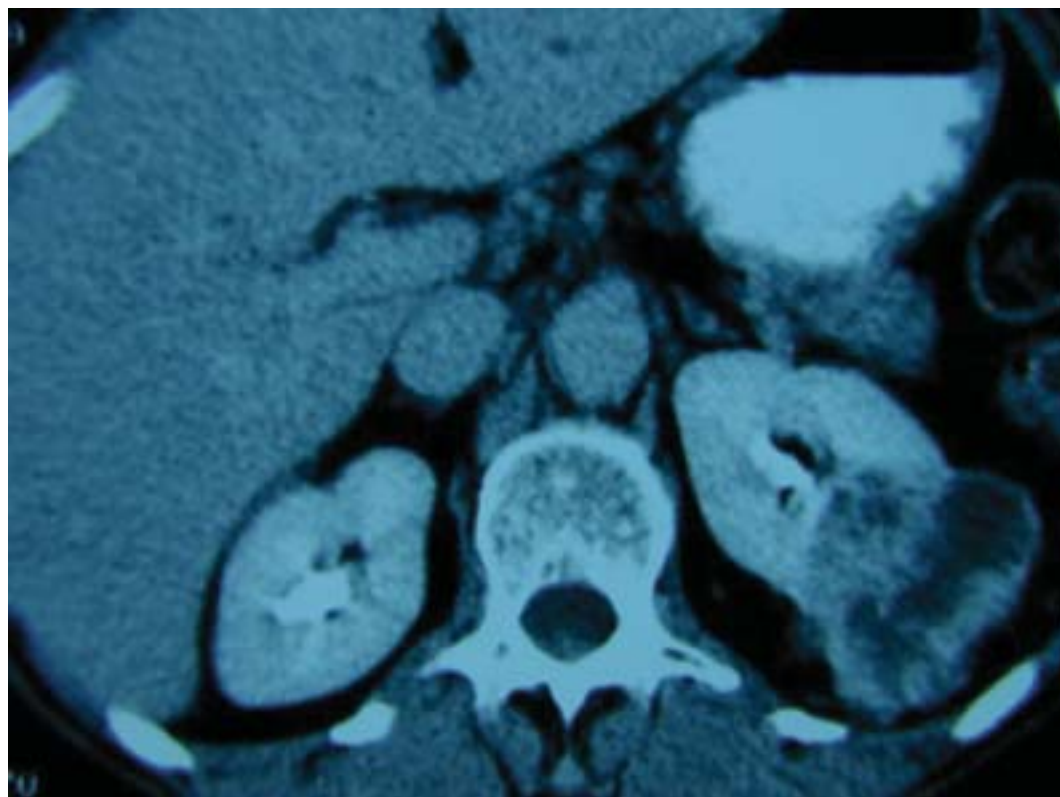


Photo 5 :
d

T o m o -
n-

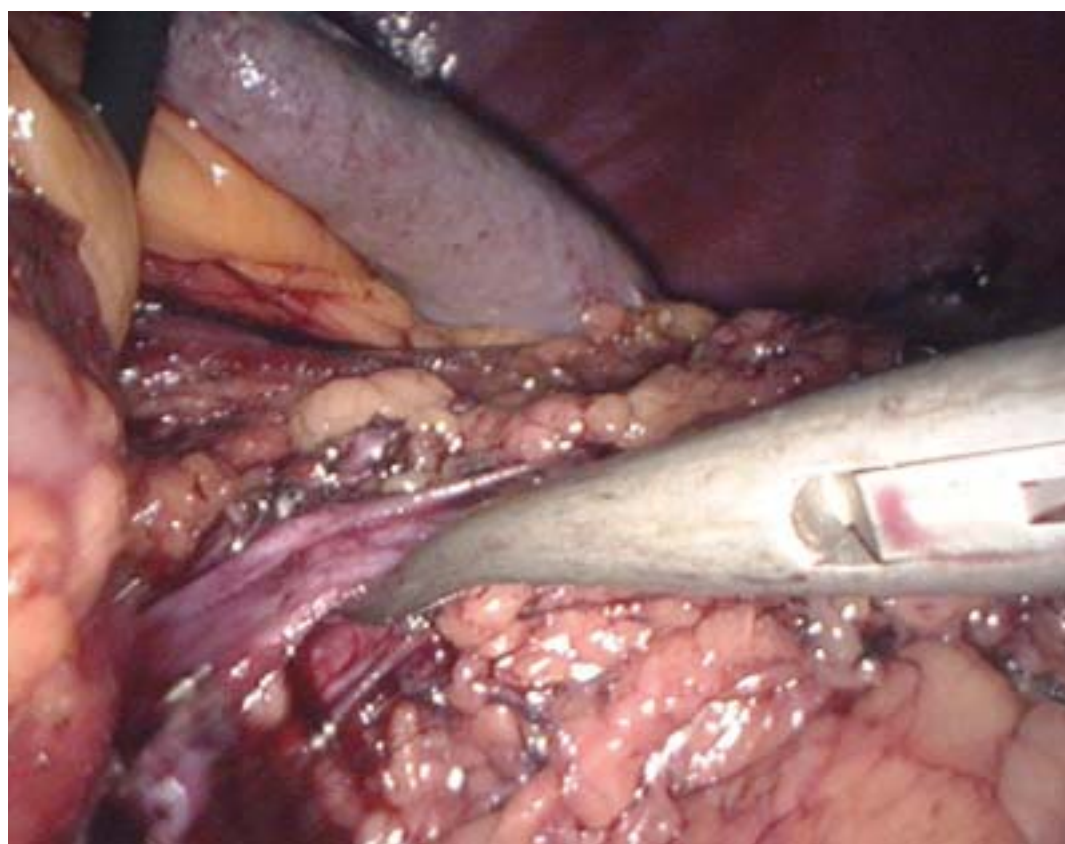


Photo 6 : V
o
r

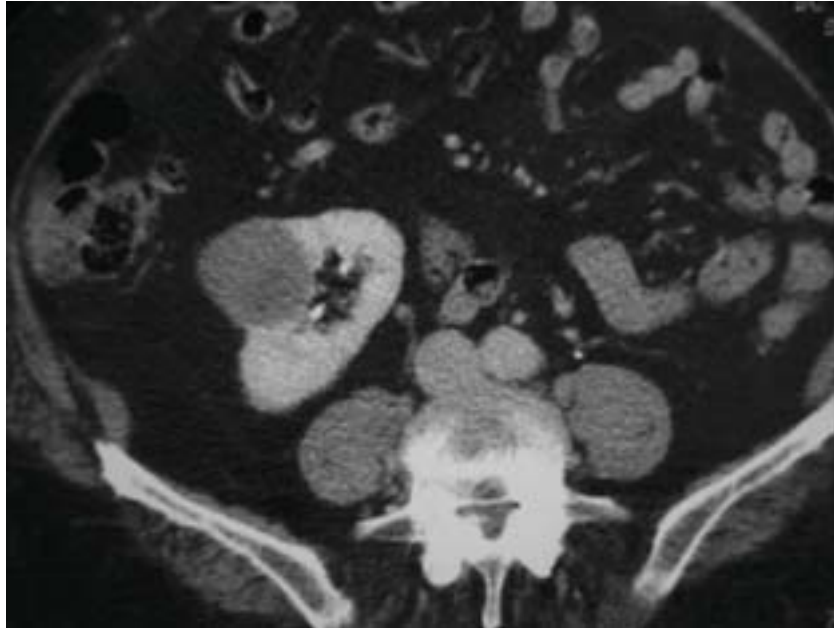
p a é t o
a t o

quelques millimètres est suffisante. Au total la chirurgie conservatrice est toujours indiquée en cas d'indications impératives ou relatives mais également en cas de tumeur < 4 cm avec rein controlatéral sain (indication élective).

Laparoscopie (photos 5 et 6)

La NE laparoscopique représente une réelle alternative à la chirurgie ouverte pour le traitement des tumeurs du

rein. Elle permet la réalisation d'un geste technique comparable à celui effectué en chirurgie ouverte et d'un niveau de sécurité équivalent. Elle tend à devenir la technique de référence, recommandée comme le standard de traite-

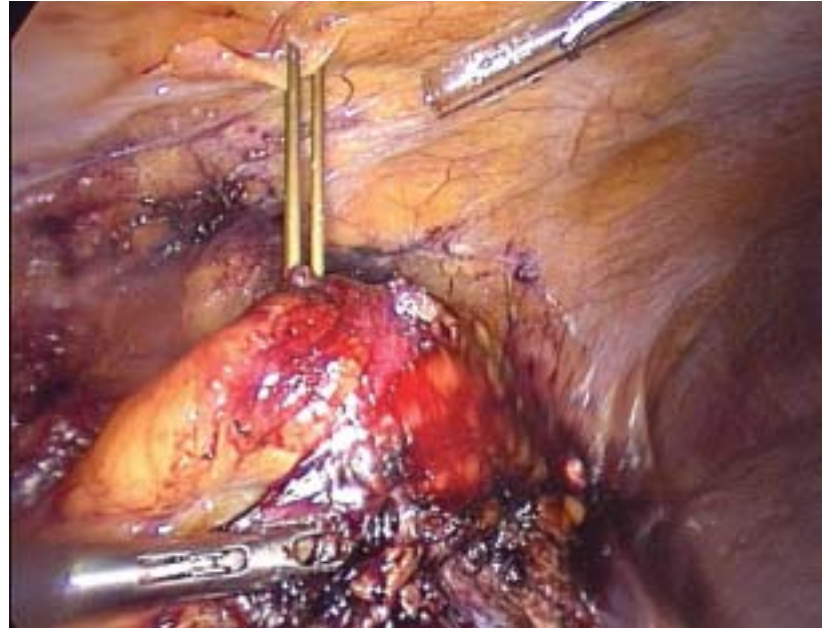
**Photo 7 :**

d
n

ment des tumeurs rénales ne dépassant pas les limites du fascia de Gerota (29). L'indication initiale reconnue par les auteurs était les tumeurs de stade < T2, N0, M0. Toutefois, la taille de 7 cm avait été définie de façon arbitraire, sans réelle justification d'ordre

T o m o -
e

technique. Il apparaît maintenant, qu'avec l'expérience croissante des opérateurs, la taille de la tumeur ne soit plus une limite à elle seule. Par ailleurs la présence de métastase n'est pas non plus une limite à l'approche laparoscopique. En revanche la pré-

**Photo**

V
e

sence d'une infiltration périrénale importante, d'une extension ganglionnaire ou tumorale autour des vaisseaux, d'une extension veineuse ou d'un doute sur un envahissement d'un organe de voisinage, c'est-à-dire les tumeurs T3b, c ou T4 ou N+

8 :

u

sont des contre-indications à la laparoscopie.

Il n'existe pas de différence entre la voie laparoscopique et la voie ouverte en ce qui concerne le poids des spécimens extraits et le taux de marges lésionnelles (29). Le taux des récidives locales pré-

coces et des greffes tumorales sur orifices de trocars est très faible, voire nul selon les auteurs. Trois cas sont décrits toujours survenus après une morcellation tumorale, technique non recommandée en France. Il n'apparaissait pas de différence significative sur la survie sans récidive et la survie spécifique à 5 ans entre la NE laparoscopique et ouverte (30, 31). Il n'en apparaît pas plus à 10 ans avec des taux de survie sans progression de 98 % en laparoscopie et de 91 % en ouverte (32).

La CC laparoscopique peut être proposée comme alternative à la chirurgie ouverte. Toutefois son niveau de difficulté technique est tel qu'il impose une grande prudence avant d'en généraliser la diffusion et empêche d'en faire, aujourd'hui, une recommandation. Un des promoteurs lui-même de la technique, IS Gill, considère que le standard reste encore la chirurgie ouverte (33)

Traitements ablatifs (photos 7 et 8)

De nouvelles modalités ablatives mini-invasives sont actuellement en cours de développement et non plus seulement en cours d'expérimentation. Elles sont essentiellement dominées par la radiofréquence et la cryoablation qui peuvent s'appliquer par voie transcutanée ou laparoscopique (34). Les indications doivent être parfaitement adaptées : tumeur < 3-4cm, corticale à distance du sinus chez un patient > 75 ans, ou en cas de récidive d'une tumeur rénale sur une rein unique ou en cas de maladie familiale type von Hippel Lindau. Elles ne sont pas en concurrence avec la chirurgie mais permettent d'élargir l'arsenal thérapeutique. Les résultats rapportés sont pour la radiofréquence 79 à 100 % de succès à 2 – 17 mois de suivi et pour la cryoablation 91 à 100 % de succès à 9 – 20 mois de suivi. Ils demandent à être confirmés par des séries plus larges et des suivis plus importants. ■

Bibliographie

1. Lam J.S., Shvarts O., Pantuck A.J. Changing concepts in the surgical management of renal cell carcinoma. *Eur Urol* 2004;45(6):692-705.
2. Kuczyk M, Wegener G, Jonas U. The therapeutic value of adrenalectomy in case of solitary metastatic spread originating from primary renal cell cancer. *Eur Urol*. 2005;48:252-7.
3. Siemer S, Lehmann J, Kamradt J, Loch T, Remberger K, Humke U, Ziegler M, Stockle M. Adrenal metastases in 1635 patients with renal cell carcinoma: outcome and indication for adrenalectomy. *J Urol*. 2004;171:2155-9.
4. Moudouni SM, En-nia I, Manunta A, Guille F, Lobel B. Factors influencing adrenal metastasis in renal cell carcinoma. *Int Urol Nephrol*. 2003;35:141-7.
5. De Sio M, Autorino R, Di Lorenzo G, Damiano R, Cosentino L, De Placido S, D'Armiento M. Adrenalectomy: defining its role in the surgical treatment of renal cell carcinoma. *Urol Int*. 2003;71:361-7.
6. Yokohama H, Tanaka M. Incidence of adrenal involvement and assessing adrenal function in patients with renal cell carcinoma : is ipsilateral adrenalectomy indispensable during radical nephrectomy ? *BJU Int*. 2005, 95, 526 – 9.
7. Blom J.H., Van Poppel H., Marechal J.M., Jacquemin D., Sylvester R., Schroder F.H., De Prijck L. Radical nephrectomy with and without lymph node dissection: preliminary results of the EORTC randomized phase III protocol 30881. EORTC Genitourinary Group. *Eur Urol* 1999;36(6):570-5.
8. Kontak JA, Campbell SC. Prognostic factors in renal cell carcinoma. *Urol Clin N Am*. 2003;30:467-480.
9. Mejean A, Oudard S, Thiounn N. Prognostic factors of renal cell carcinoma. *J. Urol*. 2003;169:821-827.
10. Kim HL, Zisman A, Han KR, Figlin RA, Belldgrun AS. Prognostic significance of venous thrombus in renal cell carcinoma. Are renal vein and inferior vena cava involvement different ? *J.Urol*. 2004;171:588-591.
11. Rabbani F, Hakimian P, Reuter VE, Simmons R, Russo P. Renal vein or inferior vena caval extension in patients with renal cortical tumors : impact of tumor histology. *J. Urol*. 2004;171:1057-1061.
12. Zisman A, Wieder JA, Pantuck AJ, Chao DH, Dorey F, Said JW, Gitlitz BJ, de Kernion JB, Figlin RA, Belldgrun AS. Renal cell carcinoma with tumor thrombus extension : biology, role of nephrectomy and response to immunotherapy. *J Urol*. 2003;169:909-916.)
13. Mickisch GH, Mattes RH. Combination of surgery and immunotherapy in metastatic renal carcinoma. *World J Urol*, 2005, 23, 191-5).
14. Flanigan RC, Salmon SE, Blumenstein BA, Bearman SI, Roy V, McGrath PC, Caton JR, Jr, Munshi N, Crawford ED. Nephrectomy followed by interferon alfa-2b compared with interferon alfa-2b alone for metastatic renal-cell cancer. *N Engl J Med*, 2001, 345, 1655-9
15. Mejean A, Vogt B, Cazin S, Balian C, Poisson JF, Dufour B. Nephron sparing surgery for renal cell carcinoma using selective renal parenchymal clamping. *J Urol*. 2002;167:234-5.
16. Thompson RH, Leibovich BC, Lohse CM, Zincke H, Blute ML. Complications of contemporary open nephron sparing surgery : a single institution experience. *J Urol*. 2005;174:855-8.
17. Belldgrun A, Tsui KH, deKernion JB, Smith RB. Efficacy of nephron-sparing surgery for renal cell carcinoma: analysis based on the new 1997 tumor-node-metastasis staging system. *J Clin Oncol*. 1999; 17:2868-75.
18. Campbell SC, Novick AC, Strem SB, Klein E, Licht M. Complications of nephron sparing surgery for renal tumors. *J Urol*. 1994;151:1177-80.
19. Lerner SE, Hawkins CA, Blute ML, Grabner A, Wollan PC, Eickholt JT, Zincke H. Disease outcome in patients with low stage renal cell carcinoma treated with nephron sparing or radical surgery. *J Urol*. 1996;155:1868-73.
20. Polascik TJ, Pound CR, Meng MV, Partin AW, Marshall FF. Partial nephrectomy: technique, complications and pathological findings. *J Urol*. 1995;154:1312-8.
21. Thrasher JB, Robertson JE, Paulson DF. Expanding indications for conservative renal surgery in renal cell carcinoma. *Urology*. 1994;43:160-8.
22. Van Poppel H, Bamelis B, Oyen R, Baert L. Partial nephrectomy for renal cell carcinoma can achieve long-term tumor control. *J Urol*. 1998;160:674-8.
23. Barbalias GA, Liatsikos EN, Tsintavis A, Nikiforidis G. Adenocarcinoma of the kidney: nephron-sparing surgical approach vs. radical nephrectomy. *J Surg Oncol*. 1999;72:156-61.
24. Butler BP, Novick AC, Miller DP, Campbell SA, Licht MR. Management of small unilateral renal cell carcinomas: radical versus nephron-sparing surgery. *Urology*. 1995;45:34-40
25. D'Armiento M, Damiano R, Feleppa B, Perdoni S, Oriani G, De Sio M. Elective conservative surgery for renal carcinoma versus radical nephrectomy: a prospective study. *Br J Urol*. 1997;79:15-9.
26. Lee CT, Katz J, Shi W, Thaler HT, Reuter VE, Russo P. Surgical management of renal tumors 4 cm. or less in a contemporary cohort. *J Urol*. 2000;163:730-6.
27. Lau WK, Blute ML, Weaver AL, Torres VE, Zincke H. Matched comparison of radical nephrectomy vs nephron-sparing surgery in patients with unilateral renal cell carcinoma and a normal contralateral kidney. *Mayo Clin Proc*. 2000;75:1236-42.
28. McKiernan J, Simmons R, Katz J, Russo P. Natural history of chronic renal insufficiency after partial and radical nephrectomy. *Urology*. 2002;59:816-20.
29. Desai MM, Strzempkowski B, Matin SF, Steinberg AP, NG C, Meraney AM, Kaouk JH, Gill IS. Prospective randomized comparison of trans peritoneal versus retro peritoneal laparoscopic radical nephrectomy. *J Urol*, 173, 38 – 41, 2005
30. Chan DY, Cadeddu JA, Jarret TW. Laparoscopic radical nephrectomy : cancer control for renal cell carcinoma. *J Urol*, 2001, 166, 2095-100.
31. Portis AJ, Yan Y, Landman J, Chen C, Barrett PH, Fentie DD et al. Long term follow up after laparoscopic radical nephrectomy. *J. Urol*, 2002, 167, 1257-1262.
32. Permpongkosol S, Chan DY, Link RE, Sroka M, Allaf M, Varkarakis I, Lima G, Jarrett TW, Kavoussi LR. Long-term survival analysis after laparoscopic radical nephrectomy. *J Urol*, 174, 1222-1225.
33. IS Gill, Laparoscopic nephron sparing surgery, 15 years of oncologic laparoscopy in urology, IMM, Paris, octobre 2005
34. Mejean A, Correas JM, Thiounn N, Chretien Y, Helenon O, Dufour B, Grenier N. Traitement conservateur des cancers du rein par cryoablation et radiofréquence. *Prog Urol*, 2005 in press

20 ans de PSA et une incidence en forte augmentation

par le Dr Rosemary Ancelle-Park,
épidémiologiste, InVS - Saint-Maurice



D'après les différents registres français des cancers, on estime à environ 40 000 les nouveaux cas de cancer de la prostate en 2000. Cette même année, le cancer de la prostate a été responsable d'environ 10 000 décès. Il représente la 2^e cause de mortalité par cancer chez l'homme, en France, après le cancer du poumon. Il s'agit d'un cancer dont la fréquence augmente avec l'âge mais le fait marquant est l'augmentation régulière de l'incidence du cancer de la prostate en France comme dans les autres pays industrialisés, depuis les années 1970. Cette augmentation de l'incidence serait néanmoins liée au vieillissement de la population d'une part, et d'autre part surtout liée à l'évolution des pratiques médicales. L'utilisation de la résection endoscopique dans le traitement de l'adénome prostatique, le recours au dosage du PSA et la pratique de biopsies à aiguille ont conduit à une augmentation du nombre de cancers diagnostiqués fortuitement. En effet les autopsies réalisées sur des sujets décédés d'autres causes que le cancer de la prostate indiquent que la proportion d'hommes ayant un cancer de la prostate varie de 12 % à 40-49 ans à 43 % au-delà de 80 ans. La comparaison entre la variation de l'incidence et de la mortalité du cancer de la prostate au cours du temps, en France, montre une certaine discordance. Depuis les années 80,

l'augmentation annuelle des nouveaux cas diagnostiqués est de 5,33 % alors que les taux de décès augmenterait de 0,17 %. Deux hypothèses expliquant cet écart sont avancées. Un net progrès thérapeutique des dernières décennies ou une évolution des pratiques médicales ayant pour conséquence une augmentation de la détection des tumeurs de petites tailles et d'évolution lente. Le nombre de demande de PSA illustre cette augmentation (tableau 1). Ces données issues du codage du remboursement des actes dans le cadre de la caisses nationale des travailleurs salariés, mis en place en 1998, ne sont fiables que sur ces dernières années.

D'autre part la progression de la tumeur vers le stade métastatique après 10 ans de suivi concerne globalement moins d'1 patient sur 5 (en fonction des caractéristiques tumorales). Le délai moyen entre le diagnostic et l'apparition de métastases varie ainsi de 5 ans pour les scores de Gleason de 8 à 10, à plus de 15 ans pour les scores de Gleason de 2 à 4. Le décès survient en moyenne 2 à 3 ans après l'apparition des métastases.

D'après les registres européens, la survie relative des patients 5 ans après le diagnostic de cancer de la prostate localisé est estimée à 65,4 % (après standardisation sur l'âge), mais tous stades et degrés de différenciation confondus et avec ou sans traitement. En France, cette survie est estimée à 75,2 %. Pour les cancers de la prostate localisés (ceux le plus fréquemment diagnostiqués lors d'un diagnostic précoce) et tous degrés de différenciation confondus, le taux de survie spécifique est > 90 % à 5 ans, > 80 % à 10 ans, autour de 80 % à 15 ans et de l'ordre de 55 % à 20 ans.

Le bénéfice en termes de réduction de mortalité globale d'un dépistage systématique du cancer de la prostate, par le dosage du PSA sérique total n'est pas démontré et les résultats des études portant sur le dépistage systématique ne permettent pas de conclure sur l'opportunité d'un dépistage individuel. ■

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Synthèse de l'analyse de littérature

Introduction

Le cancer de la prostate est en France le cancer le plus fréquent chez l'homme de plus de 50 ans. Bien que certaines formes de ce cancer puissent être agressives, il s'agit, généralement, d'un cancer peu symptomatique et d'évolution souvent lente. D'après les différents registres français des cancers, on estime à environ 40 000 les nouveaux cas de cancer de la prostate en 2000. Cette même année, le cancer de la prostate a été responsable d'environ 10 000 décès. Il représente la 2^e cause de mortalité par cancer chez l'homme, en France, après le cancer du poumon.

L'opportunité d'un dépistage par un test de dosage du PSA sérique total a fait l'objet de nombreuses évaluations. L'ensemble des agences d'évaluation en santé qui se sont prononcées sur le thème, dont l'Anaes et l'International Network of Agencies for Health Technology Assessment (Inahta) (regroupant alors 15 agences d'évaluation en santé), ont conclu que le dosage du PSA sérique total n'était pas recommandé dans le cadre d'un dépistage de masse, c'est-à-dire organisé ou de manière systématique. Les conclusions sont discordantes au niveau des organisations professionnelles. Quatre d'entre elles ont considéré que les preuves étaient insuffisantes et ne recommandent pas le dosage du PSA dans un cadre de dépistage systématique. Plus récemment, 2 d'entre elles¹, sur la base d'un consensus d'experts, ont recommandé un dépistage individuel annuel entre 50 et 70/75 ans. Enfin, 3 organisations professionnelles et 1 agence d'évaluation en santé ont préconisé de porter la possibilité de dépistage à la connaissance du patient, notamment à risque, et de se référer à sa décision, après information et discussion.

Au quotidien, une pratique de dépistage individuel par le test de dosage du PSA s'est développée en France. La Direction générale de la santé a donc formulé une

1. L'Association française d'urologie et l'American Urological Association.

ELE ENVISAGEAN

demande de recommandations sur l'opportunité du dépistage individuel par le dosage du PSA sérique total. En vue de favoriser un diagnostic précoce, le dosage du PSA associé au toucher rectal (TR), pourrait en effet être proposé individuellement sur la base de facteurs de risque statistiquement et cliniquement significatifs ou réalisés à la demande du patient. Cette demande s'inscrivait dans la prolongation des précédents travaux de l'Anaes sur le cancer de la prostate, en particulier sur son traitement et son dépistage.

À ce jour, les bénéfices attendus de la démarche de dépistage individuel ne sont pas clairement démontrés et le manque d'éléments dans la littérature ne permet pas de conclure à une recommandation sur l'opportunité de la démarche. Le groupe de travail s'est donc attaché à réaliser une actualisation des données sur le dépistage, en particulier individuel, et s'est inscrit dans une démarche de nature informative. Celle-ci s'est traduite par l'élaboration du présent rapport qui vise à analyser, définir et formuler les éléments d'information qu'il semble nécessaire de délivrer à un homme qui consulte pour la première fois à ce sujet et qui envisage la réalisation d'un dépistage individuel.

Ce rapport est destiné à l'ensemble des prescripteurs de PSA, notamment médecins généralistes et urologues. Suite aux présentes conclusions, des propositions d'éléments d'information à communiquer aux hommes envisageant un dépistage individuel du cancer de la prostate sont données à titre indicatif et à l'usage des prescripteurs. Ces éléments ne sauraient être délivrés tels quels aux hommes qui consultent et devraient, si tel en était l'objectif, faire l'objet d'un nouveau travail de formulation et de présentation ainsi que de tests de compréhension au niveau de la population.

Performances des tests dans le dépistage individuel du cancer de la prostate

– Que disent les études d'impact des méthodes de dépistage sur l'incidence et la mortalité du cancer de la prostate ?

Ce que l'on sait en termes de dépistage systématique. Il n'a pas

ELEMENTS D'INFORMATION DES HOMMES GEANT LA REALISATION D'UN DEPISTAGE INDIVIDUEL DU CANCER DE LA PROSTATE

par le Dr Rosemary Ancelle-Park, Présidente du Groupe de travail

été démontré, à ce jour, que la mise en œuvre d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du PSA sérique total soit associée à un bénéfice significatif en termes de réduction de la mortalité globale. Compte tenu de la pratique actuelle, le groupe de travail ne peut donc conclure à l'utilité de la mise en œuvre d'une politique de dépistage systématique. Deux grandes études multicentriques, l'une européenne (ERSPC) et l'autre américaine (PLCO), devraient apporter des éléments de réponse dans les années à venir (à partir de 2005 et 2008). Il est donc recommandé que les conclusions actuelles soient, si besoin, réévaluées à l'aune de leurs résultats.

Ce que l'on sait en termes de dépistage individuel. Compte tenu de leur objet, les résultats des études portant sur l'impact du dépistage systématique ne sont pas contributifs pour conclure sur l'opportunité d'un dépistage individuel, c'est-à-dire sur la forme de dépistage envisagée dans ce document.

La diminution chronologique des taux de mortalité par cancer de la prostate ces 5 à 10 dernières années pourrait suggérer un effet du dépistage par le dosage du PSA total. Cette conclusion est à prendre avec précaution dans la mesure où :

- une diminution est retrouvée dans des pays dans lesquels l'utilisation du test de dosage du PSA est faible ;
 - cette diminution pourrait, par exemple, être expliquée par une amélioration de la prise en charge du cancer de la prostate et notamment des différentes options thérapeutiques.
- En termes de dépistage individuel, les seules études identifiées qui pourraient être indicatives sont des études basées sur des registres et ayant examiné la relation entre pression de dépistage et mortalité par cancer de la prostate. Elles ne permettent pas de conclure à une différence significative en faveur du dépistage pour ce qui est de la mortalité par cancer de la prostate (niveau de preuve 4).

– Comment fait-on le diagnostic précoce du cancer de la prostate ?

Les éléments pouvant contribuer

au diagnostic sont :

- un signe clinique : l'induration prostatique au toucher rectal (qui peut déjà traduire une maladie localement évoluée) ; et/ou
- un signe biologique : l'élévation de la concentration sérique de l'antigène prostatique spécifique (PSA).

Le diagnostic de cancer de la prostate est ensuite affirmé par biopsie prostatique transrectale échoguidée.

L'échographie endorectale n'a pas de place dans le diagnostic du cancer de la prostate, en dehors de la réalisation des biopsies prostatiques échoguidées. Une échographie transrectale normale n'élimine pas un diagnostic possible de cancer de la prostate. Cet examen n'est pas recommandé dans le cadre d'un dépistage quelle que soit sa forme (de masse, ciblé ou individuel).

– Quelle est l'utilité du toucher rectal pour le diagnostic du cancer de la prostate (intérêts et limites) ?

Les études montrent que le toucher rectal utilisé seul n'est pas un outil de dépistage approprié. Le taux de détection est inférieur à celui obtenu par le dosage du PSA seul ou les modalités combinées. En revanche, il est complémentaire du dosage du PSA sérique et peut augmenter le taux de détection de cancer de la prostate, notamment chez les patients dont le PSA est inférieur au seuil de décision de biopsie. L'absence d'induration au toucher rectal n'exclut pas la présence d'un cancer existant. Ce test est opérateur dépendant et comme le soulignaient déjà les précédentes recommandations, il est recommandé de pratiquer cet examen en association avec le dosage du PSA. Dans les populations présentant des facteurs de risque identifiés de cancer de la prostate, il n'a pas été retrouvé d'étude sur les performances du toucher rectal dans le cadre du diagnostic précoce du cancer de la prostate.

– Quelle est l'utilité du PSA sérique total pour le diagnostic précoce du cancer de la prostate (intérêts et limites) ?

En raison du passage sanguin du

PSA et de l'élévation de sa concentration sanguine en cas de cancer de la prostate, le dosage du PSA sérique total est utilisé dans le diagnostic du cancer de la prostate. La plupart des recommandations considèrent que le seuil de décision est de 4 ng/ml de PSA sérique total.

L'intérêt de l'abaissement du seuil au-dessus duquel une biopsie est à proposer reste discuté. Cet abaissement augmenterait la sensibilité du test au détriment de sa spécificité. Ceci conduirait à une augmentation du nombre de cas diagnostiqués, mais aussi à celui du nombre de biopsies négatives. La proportion de cancers considérés comme cliniquement non significatifs (de petit volume et de faible grade) dans les cancers diagnostiqués en supplément est mal déterminée.

Au seuil de 4 ng/ml, la sensibilité du dosage du PSA sérique total pour le diagnostic précoce du cancer de la prostate est de l'ordre de 75 % et la spécificité de l'ordre de 90 %. En situation de dépistage individuel, la valeur prédictive positive (VPP) est de l'ordre de 30 %, ce qui signifie que parmi les personnes qui ont un PSA total > 4 ng/ml, 3 sur 10 ont un cancer de la prostate et 7 sur 10 n'ont en réalité pas de cancer de la prostate. Dans ce même cadre, la valeur prédictive négative (VPN) est de l'ordre de 90 %, cela signifie que lorsque le seuil de PSA total est < 4 ng/ml, l'absence de cancer de la prostate est réelle dans 9 cas sur 10. Le taux de détection varie de 0,9 à 3,4 % et la proportion d'hommes de 50 à 75 ans avec un PSA > 4 ng/ml est de l'ordre de 10 %. Les données de la littérature sont insuffisantes pour estimer les performances du test de dosage de PSA sérique total dans les populations présentant des facteurs de risque. Lorsque la concentration sérique en PSA total est inférieure au seuil de 4 ng/ml, le délai pertinent à respecter avant de réaliser un nouveau test de dosage du PSA sérique total varie en fonction de la concentration mesurée et doit être pondéré en fonction de l'âge du patient et de ses comorbidités.

Si le résultat est inférieur à la valeur seuil de 4 ng/ml, il est recommandé de ne pas effectuer

un nouveau dosage avant un délai d'1 an. En effet, dans le cas le plus défavorable, lorsque la concentration mesurée est comprise entre 3 et 4 ng/ml, le risque à 1 an d'avoir un cancer est de l'ordre de 5 % et celui d'avoir un cancer non localisé est de l'ordre de 0,5 %. Lorsque la concentration mesurée est comprise entre 2 et 3 ng/ml, ces risques sont respectivement de l'ordre de 1 à 2 % et de 0,5 %.

Si la concentration mesurée est inférieure à 2 ng/ml, il n'est pas recommandé d'effectuer un nouveau dosage avant 3 ans. En effet, dans le cas le plus défavorable, lorsque la concentration mesurée est comprise entre 1 et 2 ng/ml, le risque d'avoir un cancer dans les 3 ans après le dosage est de l'ordre de 1 % et celui d'avoir un cancer non localisé est < 0,2 %. Lorsque la concentration mesurée est = 1 ng/ml, ces chiffres sont même respectivement de l'ordre de 0,5 % et 0,01 % après 5 à 8 ans de recul.

– Quelle est l'utilité des autres tests du PSA pour le diagnostic précoce du cancer de la prostate (intérêts et limites) ?

Le dosage du PSA sérique libre et le calcul du rapport entre la concentration sérique en PSA libre et la concentration sérique en PSA total pour les patients dont la concentration sérique en PSA total est comprise entre 4 et 10 ng/ml pourrait éviter des biopsies chez des patients qui ne sont pas porteurs de cancer de la prostate, tout en gardant une bonne sensibilité. Cependant il existe à ce jour des problèmes de standardisation. Par ailleurs, le seuil optimal n'a pas été défini et il n'a été retrouvé aucune donnée sur l'utilisation de ce test comme outil de diagnostic précoce en population générale ou en population à risque.

L'utilisation du PSA libre n'est pas recommandée en 1^{re} intention comme élément du diagnostic précoce du cancer de la prostate (accord professionnel).

Il n'a pas été retrouvé de preuves que les techniques dérivées du dosage du PSA sérique (PSA ajusté sur l'âge, densité de PSA et vélocité de PSA) aient un intérêt pour le diagnostic précoce du cancer de la prostate. Leur utilisation dans ce

cadre n'est pas recommandée en première intention (accord professionnel). Elles peuvent cependant aider à la décision individuelle de biopsie prostatique après discussion de leurs avantages et inconvénients entre le patient et le spécialiste (accord professionnel).

– La biopsie prostatique

La biopsie prostatique est l'examen par lequel on affirme le diagnostic de cancer de la prostate. Il s'agit d'un examen qui s'effectue par voie transrectale échoguidée. Il est potentiellement responsable de prostatites aiguës, septicémies, d'hématuries et de rectorragies importantes et de rétention aiguë d'urines (de l'ordre du pour-cent pour chacune de ces complications). L'hématurie minime (15 %) et l'hémospérme sont habituelles mais ne sont pas considérées comme des complications.

Une biopsie négative n'écarte pas totalement l'existence d'un cancer de la prostate. Dans moins d'1 cas sur 5, il est possible qu'il y ait malgré tout un cancer de la prostate et que les prélèvements aient manqué la zone tumorale.

Épidémiologie et histoire naturelle du cancer de la prostate

– Quelle est l'évolution naturelle du cancer de la prostate (en l'absence de traitement) ?

Il s'agit d'un cancer dont la fréquence augmente avec l'âge : les autopsies réalisées sur des sujets décédés d'autres causes que le cancer de la prostate indiquent que la proportion d'hommes ayant un cancer de la prostate varie de 12 % à 40-49 ans à 43 % au-delà de 80 ans. La proportion de cancers cliniquement significatifs est cependant de loin inférieure à la fréquence des lésions histologiques de cancer de la prostate qui peuvent être détectées sur ces pièces d'autopsies.

L'évolution et le pronostic d'un cancer de la prostate sont liés au volume tumoral, au PSA, au stade et surtout au degré de différenciation histologique (grade/score de Gleason) au moment du diagnostic. On note en particulier que :

- plus le stade est élevé, plus le PSA augmente rapidement ce qui pourrait témoigner d'une évolution du cancer plus rapide : le temps de doublement du PSA (médiane de l'ordre de 2 ans) est plus court pour les stades tumoraux élevés et en présence d'extensions locorégionales et/ou de métastases.
- les tumeurs peu différenciées histologiquement progressent au stade métastatique plus fréquemment et rapidement que les tumeurs bien différenciées.

La progression de la tumeur vers le stade métastatique après 10 ans de suivi concerne globalement moins d'1 patient sur 5 (en fon-

tion des caractéristiques tumorales). Le délai moyen entre le diagnostic et l'apparition de métastases varie ainsi de 5 ans pour les scores de Gleason de 8 à 10, à plus de 15 ans pour les scores de Gleason de 2 à 4. Le décès survient en moyenne 2 à 3 ans après l'apparition des métastases.

D'après les registres européens, la survie relative des patients 5 ans après diagnostic de cancer de la prostate localisé est estimée à 65,4 % (après standardisation sur l'âge), mais tous stades et degrés de différenciation confondus et avec ou sans traitement. En France, cette survie est estimée à 75,2 %. Pour les cancers de la prostate localisés (ceux le plus fréquemment diagnostiqués lors d'un diagnostic précoce) et tous degrés de différenciation confondus, le taux de survie spécifique est > 90 % à 5 ans, > 80 % à 10 ans, de l'ordre de 80 % à 15 ans et de l'ordre de 55 % à 20 ans. Ce taux varie avec le niveau de PSA et le degré de différenciation, il va en diminuant plus le PSA est élevé et la tumeur peu différenciée histologiquement. Ainsi, à 15 ans, il est de l'ordre de 90 % pour les tumeurs le plus différenciées (grade 1/score de Gleason 2 à 4) et < 50 % pour les tumeurs le moins différenciées (grade 3/scores de Gleason 8 à 10). Avec 20 ans de recul, un cancer de grade 3 a un risque d'évolution fatale 40 à 50 fois plus élevé qu'un cancer de grade 1.

Ces éléments soulignent la variabilité d'évolution du cancer de la prostate au niveau individuel. La possibilité du dépistage individuel, dans l'éventualité d'un cancer de la prostate, de définir les personnes qui pourraient tirer bénéfice d'un traitement, constitue un argument indirect en faveur de sa réalisation².

– Quels sont les facteurs qui influencent le risque de survenue de cancer de la prostate ?

Le risque du cancer de la prostate varie avec l'âge. Son incidence et la mortalité qui lui est associée, très faibles avant l'âge de 50 ans, augmentent ensuite rapidement (cf. tableau 1). La moitié des cancers survient après l'âge de 74 ans. La courbe de mortalité suit approximativement la courbe d'incidence avec un décalage de 10 à 15 ans.

Le risque de cancer de la prostate est multiplié par un facteur de

l'ordre de 2 à 3,5 en cas d'antécédents familiaux de ce cancer parmi les apparentés du 1^{er} degré (niveau de preuve 2). Chez ces sujets, le risque de diagnostic de ce cancer augmente avec le nombre de sujets atteints dans la famille et est multiplié par un facteur de l'ordre de 10 lorsque la forme est dite héréditaire (niveau de preuve 3). Ce risque semble plus important en cas d'antécédents familiaux du cancer de la prostate chez les frères que chez les pères. Le surrisque rapporté doit être relativisé par rapport au niveau de risque considéré, notamment en fonction de l'âge (cf. tableau 1). Plusieurs gènes avec différents modes de transmission pourraient être impliqués dans le cancer de la prostate. Aucun gène identifié à ce jour ne peut expliquer, à lui seul, un pourcentage substantiel des formes familiales.

Il n'est pas démontré que les formes familiales du cancer de la prostate sont de survenue plus précoce (niveau de preuve 3). Dans l'hypothèse d'une survenue effectivement plus précoce des formes familiales du cancer de la prostate, la différence resterait minime comparée à la différence attendue dans le cadre d'une transmission héréditaire. Par ailleurs les formes familiales/héréditaires de cancer de la prostate ne semblent pas plus sévères que les formes dites sporadiques (niveau de preuve 2).

Il pourrait exister un risque supérieur de cancer de la prostate pour les sujets d'origine africaine comparé au reste de la population. Les données ne permettent cependant pas d'exclure que cette observation ne soit la résultante que de différences d'ordre socioéconomique. Le risque est en revanche plus faible pour les hommes d'origine asiatique. L'âge moyen au diagnostic semble plus bas chez les Afro-Américains que chez les Caucasiens (niveau de preuve 3). La proportion de cancers prostatiques de score de Gleason > 7 semble significativement plus élevée chez les sujets afro-américains que chez les sujets d'origine caucasienne (niveau de preuve 3). S'agissant des autres facteurs de risque analysés dans la littérature : les antécédents de syphilis ou de gonococcie semblent associés à un risque plus élevé de diagnostic de cancer de la prostate (niveau de preuve 2). Ce risque reste cependant faible. Les antécédents de vasectomie, de prostatite ou le profil d'activité sexuelle n'ont pas d'influence démontrée dans l'augmentation du risque du cancer de la prostate (niveau de preuve 2). Par ailleurs, un lien entre la concentration sanguine en testostérone et l'augmentation du risque de cancer de la prostate a été rapporté (niveau de preuve 2), sans qu'un mécanisme précis ait pu être démontré. Le rôle protecteur de la tomate et de ses dérivés,

et l'influence de l'apport en matières grasses ne sont pas démontrés (niveau de preuve 2).

Traitements du cancer de la prostate localisé

– À qui faut-il proposer un traitement curatif ?

Compte tenu de la différence d'agressivité des cancers de la prostate et des effets indésirables fréquents des traitements, l'indication d'un traitement curatif doit être discutée individuellement avec le patient. Il est d'usage, compte tenu des bénéfices et des inconvénients attendus, de considérer que le patient doit avoir une espérance de vie de plus de 10 ans, pour pouvoir bénéficier d'un traitement curatif du cancer de la prostate. D'après les dernières estimations Insee, cette espérance de vie correspond à un âge seuil de 75 ans. Ce seuil correspond cependant à une moyenne et doit être relativisé en fonction des caractéristiques tumorales (notamment son grade), des comorbidités du patient, de ses antécédents médicaux personnels et des antécédents de longévité dans la famille du patient. De manière générale, un diagnostic précoce et donc une démarche de dépistage individuel ne sont pas recommandés chez un patient asymptomatique d'âge supérieur à 75 ans (accord professionnel).

– Quels sont les critères d'efficacité des traitements ?

Idéalement, le critère d'efficacité le plus pertinent est l'amélioration de la survie globale. L'estimation de la survie spécifique à 10 ans et de la survie à 10 ans sans métastase peut, à défaut, donner des indications raisonnables sur l'efficacité d'un traitement pour un cancer traité au stade localisé.

– Quels sont les bénéfices et les risques des différents traitements ?

Les traitements curatifs validés du cancer de prostate localisé sont la prostatectomie totale, la radiothérapie externe et la curiethérapie. L'abstention-surveillance avec traitement différé est une option envisageable. Le traitement par ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU [Ablaterm®]) est en cours d'évaluation clinique.

Le choix du traitement, qui n'est pas l'objet de ce document, repose sur les caractéristiques de la tumeur, de la prostate et du patient, sur l'analyse des données pronostiques et sur une décision partagée entre le patient et le ou les thérapeutes. L'information du patient sur les chances de succès, les effets indésirables et surtout la qualité de vie associée aux différents traitements est indispensable. À l'heure actuelle, la littérature ne permet pas de répondre précisément si un traitement immédiat à un stade précoce améliore le pronostic individuel. La littérature ne permet pas non plus de conclure

2. Bien que les patients atteints d'un cancer de la prostate peu différenciés histologiquement aient une espérance de vie au diagnostic inférieure à celle des autres, le bénéfice d'un traitement n'est pas démontré dans la littérature. De même qu'un PSA élevé, une faible différenciation histologique reste un facteur pronostique associé à une plus grande récurrence après traitement (quel qu'il soit). Une étude randomisée contre abstention-surveillance ayant cet objectif ne serait cependant pas considérée comme éthique.

Tableau 1. Incidence annuelle et mortalité annuelle par cancer de la prostate en fonction des tranches d'âge. Données françaises pour l'année 2000

Classe d'âge	Taux bruts d'incidence pour 100 000 personnes-années *	Taux bruts de mortalité pour 100 000 personnes-années ‡
30-34 ans	0,1	0,0
35-39 ans	0,2	0,1
40-44 ans	0,9	0,2
45-49 ans	5,3	0,8
50-54 ans	29,8	3,0
55-59 ans	117,6	10,4
60-64 ans	292,0	28,2
65-69 ans	575,1	65,2
70-74 ans	869,1	136,8
75-79 ans	1086,2	260,5
80-84 ans	1196,4	459,2
85 ans	1111,9	900,8
Tota	141,4	35,1

*: estimation du nombre de cas diagnostiqués en 2000 pour 100 000 personnes de la tranche d'âge considérée.

‡: nombre de décès par cancer de la prostate lors de l'année 2000 pour 100 000 personnes de la tranche d'âge considérée.

au bénéfice supérieur de l'une ou l'autre des options thérapeutiques (prostatectomie totale, radiothérapie externe et curiethérapie), en particulier dans le cadre d'un diagnostic à un stade précoce. En effet, il n'existe pas d'études randomisées comparant les différents traitements entre eux.

La seule étude randomisée identifiée comparait la prostatectomie totale à l'abstention-surveillance thérapeutique avec traitement différé mais ne mettait pas en évidence de différence statistiquement significative entre les 2 groupes en termes de mortalité globale à 8 ans ($p = 0,31$). À titre indicatif, une différence statistiquement significative était toutefois observée en faveur de la prostatectomie totale en termes de mortalité spécifique (7,1 % vs 13,6 %, $p = 0,02$) et de survenue des métastases à distance (13,4 % vs 27,3 %, $p = 0,03$). Cette étude concernait essentiellement des patients avec tumeurs de stade T2 (de l'ordre de 75 %) et de score de Gleason = 6 (de l'ordre de 60 %). À titre indicatif, les indications de la curiethérapie (Iode 125) sont actuellement restreintes dans la pratique française aux tumeurs à faible risque évolutif : stades intracapsulaires (T1 ou T2a), PSA initial = 10 ng/ml et score de Gleason

inférieur à 7, volume < 50 cc et sans symptôme obstructif (pas d'antécédent de résection endoscopique). En respectant ces indications, la survie sans récurrence à 5 ans est de l'ordre de 90 %. La curiethérapie peut également être proposée en association avec une irradiation externe ou avec une hormonothérapie pour les stades intermédiaires.

Les principaux effets secondaires des traitements curatifs des cancers de prostate localisés sont résumés dans le tableau 2. Ces données sont variables d'un opérateur à l'autre, hormis pour l'absence d'éjaculation qui est systématique après chirurgie. S'agissant de la radiothérapie externe, la radiothérapie conformationnelle réduit la fréquence des complications de l'irradiation (niveau de preuve 2). Peu de données de bonne qualité ont été identifiées concernant la qualité de vie après traitement :

- Après chirurgie, la qualité de vie des patients est affectée par l'incontinence urinaire (niveau de preuve 1) et les troubles sexuels (niveau de preuve 1) ; de l'ordre des 3/4 des troubles sont immédiats et d'évolution favorable avec le temps ;
- Après radiothérapie externe, la qualité de vie des patients est affectée par les troubles digestifs

et sexuels (niveau de preuve 2) ; les dysfonctions érectiles apparaissent à distance de l'intervention ;

- Après curiethérapie, la qualité de vie des patients est affectée par les signes urinaires irritatifs, les troubles digestifs, les troubles sexuels et à un moindre degré l'incontinence (niveau de preuve 2) ; les dysfonctions érectiles apparaissent à distance de l'intervention.

La qualité de vie liée aux troubles irritatifs urinaires, aux troubles sexuels et aux troubles digestifs, est moins bonne après curiethérapie qu'après radiothérapie externe (niveau de preuve 2).

Conclusion générale

Le bénéfice en termes de réduction de mortalité globale d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du PSA sérique total n'est pas démontré. Les résultats des études portant sur le dépistage systématique ne permettent pas de conclure sur l'opportunité d'un dépistage individuel.

Certains facteurs de risque de survenue d'un cancer de la prostate ont été rapportés dans la littérature, notamment l'existence d'antécédents familiaux de 1^{er} ou 2nd degré et des origines afro-

américaines. Par ailleurs, le risque de survenue d'un cancer augmente avec l'âge. Les données actuelles ne permettent cependant pas d'évaluer l'impact du dépistage individuel en fonction des différents facteurs de risque.

Le groupe de travail perçoit néanmoins sur des arguments indirects qu'une démarche de dépistage individuel, non systématisée, pourrait dans certains cas apporter un bénéfice individuel au patient. En effet :

- il existe des facteurs de risque potentiels ;
- il existe un test de diagnostic précoce ;
- la réalisation du dépistage peut, s'il est négatif, rassurer les hommes ayant des facteurs de risque ;
- un traitement curatif pourrait augmenter la survie spécifique et dans certains cas améliorer le pronostic individuel.

Cette démarche comporte néanmoins des limites potentielles ou avérées, liés notamment :

- à la valeur prédictive positive modeste du test et à l'anxiété qu'il génère ;
- aux examens qu'il peut engendrer inutilement ;
- au traitement de formes qu'il n'aurait pas été nécessaire de traiter ;
- aux effets secondaires des traitements ;
- à la possible inefficacité du traitement.

Lorsque la démarche est envisagée, la décision doit être partagée avec la personne qui consulte. Elle relève de son appréciation individuelle en fonction notamment de son anxiété et de son aversion pour le risque.

Cette décision doit être éclairée par une information claire, objective et hiérarchisée non seulement sur les bénéfices potentiels escomptés mais également les risques auxquels pourrait l'exposer ce choix, notamment en termes d'effets indésirables et de qualité de vie. Le groupe réaffirme la primauté de l'information orale et considère qu'il est utile qu'une information écrite soit communiquée au patient afin de l'aider dans sa réflexion. Les éléments d'information présentés ci-après, sous forme de questions-réponses, peuvent y contribuer.

Ces conclusions seront à réévaluer à la lumière des résultats apportés par les 2 études PLOC et ERSPEC en cours.

Le dépistage individuel

du cancer de la prostate :

30 questions-réponses

1. Qu'est-ce que la prostate ? À quoi sert-elle ?

La prostate est une glande qu'on ne trouve que chez l'homme. Elle est entourée d'une capsule fibromusculaire et composée de cel-

Tableau 2. Principaux effets secondaires des traitements curatifs des cancers localisés de la prostate 1 an après traitement (à partir des différentes études publiées).

Traitement	Incontinence urinaire*	Autres troubles urinaires**	Troubles de l'érection ¶	Absence d'éjaculation	Troubles digestifs §
Prostatectomie totale	4 – 39 %	-	20 – 80 %	100 %	-
Radiothérapie externe	0 – 13 %	3 – 36 %	4 – 55 %	-	1-36 %
Curiothérapie	6 – 15 %	0 – 18 %	5 – 70 %	-	5-19 %

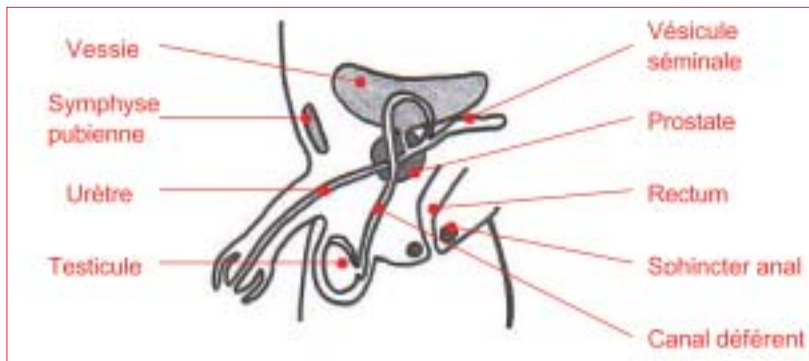
*: la définition dépend de l'âge. L'intensité et les circonstances de survenue (à l'effort, régulière, occasionnelle, totale 0 à 7 %) en sont variables.

** : complications urinaires tardives ou persistantes.

¶ : la définition dépend de l'âge au moment du traitement.

§ : diarrhées, rectorragies.

UROLOGIE



lules glandulaires. Elle est normalement de la taille d'une châtaigne. Elle se situe sous la vessie, en avant du rectum, au carrefour des voies urinaires (urètre) et des voies génitales. Elle sécrète l'un des composants du sperme et joue un rôle dans la reproduction.

2. Qu'est-ce que le cancer de la prostate ? Quelles en sont les conséquences ?

Le cancer de la prostate correspond à la transformation maligne progressive de cellules glandulaires dont la croissance devient anarchique. Les cellules acquièrent progressivement la capacité de se multiplier, constituant ainsi une ou plusieurs tumeurs. On parle à ce stade de cancer localisé ou intracapsulaire.

Ces cellules peuvent ensuite éventuellement migrer hors de la prostate, essentiellement vers les ganglions lymphatiques et les os, entraînant des métastases. On parle alors de cancer non localisé ou extracapsulaire.

3. Quels en sont les signes évocateurs ?

Cette maladie reste très longtemps occulte. À un stade très évolué, le cancer de la prostate peut être responsable de signes urinaires et de douleurs osseuses, en particulier au niveau de la colonne vertébrale lombaire. Le cancer de la prostate localisé ne donne pas de signes urinaires. Les troubles urinaires habituellement attribués à la prostate sont essentiellement le fait de l'adénome prostatique, tumeur bénigne très fréquente mais qui peut coexister avec le cancer.

4. Le cancer de la prostate est-il fréquent ?

La fréquence de ce cancer augmente avec l'âge. Il survient rarement avant 50 ans. Il s'agit du cancer le plus fréquent chez l'homme de plus de 50 ans. La moitié de ces cancers est diagnostiquée après l'âge de 74 ans. En 2000, on a estimé à environ 40 000 les nouveaux cas de cancer de la prostate diagnostiqués en France.

5. Le cancer de la prostate est-il toujours mortel ?

En 2000, ce cancer a été responsable d'environ 10 000 décès. Chez l'homme, il s'agit de la deuxième cause de mortalité par cancer en France, après le cancer du poumon.

Compte tenu du temps de pro-

gression de ce cancer vers le stade métastatique, les patients atteints peuvent néanmoins mourir d'une autre maladie dans l'intervalle. Un certain nombre d'entre eux en est atteint jusqu'à la fin de leur vie sans le savoir et sans en être gênés. À titre indicatif, au-delà de 80 ans, plus de 4 hommes sur 10 ont un cancer de la prostate sans en ressentir de symptômes.

6. Le cancer de la prostate est-il héréditaire ?

Parfois.

Plus le nombre de personnes atteintes d'un cancer de la prostate dans une famille est important, plus le risque d'avoir un cancer de la prostate est élevé. Un cancer de la prostate est considéré comme héréditaire lorsque 3 cas au moins ont été identifiés chez des parents au 1^{er} ou au 2^e degré ou seulement 2 cas mais survenu avant 55 ans. Dans ce cas, le risque d'avoir un cancer de la prostate est multiplié par un facteur de l'ordre de 10. En cas de forme familiale ne répondant pas à ces critères (forme dite non héréditaire) le risque d'avoir un cancer de la prostate est multiplié par 2 ou par 3,5. Les formes héréditaires représentent de l'ordre de 5 à 10 % de la totalité des cancers de prostate, les formes familiales en représentant en tout 5 à 25 %.

7. Le risque de cancer de la prostate varie-t-il en fonction des origines ethniques ?

Oui.

L'incidence de cancer de la prostate est plus élevée en Europe et aux États-Unis qu'en Asie. Aux États-Unis, les chercheurs ont montré que les Afro-Américains avaient environ 3 fois plus de risque que les autres populations d'avoir un cancer de la prostate.

8. L'alimentation influence-t-elle la survenue du cancer de la prostate ?

Le rôle protecteur de la tomate et de ses dérivés dans l'apparition du cancer de la prostate, n'a pas été démontré, pas plus d'ailleurs que le rôle aggravant des matières grasses, et notamment les acides gras insaturés.

9. Les relations sexuelles influencent-elles la survenue du cancer de la prostate ?

Non.

Le lien entre les relations sexuelles et la survenue du cancer de la

prostate n'est pas démontré. En revanche, il semble exister un lien entre la survenue du cancer de la prostate et le fait d'avoir eu antérieurement certaines infections sexuellement transmissibles telles que la syphilis et la gonococcie.

10. Peut-on prévenir l'apparition du cancer de la prostate ?

Aucune méthode et aucune plante médicinale n'ont fait preuve de leur efficacité dans la prévention de l'apparition du cancer de la prostate. Aucun médicament n'a reçu le visa des autorités sanitaires pour la prévention du cancer de la prostate.

11. En quoi consiste le dépistage individuel ?

Il s'agit d'un dépistage proposé individuellement sur la base de facteurs de risque personnels, par exemple âge ou antécédents familiaux, ou réalisé à la demande du patient. Son objectif est d'aboutir à un diagnostic le plus précoce possible, c'est-à-dire à des stades où le cancer est encore curable. Deux examens peuvent être proposés : le toucher rectal et le dosage sanguin du PSA.

À l'examen clinique, le toucher rectal permet en effet parfois de sentir un nodule dur au niveau de la prostate. Cette perception est néanmoins inconstante. L'association des 2 examens est la plus performante.

Si vous envisagez un dosage sanguin du PSA, il vous faut savoir que le diagnostic du cancer de la prostate ne sera confirmé qu'après la réalisation de biopsies prostatiques. Cet examen nécessite le prélèvement d'échantillons de prostate, le plus souvent sous anesthésie locale. Ils sont ensuite examinés au microscope.

L'échographie n'a d'utilité que pour guider les biopsies à l'intérieur de la prostate. De plus aucune technique d'imagerie médicale ne permet le diagnostic de cancer de la prostate.

12. Que signifie « PSA » ? Qu'est-ce que le PSA ?

« PSA » correspond aux initiales, en langue anglaise, de « Antigène spécifique de prostate ». Il s'agit d'une protéine non toxique et qui n'est produite que par la prostate. Elle est présente dans le sperme, où elle joue un rôle dans la reproduction. Le PSA est aussi présent dans le sang (normalement en quantité très faible) ce qui permet son dosage. Un PSA élevé peut éventuellement être évocateur de la présence d'un cancer de la prostate. Ce test ne nécessite pas d'être à jeun.

13. À partir de quel seuil, un « PSA » est-il anormal ?

La valeur du PSA doit être interprétée par le médecin en fonction du contexte clinique. Une valeur supérieure à 4 microgrammes par litre (mg/l) [ou nanogrammes par

millilitre (ng/ml)] est généralement considérée comme anormale. Ceci dépend néanmoins de l'âge de la personne et de la taille de sa prostate.

14. Si un homme a un PSA supérieur à la normale, quel risque a-t-il d'avoir un cancer de la prostate ?

Lorsque la valeur du PSA est supérieure à 4 ng/ml, un cancer de la prostate est diagnostiqué environ 3 fois sur 10 avec la biopsie prostatique de confirmation.

15. Quelles sont les autres raisons qui peuvent conduire à une augmentation du PSA ?

Certains événements physiologiques (l'éjaculation par exemple) peuvent entraîner des variations peu importantes et qui ne gênent généralement pas l'interprétation du résultat. Le toucher rectal n'entraîne pas de modification importante du PSA.

Une élévation importante du PSA peut avoir lieu à la suite de certaines maladies comme les infections urinaires ou la prostatite aiguë ou suite à certains gestes chirurgicaux comme un examen endoscopique de la vessie, une biopsie de prostate ou encore une résection endoscopique de prostate.

16. Si le PSA est normal, cela signifie-t-il que l'on n'a rien ?

Lorsque le PSA est normal, cela signifie 9 fois sur 10 qu'il n'y a pas de cancer. En revanche, il se peut qu'une anomalie soit quand même détectable avec le toucher rectal. Ceci explique l'intérêt de combiner le toucher rectal et le PSA pour faire le diagnostic du cancer de la prostate.

17. Si le PSA est normal, faudrait-il revenir consulter et quand ?

Si le PSA et le toucher rectal sont normaux, il faut considérer qu'il n'y a actuellement pas de cancer de la prostate. Il est inutile de répéter les examens dans l'immédiat. Si le PSA est normal, chez un homme âgé de 75 ans ou plus, il ne sera pas nécessaire de refaire un autre examen de ce type à l'avenir.

Si le PSA est normal, chez un homme âgé de moins de 75 ans, le médecin lui indiquera quand précisément il sera utile de revenir faire un test : ce peut être dans 1 an, dans 2 ans, 3 ans ou même plus, généralement pas moins d'1 an. Le délai pertinent à respecter avant de réaliser un nouveau PSA varie en fait en fonction de la valeur précédente du PSA.

18. « Quels pourraient être les avantages et les inconvénients à faire un PSA ? »

Principaux avantages

– Si le résultat est normal, cela pourra rassurer celui qui le fait.

Suite page 38

Suite de la page 35

- Il permet de détecter le cancer avant que les symptômes ne se développent.
- Il permet de détecter le cancer à un stade précoce, ce qui pourrait permettre de démarrer un traitement plus tôt.
- Si le traitement est efficace, il peut permettre d'éviter les conséquences d'un cancer métastatique ou une mort prématurée.

Principaux inconvénients

- Le test peut être faussement négatif et rassurer à tort celui qui le fait.
- Il peut rendre anxieux et induire des examens médicaux inutiles.
- Il peut détecter des cancers d'évolution lente ou des formes tardives pour lesquels, aucun soin n'aurait été nécessaire.
- Les traitements du cancer ont des effets secondaires qui peuvent affecter la vie quotidienne.
- Le traitement peut, dans certains cas, ne pas être efficace.

19. Qu'est-ce qu'une biopsie ? Cela fait-il mal ?

Les biopsies prostatiques sont la plus souvent pratiquées en ambulatoire, sous antibioprophylaxie et sous anesthésie locale. Sous contrôle échographique, plusieurs échantillons de tissu prostatique sont prélevés à l'aiguille, dans différentes zones de la prostate (généralement au moins 6 prélèvements sont pratiqués).

Il s'agit d'un examen qui peut être douloureux et qui peut parfois provoquer des saignements (dans les urines, le sperme ou le rectum), et plus rarement des infections ou une inflammation (de l'ordre du pour-cent).

20. Si la biopsie est normale, peut-on quand même avoir un cancer de la prostate ?

Oui. Des biopsies négatives n'écartent pas totalement le diagnostic de cancer de la prostate, et ne permettent pas d'éliminer la survenue ultérieure de cette maladie. Cependant, si les éléments cliniques ou biologiques continuent d'indiquer un risque de cancer de la prostate, les biopsies peuvent être refaites. Si le dosage du PSA est resté anormal alors que la biopsie est négative, il y a un risque

maximum de 1 sur 4 qu'une nouvelle biopsie soit positive et qu'on détecte un cancer de la prostate.

21. En cas de diagnostic d'un cancer de la prostate, quels examens faudra-t-il faire ?

Le stade de développement du cancer s'apprécie essentiellement sur les données de l'examen clinique de la prostate, sur la valeur du PSA et sur les résultats des biopsies prostatiques. Quelques examens peu nombreux sont cependant nécessaires pour compléter le diagnostic et peuvent être proposés.

Des examens tels que le scanner abdominopelvien ou l'imagerie par résonance magnétique peuvent être réalisés afin de juger de l'extension du cancer en dehors de la prostate. Ce bilan peut également être complété par une scintigraphie osseuse. Cet examen permet de vérifier l'absence de métastase osseuse.

22. Quelles sont les possibilités thérapeutiques ?

Après en avoir discuté avec un spécialiste, plusieurs options peuvent être proposées en fonction des caractéristiques du cancer, de l'âge du patient et des éventuelles pathologies associées :

- l'abstention-surveillance avec un traitement différé ;
- la chirurgie (« prostatectomie totale ») ;
- la radiothérapie externe ;
- la curiethérapie.

L'HIFU (ultrasons focalisés à haute intensité, ablatem®) reste une technique en cours d'évaluation. Les traitements hormonaux isolés ne sont habituellement pas utilisés dans le traitement des formes localisées.

23. Quelle surveillance est proposée aux personnes qui choisissent de ne pas se traiter ? Si on retarde le traitement peut-on encore les traiter ?

La surveillance repose sur un examen clinique et un dosage du PSA périodique. Elle peut être appropriée ou envisageable pour certains types de tumeurs sans que l'on sache pour l'instant dire si cette option vous fait réellement perdre des chances. En cas d'évolution, un traitement adapté peut être proposé. Il est de toute façon toujours possible, à n'importe quel

moment, de changer d'avis et de discuter avec le médecin de l'opportunité d'un traitement.

24. Si le cancer de la prostate n'est pas traité, comment évolue-t-il ? Peut-on en mourir ?

S'il s'agit d'une forme évolutive, le cancer de la prostate risque d'entraîner des difficultés à uriner, éventuellement une rétention complète des urines, ou encore d'empêcher le fonctionnement rénal en ralentissant l'écoulement des urines des reins vers la vessie. Il risque également de s'étendre en dehors de la prostate par envahissement direct des tissus et des organes situés près de la prostate. Les métastases au niveau du foie et des poumons sont rares, alors que les métastases osseuses sont plus fréquentes et douloureuses. Le décès survient en général au stade métastatique, c'est-à-dire en moyenne environ 15 ans après le diagnostic. Ce chiffre n'est cependant qu'une moyenne, il existe en effet des formes plus ou moins agressives.

25. Quels sont les principes de chaque traitement ?

Le traitement chirurgical curatif consiste à enlever complètement la prostate. La vessie, qui se trouve au-dessus de la prostate est ensuite suturée à l'urètre qui se trouve au-dessous de la prostate. Une sonde urinaire est laissée en place le temps de la cicatrisation. Cette intervention se pratique le plus souvent au travers d'une incision abdominale au-dessus du pubis. Elle peut également être pratiquée par coelioscopie ou par incision du périnée. L'ablation de la prostate s'accompagne de l'ablation des vésicules séminales. L'hospitalisation en rapport avec cette opération dure généralement de 1 à 2 semaines.

La radiothérapie externe consiste, après repérage préalable de la prostate par radiographie, à délivrer des rayonnements qui provoquent préférentiellement la mort des cellules prostatiques anormales. Cette technique nécessite plusieurs séances de courte irradiation sur plusieurs semaines (6 à 8).

La curiethérapie consiste, grâce à un guidage par échographie réalisée sous anesthésie, en l'implantation permanente de grains d'iode

radioactifs ou en l'implantation temporaire de grains d'iridium 192 dans la prostate. Ces grains émettent des radiations qui détruisent les cellules avoisinantes. La portée de ces radiations est très faible et reste confinée à la prostate. L'implantation dure environ 2 ou 3 heures, l'hospitalisation environ 2 jours.

26. Quelles sont les chances de guérison sous traitement ?

Les chances de guérison dépendent surtout du degré d'avancement auquel est découvert le cancer et des caractéristiques de la tumeur. Quand le cancer est localisé, 7 à 9 personnes sur 10 sont encore vivantes 10 ans après le diagnostic ou le traitement. Chez une partie des patients, alors qu'il n'y a aucun symptôme clinique de récurrence, la concentration sérique en PSA remonte après traitement : c'est la récurrence biologique. Elle peut nécessiter de mettre en œuvre un nouveau traitement.

27. Le traitement peut-il avoir des conséquences sexuelles ?

Tous les traitements du cancer de la prostate risquent d'entraîner des troubles sexuels et notamment des difficultés d'érection qui peuvent faire l'objet d'un traitement médical. Le traitement des difficultés d'érection n'est cependant pas toujours efficace. Par ailleurs, la prostatectomie totale entraîne une absence d'éjaculation définitive.

28. Peut-on encore avoir des enfants après le traitement ?

Si le patient a un projet d'enfant, il lui sera nécessaire de faire congeler du sperme avant le traitement et de recourir aux techniques de procréation médicale assistée.

29. Le traitement peut-il avoir des conséquences au niveau urinaire ?

Oui. La prostatectomie totale entraîne un risque d'incontinence urinaire non négligeable (cf. tableau suivant) mais le plus souvent transitoire. L'incontinence disparaît généralement en quelques mois. Des fuites peuvent néanmoins survenir au cours d'efforts plus ou moins importants. La radiothérapie externe et la curiethérapie peuvent entraîner des envies d'uriner fréquentes et/ou urgentes. Ces troubles peuvent apparaître pendant ou à distance du traitement.

30. Au final, quels sont les effets indésirables des traitements qui sont proposés ?

Les principaux effets indésirables possibles de la prostatectomie totale sont l'absence d'éjaculation, les difficultés d'érection et l'incontinence urinaire. Les conséquences possibles de la radiothérapie ou de la curiethérapie sont les troubles de l'érection, les troubles de la vessie et les troubles digestifs. ■

Principaux effets secondaires des traitements curatifs des cancers localisés de la prostate 1 an après traitement.

Traitement	Incontinence urinaire*	Autres troubles urinaires **	Troubles de l'érection ¶	Absence d'éjaculation	Troubles digestifs §
Prostatectomie totale	4 – 39 %	-	20 – 80 %	100 %	-
Radiothérapie externe	0 – 13 %	3 – 36 %	4 – 55 %	-	1-36 %
Curiethérapie	6 – 15 %	0 – 18 %	5 – 70 %	-	5-19 %

*: La définition dépend de l'âge. L'intensité et les circonstances de survenue (à l'effort, régulière, occasionnelle, totale) en sont variables.

**: Complications urinaires tardives ou persistantes.

¶: La définition dépend de l'âge au moment du traitement.

§: diarrhées, saignements rectaux.

la prise en charge de la dysfonction érectile et de l'«andropause» en urologie

par le Dr Pierre BONDIL
service d'urologie-andrologie, CHG Chambéry



I. La dysfonction érectile (DE)

La révolution actuelle de l'« angine de verge »

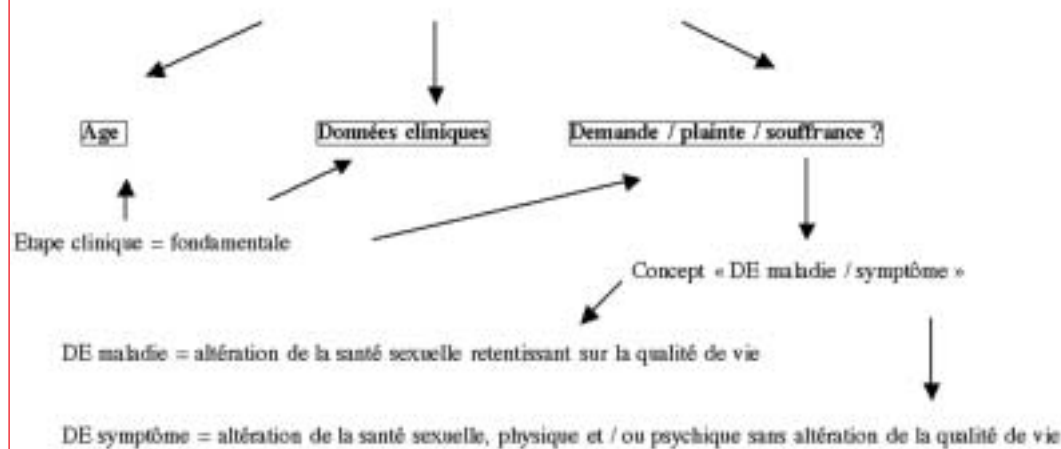
L'insuffisance érectile (ancienne impuissance, terme à ne plus utiliser) représente la quasi-totalité de la dysfonction érectile (DE) (le priapisme, urgence urologique très rare relevant du domaine de l'urologue, ne sera pas abordé). Ce trouble de l'érection ne peut plus désormais être négligée par le corps médical puisqu'elle apparaît comme un nouvel indicateur de santé et de qualité de vie du XXI^e siècle. Sa survenue est toujours un marqueur pertinent d'un état de « non santé » sexuelle et aussi (et parfois sur-

tout) non sexuelle (physique et/ou psychique). Son intrication prouvée avec de multiples pathologies chroniques et situations à risque pour la santé (1,9,10,12) est en train de la faire déborder du cadre sexuel. Ce symptôme décelable par un simple interrogatoire, apparaît comme un **baromètre de la santé** et aussi, comme un **clignotant avertisseur** de situations parfois dangereuses pour la santé (3,4). Ainsi, dans des populations masculines à haut risque vasculaire

entre DE et pathologie cardio-vasculaire (1,4,8,9,10,11,12,13) donnent une toute autre dimension à la DE qui est désormais un candidat crédible à être un **nouveau marqueur clinique vasculaire** et peut-être, du moins dans certains cas, un nouveau marqueur du risque cardio-vasculaire (2,3,4,10,11,12,13). Ces rôles inattendus de révélateur et de marqueur clinique de multiples états de « mauvaise santé » (cardiovasculaires ou non) ouvrent la perspective réaliste d'un dépis-

sur la qualité de la prise en charge clinique, notamment du **dialogue médecin-patient** (Tableau 1) car parler de sexualité n'est facile ni pour le patient ni pour le médecin (souvent non ou peu familiarisés avec les dysfonctions sexuelles) (1,5,7,9). L'interrogatoire éliminera les autres dysfonctions sexuelles (troubles du désir, de l'éjaculation, du plaisir ou douleurs). Dans la pratique quotidienne, ces troubles doivent être recherchés de principe

Tableau 2 : Les trois fils conducteurs de la prise en charge d'une DE



aussi fréquentes que le diabète et le syndrome métabolique, sa survenue doit être considérée jusqu'à preuve du contraire comme une « angine de verge » (2), c'est à dire comme un symptôme vasculaire à l'effort qui a une valeur d'alarme en tant que témoin d'une aggravation et prodrome potentiel d'accidents vasculaires aigus. Ces liens étroits

tage opportuniste et proactif de la DE dans des populations bien ciblées dans un objectif de prévention primaire des accidents cardiovasculaires (2,3,4,13), priorité de santé publique. Pour toutes ces raisons, la survenue d'une DE demande de la part de tout médecin, quelle que soit sa qualification, une évaluation minimale de la santé du patient en distinguant clairement les objectifs de qualité de vie et de santé.

Le diagnostic repose sur la clinique avant tout

L'étape clinique est fondamentale car le diagnostic (positif, différentiel et étiologique) d'une DE repose avant tout sur les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique (1,9). Toute la stratégie diagnostique et thérapeutique dépend donc

pour trois raisons : a) ils sont souvent associés, b) ils peuvent masquer une DE sous-jacente et vice-versa, c) une prise en charge spécifique est souvent nécessaire.

Evaluer son retentissement : DE symptôme ou maladie ?

Se focaliser sur le symptôme DE risque d'occulter des difficultés relationnelles ou liées à la personnalité. Le vécu sexuel et l'entente avec la partenaire sont des points essentiels. Néanmoins, il n'y a **pas de parallélisme entre DE et retentissement sur la qualité de vie**. Une DE sévère peut n'entraîner qu'une gêne minime tandis qu'une DE minime peut altérer sévèrement la qualité de vie de l'homme qui en souffre (et souvent celle du couple) (1,5,7,9). La variabilité de ce retentisse-

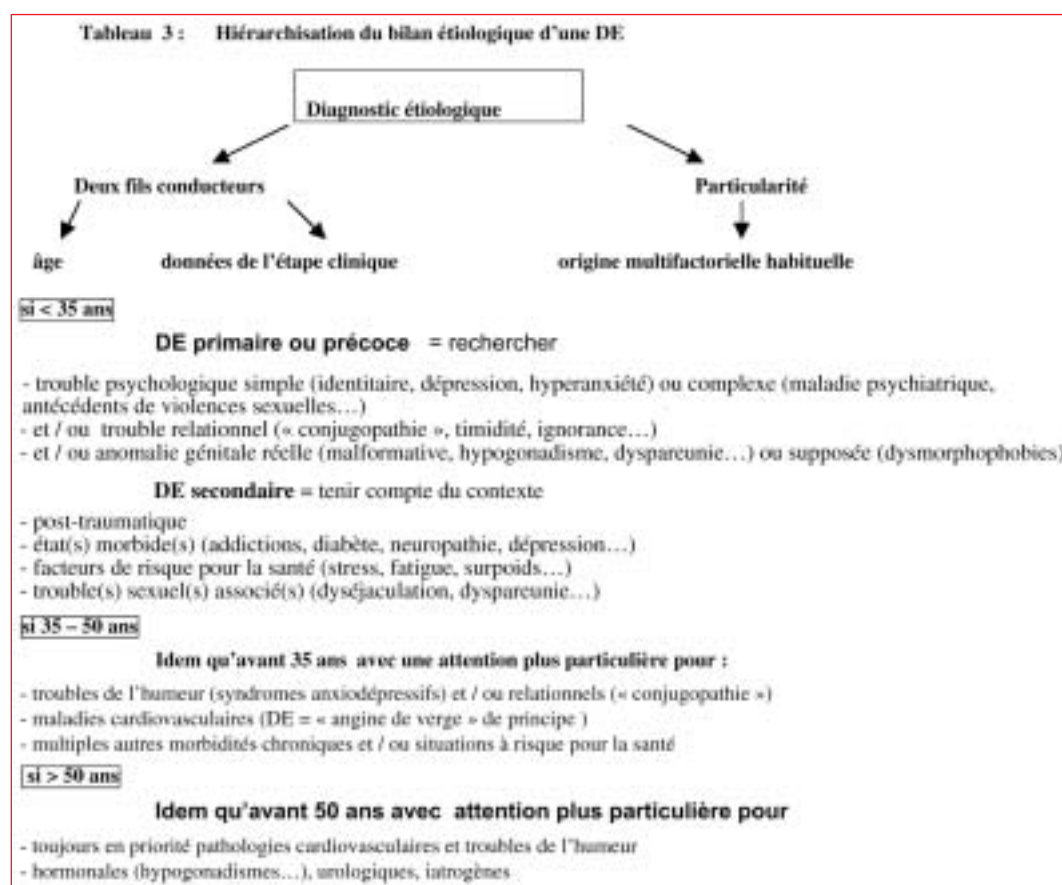
Tableau 1 : Conseils utiles pour optimiser le dialogue médecin-patient (1)

- Etre disponible avec une bonne qualité d'écoute
- Utiliser des questions simples sans termes techniques médicaux
- S'assurer de la bonne compréhension (questions ouvertes)
- Eviter de banaliser et de s'en désintéresser en prescrivant un traitement « à la va vite »
- Se souvenir qu'en matière de sexualité, il n'y a pas de règle « générale »
- Ne jamais juger mais avoir de l'empathie et une attitude humaniste
- Se méfier d'un interventionnisme excessif
- L'information fait partie du soin

ment est directement à base du concept DE maladie ou symptôme (1,2). Ainsi, l'existence ou non d'une demande, d'une plainte et/ou d'une souffrance du patient différencie la DE « maladie » (reflet d'un mal-être) de la DE « symptôme » (où le trouble sexuel n'est pas ressenti comme un problème par le sujet). Si la **DE est toujours « symptôme » d'un état de « mauvaise santé »** (physique, psychique ou sexuelle selon la définition de l'OMS), **elle n'est pas toujours « maladie »** puisque la fonction sexuelle est facultative et chacun vit sa sexualité comme il le veut (ou le peut) (1,5,7) (Tableau 2). Cette distinction entre « non santé », qualité de vie, sexualité et troubles sexuels permet à chaque soignant de ne plus négliger la DE et de mieux orienter la prise en charge en fonction des données cliniques et... de ses domaines de compétence.

Le diagnostic étiologique est indispensable car la DE est un baromètre de l'état de santé globale.

La survenue d'une DE impose un premier bilan à tout médecin en premier contact, quelle que soit sa qualification (1,2,6,8,9) pour deux raisons majeures : a) la DE n'est jamais anodine car toujours symptôme d'un état de « non santé », b) comme pour n'importe quelle pathologie, la DE nécessite un diagnostic étiologique le plus précis possible afin d'adapter au mieux le traitement. Malheureusement, le diagnostic étiologique d'une DE est souvent difficile car habituellement multifactoriel (1,9). Le bilan n'orientera que vers une DE à prédominance psychogène, organique ou mixte, classification pratique mais peu précise (1,8,9). En réalité, c'est surtout l'addition des différents facteurs étiologiques et de risque qui est dangereuse (d'où l'intérêt d'évaluer le profil de risque global (vasculaire et sexuel) (2). Même si leur correction ne suffit pas toujours, les étiologies et/ou les facteurs de risque bénéficiant d'une prise en charge spécifique doivent être toujours recherchés. En pratique, pour optimiser à la fois, le bilan et le diagnostic étiologique, **trois fils conducteurs** (Tableau 2) peuvent être utilisés (2) : 1) l'âge (le risque et la sévérité de la DE augmentant significativement avec l'âge), 2) les données cliniques toujours prioritaires, 3) le concept « DE mala-



die/DE symptôme ». Dans tous les cas, ce bilan (toujours clinique et souvent biologique) s'intéressera à la santé « non sexuelle » (physique et psychique) puis, uniquement en cas de DE « maladie », à la santé sexuelle. Schématiquement, en prenant l'âge comme fil conducteur et compte tenu bien sûr, des données de l'étape clinique, **toute DE doit être considérée, de principe et jusqu'à preuve du contraire, comme un marqueur clinique** (Tableau 3) (2,3,9) :

1. avant 35 ans (prévalence minime < 3%) :

- **si primaire ou précoce** : a) d'un trouble psychologique simple ou complexe et / ou relationnel et / ou d'une méconnaissance de la sexualité (5) qui nécessitent selon les cas une évaluation sexo-psychologique ou psychiatrique conduisant soit à une simple information et à une réassurance soit à une sexothérapie ou une psychothérapie (d'autant plus que la DE est primaire ou sévère ou ancienne ou associée à d'autres troubles sexuels), b) d'une anomalie génitale réelle ou supposée.

- **si secondaire** : d'un état morbide (diabète, dépression...) connu ou non, notamment en cas de contexte particulier (antécédents familial ou personnel cardiovasculaires, addictions, DE post-traumatique).

2. entre 35 ans et 50 ans (prévalence non négligeable entre 3

et 10 %), toute DE est aussi le symptôme :

- **en priorité, d'anomalies vasculaires** loco-régionales mais aussi diffuses (concept du Dysfonction Erectile = souvent Dysfonction Endothéliale) (1,4,9,10,11,12,13), la DE est alors assimilable à une véritable « angine de verge » (2,3) car physiologiquement, l'érection correspond à un test d'effort vasculaire ultrasensible pour la circulation érectile (2). Cet équivalent de l'angine de poitrine est un prodrome potentiel d'accidents vasculaires aiguës notamment coronariens (4,8,10,11,12,13). Pour cette raison, l'association d'un profil de risque vasculaire moyen ou élevé et d'une DE doit faire demander un bilan cardiovasculaire qui jugera de l'utilité ou non de réaliser un test d'effort et un examen échodoppler des gros vaisseaux (2,6,9). Ces liens étroits entre DE et pathologie cardio-vasculaire expliquent l'intérêt d'un **dépistage proactif des facteurs de risques cardio-vasculaires** (notamment un diabète ou un syndrome métabolique) chez tout homme présentant une DE car le dépistage du coronarien non connu car silencieux est une priorité actuelle de santé publique (2,6,8,9,13).

- de **multiples morbidités chroniques** aussi fréquentes que la dépression, l'athérosclérose, le diabète, la iatrogénie, les neuropathies, l'obésité... (1,5,9,11,12).

- **et / ou de multiples situations à risque pour la santé** tout aussi fréquentes que l'hygiène et un mode de vie inadaptées, les addictions, le surpoids, la sédentarité, le stress, le surmenage, la fatigue chronique, les troubles du sommeil... (2,8,9).

3. après 50 ans (âge seuil avec une prévalence variant de 10 à 20 % puis à plus de 25 % après 60 ans) (1,5,7,9), la DE peut aussi être un symptôme de **pathologies hormonales et / ou urologiques**. La prévalence croissante des pathologies prostatiques, de la maladie de La Peyronie et des hypogonadismes acquis (« andropause » ou DALA) nécessite un bilan urologique (toucher rectal, dosage de PSA et créatininémie) et hormonal (dosage de testostéronémie, plus rarement de prolactinémie, LH...) complémentaires (2,9) en plus du bilan cardiovasculaire systématique.

Le bilan clinique initial est réalisable par tout médecin

Un **examen de médecine générale** suffit en pratique quotidienne à la condition d'inclure (Tableau 4) (1,2,9) un examen andrologique (organes génitaux et caractères sexuels) et une évaluation minimale :

- **cardio-vasculaire** (4,6,9,11,12) incluant la mesure de la tension artérielle et du tour de taille, l'évaluation systématique du profil de risque global cardiovasculaire et la

recherche de **contre-indications** : a) aptitude physique à poursuivre l'activité sexuelle selon les recommandations du consensus de Princeton (en pratique, le patient doit pouvoir marcher 20 minutes par jour ou monter deux étages à pied), b) interaction médicamenteuse notamment les dérivés nitrés et les donneurs de NO en cas de prescription d'inhibiteur de la PDE5.

- de **iatrogénie** (2,9) dominé par les traitements médicamenteux à visée cardiovasculaire et psychiatrique (pathologies elles-mêmes pourvoyeuses de DE). Si la relation de cause à effet est souvent difficile à établir, cette crainte iatrogène est potentiellement responsable de conduites à risque par mauvaise observance.

- **sexo-psychologique** (2,5,9) : a) précise la personnalité du sujet, son environnement affectif (rôle de la partenaire) et socioculturel, les événements de vie récents, b) recherche les troubles de l'humeur, avant tout anxieux ou dépressifs très souvent présents (qu'ils soient cause ou conséquence de la DE), les facteurs de mauvais pronostic (*Tableau 4*) et les contre-indications au traitement pharmacologique du DE (perversions, addictions).

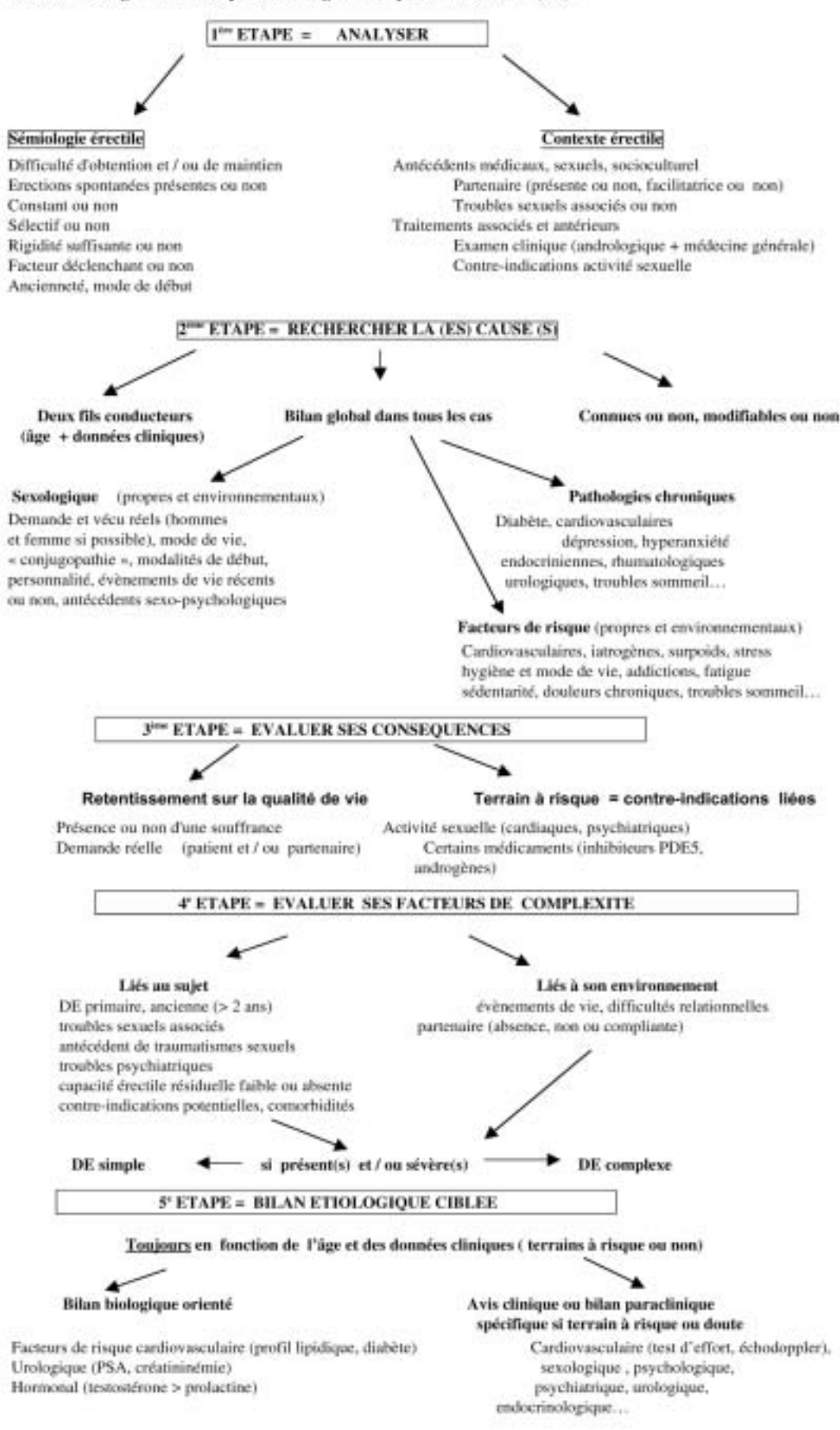
- neurologique, endocrinienne, urologique, psychiatrique... en fonction des données cliniques et des disponibilités d'expertises loco-régionales.

Ce premier bilan est important car, à la différence des femmes, les hommes sont souvent non ou peu suivis médicalement et **la DE est souvent le motif d'une première consultation médicale** chez un nombre non négligeable d'hommes entre 30 et 60 ans (2,5,7). Par contre, le bilan de deuxième intention n'est indiqué qu'en cas de DE complexe (troubles sexuels associés, DE primaire ou ancienne, capacité érectile résiduelle minime ou absente, « conjugopathies » sévères...) ou d'échec d'une première approche (*Tableau 4*). Il relève alors surtout du soignant déjà familiarisé à la prise en charge du DE (via un test pharmacologique intracaveux, une sexothérapie, un bilan d'une autre spécialité d'organe (1,2,9).

La prescription doit être toujours globale

La prise en charge de première intention ne se résume pas à une simple prescription médicamenteuse. Elle intègre une prescription plus globale (1,9)

Tableau 4 : Algorithme de la prise en charge d'une dysfonction érectile (DE)*

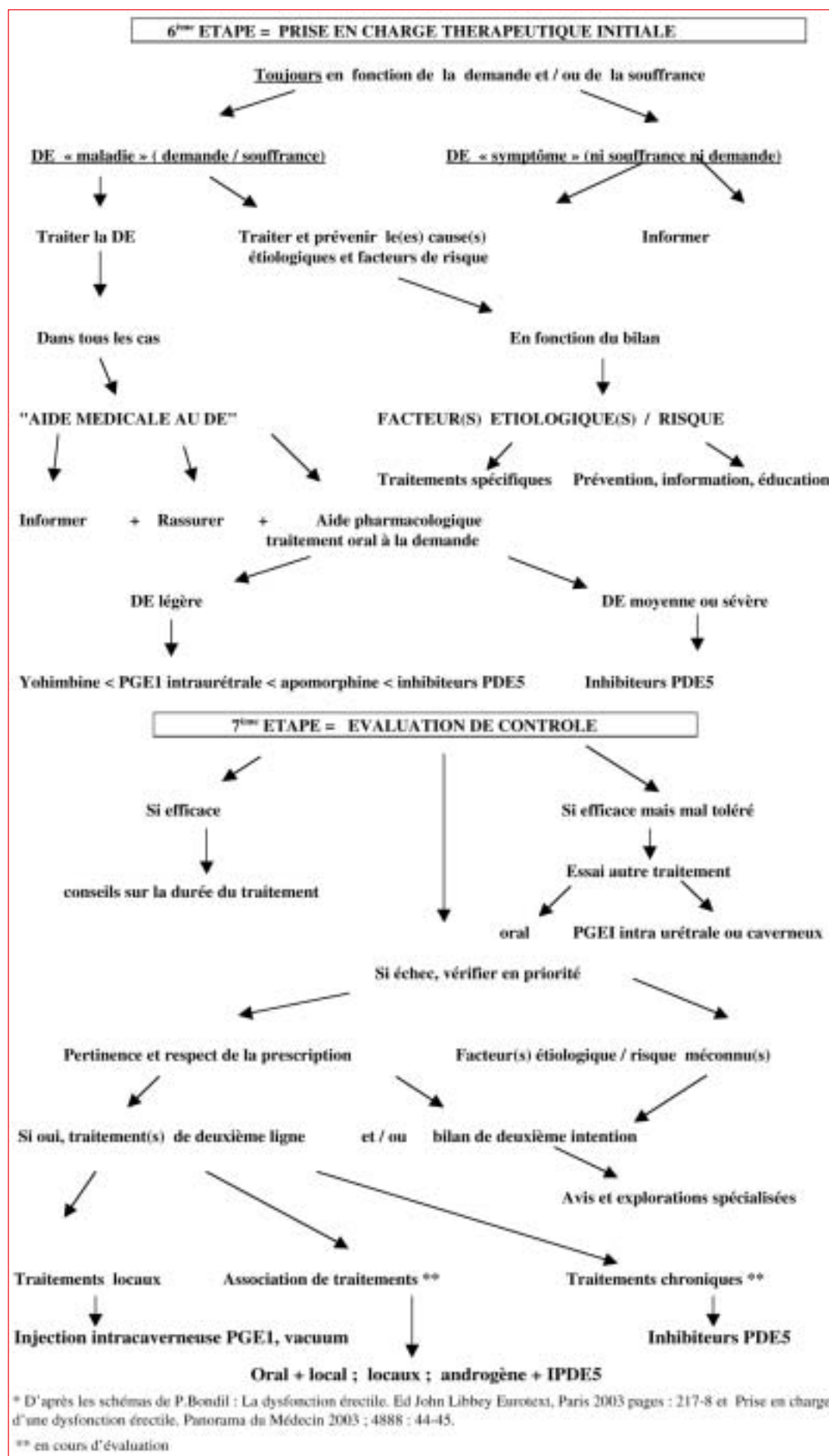


(*Tableau 4*) qui inclue : 1) le plus souvent une prescription d'un traitement pharmacologique qui prend en compte les souhaits et la réalité de la vie sexuelle du sujet (5,7), 2) toujours la correction des facteurs étiologiques et de risque et une **éducation thérapeutique** comportant :

- des informations claires et des conseils de base sur : la sexualité et ses troubles, les mécanismes et les traitements de la DE, le risque minime de danger des inhibiteurs de la PDE5 (trop souvent présent chez les patients et leurs femmes) si les contre-indica-

tions sont respectées, l'hygiène de vie et la « bonne » santé.

- une prescription bien accompagnée de traitements (pharmacologiques ou non). Les **inhibiteurs de la PDE5 par voie orale sont le traitement pharmacologique de première intention** du fait de leur efficacité (80 % des



sujets tout-venant) et de leur faible morbidité (1,9). L'apomorphine sublinguale (réservée pour les DE légères) n'est actuellement indiquée qu'en cas d'intolérance ou de contre-indications aux inhibiteurs de la PDE5. Ces médicaments ne sont

actuellement indiqués qu'à la demande avant une activité sexuelle (les traitements chroniques sont en cours d'évaluation en raison de leurs résultats encourageants) Dans tous les cas, la prise médicamenteuse doit être optimisée en précisant

les modalités de prise et les précautions à observer. Si le délai et la durée d'action varie selon les médicaments, l'importance de la stimulation sexuelle (les inhibiteurs de la PDE5 ne provoquent pas l'érection mais l'amplifient) et de faire plusieurs

essais à dose maximale leur est commune (1,9). En France, aucun traitement pharmacologique n'est remboursé en dehors de certains cas pour les injections intracaverneuses de PGE1.

- un **suivi adéquat** : la consultation de contrôle dans un délai de un à deux mois semble évaluer l'efficacité du médicament, le degré de satisfaction et les problèmes éventuellement rencontrés (1,9). En fonction des données de l'interrogatoire, cette étape-clé corrigera les erreurs d'utilisation, ajustera la posologie et modifiera la prise en charge. En cas d'échec non lié à une prescription inadaptée ou mal suivie, une réévaluation du diagnostic étiologique (cause méconnue qu'elle soit physique, psychique ou relationnelle?) et de la première prise en charge (demande réelle du patient et du couple?) est nécessaire (1,9). Un avis spécialisé (sexologique, urologique, cardiologique...) est alors le plus souvent indiqué qui proposera en priorité, un traitement local pharmacologique (injection intracaverneuse de PGE1) ou mécanique (pompe à vide ou vacuum) associé si besoin à un bilan ou un traitement spécifique (sexothérapies, psychothérapies, bilan cardiovasculaire...) (2,9). Une alternative récente et prometteuse (mais à valider) en cas d'échec du premier traitement réside dans l'emploi de traitements pharmacologiques oraux chroniques ou dans l'association de traitements oraux et/ou locaux. La chirurgie (prothèses péniennes) n'est réservée qu'aux échecs des traitements médicaux.

Conclusion

La DE ne peut plus être considérée comme une pathologie de confort ou peu sérieuse car sa prise en charge revient à prendre en charge la santé globale. En tant que symptôme, la DE est une fenêtre ouverte sur de multiples maladies chroniques et/ou de situations à risque pour la santé, qu'elles soient biomédicales et/ou environnementales, connues ou non, modifiables ou non. Ses liens étroits avec la pathologie vasculaire en font un authentique symptôme d'alerte en tant qu'« angine de verge » potentielle après 35 ans. En tant que maladie, la DE, même légère, peut altérer considérablement la qualité de vie du sujet et du couple. Ne pas faire un bilan minimum (somatique, psychologique et sexologique) est une erreur car toute DE est un

marqueur d'un état de « mauvaise santé ». Pour cette raison, toute consultation pour DE doit être l'occasion d'un bilan de santé opportuniste proactif ciblé en fonction de l'âge, des données cliniques et de la demande ou de la souffrance du patient. Cette prise en charge moderne de la DE s'inscrit ainsi dans une démarche individuelle (humaniste) et collective (civique et éthique) en

tant que nouvel indicateur de santé et de qualité de vie. Cette « révolution » respecte les exigences d'une démarche scientifique de qualité qui associe les concepts de la médecine fondée sur les preuves et sur le raisonnement, à la preuve d'un service rendu au patient car se préoccuper de leur santé sexuelle (et non de leur sexualité) revient aussi à se préoccuper de leur santé tout court. ■

Bibliographie

1. BONDIL P: La dysfonction érectile. Ed John Libbey Eurotext, Paris 2003.
2. BONDIL P: Quelles investigations, le non-spécialiste doit-il demander devant un patient consultant pour un dysfonctionnement érectile? *Andrologie* 2004; 14: 291-303.
3. BONDIL P, DELMAS V: L'« angine de verge » ou la révolution actuelle de la dysfonction érectile. *Progr Urol* 2005. In press
4. CHEITLIN MD: Erectile dysfunction: the earliest sign of generalized vascular disease? *J Am Coll Cardiol* 2004; 43: 185-6.
5. COSTA P, AVANCES C, WAGNER L: Dysfonction érectile: connaissances, souhaits et attitudes. Résultats d'une enquête française réalisée auprès de 5099 hommes âgés de 18 à 70 ans. *Prog. Urol.* 2003; 13: 85-91.
6. DEBUSK R, DRORY Y, GOLDSTEIN I and al.: Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: recommendations of the Princeton Consensus Panel. *Am.J.Cardiol.*, 2002; 86: 175-181.
7. GIULIANO F, CHEVRET-MEASSON M, TSATARIS A et al.: Prévalence de l'insuffisance érectile en France: résultats d'une enquête épidémiologique menée auprès d'un échantillon représentatif de 1 004 hommes. *Progrès en Urol.*, 2002; 12: 260-267.
8. EL-SAKKA AI, MORSY AM, FAGIH BI, NASSAR AH: Coronary artery risk factors in patients with erectile dysfunction. *J Urol.* 2004; 172: 251-4.
9. LUE TF, GIULIANO F, MONTORSI F, ROSEN RC, ANDERSSON KE, ALTHOF S et al. Summary of the Recommendations on Sexual dysfunctions in men. *J Sexual Med* 2004; 1: 6-23.
10. MONTORSI F, BRIGANTI A, SALONIA A et al.: Erectile dysfunction prevalence, time of onset and association with risk factors in 300 consecutive patients with acute chest pain and angiographically documented coronary artery disease *Eur. Urol.*, 2003; 44: 360-5.
11. SOLOMON H, MAN JW and JACKSON G: Erectile dysfunction and the cardiovascular patient: endothelial function is the common denominator. *Heart* 2003; 89: 251.
12. SPEEL TGW, Van LANGEN H, MEULEMAN EIJH: The risk of coronary heart disease in men with erectile dysfunction. *Eur. Urol.*, 2003; 44: 366-71.
13. STERN S. Symptoms other than chest pain may be important in the diagnosis of "silent ischemia", or "the sounds of silence". *Circulation* 2005; 11: e435-37.

II. Le déficit androgène lié à l'âge (DALA)

L'engouement pour la DHEA illustre bien la force du mythe de la fontaine de jouvence dans notre société vieillissante. Le récent intérêt pour l'« andropause » (5,8,13) reflète ainsi la demande légitime de bien vieillir avec une arrière-pensée de traitement préventif (équivalent masculin du traitement hormonal substitutif de la femme) ce qui a éveillé également l'intérêt de l'industrie pharmaceutique mais aussi du monde de la santé. Compte tenu de ce contexte sociétal de vieillissement et de pandémie de « diabésité », les médecins doivent connaître la

problématique de l'« andropause » et aussi ses signes d'alerte et sa prise en charge.

Andropause ou DALA ?

Le terme d'andropause, quoique « très parlant », est inexact (2,5,6,8,11,13). S'il existe bien avec le vieillissement de l'homme, une diminution des hormones secrétées par les gonades, cet hypogonadisme diffère de la ménopause par son aspect inconstant, progressif et partiel sans arrêt brutal de la fonction androgène. Le terme de Déficit Lié à l'Age (DALA) reflète mieux, en l'absence d'autres causes identifiables, le vieillissement de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique de

l'homme qui a une origine multifactorielle d'origine testiculaire (raréfaction des cellules de Leydig, baisse de la perfusion testiculaire) et centrale gonadotrope (perte des variations nyctémérales de la testostérone (T), baisse des pics de LH, altération des feedbacks négatifs) (13). Statistiquement, chez les hommes en bonne santé, la testostérone (T) circulante diminue régulièrement avec l'âge à partir de la trentaine (3,5,8,11,13). Mais ce déclin n'est pas toujours symptomatique (à la différence de la femme) et il n'aboutit à un réel déficit que chez un pourcentage limité quoique négligeable d'hommes. Par ailleurs, le choix du dosage de référence et des valeurs seuils modifie sensiblement la fréquence du DALA qui passe d'environ 20 % avec la T totale à près de la moitié avec la T biodisponible chez les hommes après 60 ans. Enfin, si le déficit androgène est une réalité, le vieillissement est un processus multifactoriel qui ne peut être expliqué par le seul manque

d'androgènes (5,6,8,11,13).. Ni les symptômes du vieillissement masculin, ni les différentes pathologies souvent mises sur le compte du DALA, ne peuvent s'expliquer exclusivement par celui-ci. D'autres mécanismes hormonaux, (déficit en hormones de croissance, thyroïdiennes...) ou non (dysrégulation enzymatique cellulaire des tissus-cibles, morbidités chroniques, difficultés psychosociales...) interviennent d'où les incertitudes pour savoir si cette baisse est un simple phénomène adaptatif ou si elle participe à la morbidité liée à l'âge ce qui ouvrirait alors la perspective d'un traitement préventif (2,13). Si les arguments les plus sérieux en faveur du rôle du déclin androgénique dans les symptômes du vieillissement masculin proviennent des résultats des essais de traitement par administration de T qui ont montré des effets favorables sur la plupart de ces symptômes (2,7,11,13), le traitement uniquement préventif (anomalie hormonale sans

Tableau 1 : Hétérogénéité des principaux signes ou symptômes du DALA

- symptôme fonctionnels: asthénie physique ou psychique, troubles du sommeil, hypersudation, bouffées vasomotrices.
- modifications corporelles: diminution de la masse et de la force musculaire, inflation de la graisse viscérale abdominale
- altération des caractères sexuels secondaires: dépilation pubienne et axillaire, gynécomastie et hypotrophie testiculaire
- troubles sexuels: baisse du désir et de l'activité sexuelle, baisse des érections notamment nocturnes et matinales, baisse du plaisir et du volume de l'éjaculat
- troubles neuropsychiques: anxio-dépressifs avec irritabilité, indifférence, perte de l'estime de soi, manque de motivation...
- troubles osseux: perte osseuse avec ostéoporose et risque fracturaire.

Tableau 2 : L'emploi du questionnaire ADAM est toujours utile du fait de l'hétérogénéité du tableau clinique (12)

- 1) Avez-vous constaté une diminution de la libido (désir d'avoir des rapports sexuels) ?
- 2) Ressentez-vous un manque d'énergie ?
- 3) Avez-vous une diminution de la force musculaire ou d'endurance à l'effort ?
- 4) Avez-vous diminué de taille ?
- 5) Avez-vous noté une diminution de votre joie de vivre ?
- 6) Etes-vous triste ou irritable ?
- 7) Vos érections-sont-elles moins fortes ?
- 8) Avez-vous noté une détérioration récente de votre capacité à faire du sport ?
- 9) Avez-vous tendance à sommeiller après les repas ?
- 10) Avez-vous noté une détérioration récente de vos performances au travail ?

le test est positif (sensibilité de 88 % et spécificité de 60 % pour prévoir une testostéronémie inférieure à la normale) en cas de réponse « oui » à au moins l'une des deux questions sexuelles (1 ou 7) ou à trois des autres questions.

Tableau 3 : Contre-indications du traitement androgénique substitutif

Formelles	Relatives
Cancer de prostate et du sein	Polyglobulie avec hémocrite > 51%
Prolactinome	Apnée du sommeil non traitée
Hématocrite > 55%	Hérédité familiale de cancer de prostate au 1 ^{er} degré
Antécédents de perversions sexuelles	Insuffisances hépatique, rénale ou cardiaque sévères
Tumeurs hépatiques	Syndrome obstructif prostatique par hyperplasie bénigne prostatique non traitée
Hypersensibilité à la testostérone	

Tableau 4 : Médicaments utilisés en androgénothérapie

DCI	Nom	Posologie	Administration	Remboursement
Enanthate de testostérone	Androtardyl R	250mg / 2 à 4 sem	IM	65%
Undécanoate de testostérone	Nebido R	1000 mg / 10-14 sem	IM	0
Undécanoate de testostérone	Pantestone R	comprimé 40 mg 3/j	orale	65%
Testostérone gel 2%	Androgel R	50 mg / j	percutanée	0

DCI = dénomination commune internationale

Schéma de la prise en charge d'un DALA (d'après 5 et 13)



symptômes cliniques d'hypogonadisme) n'apparaît pas aujourd'hui justifié.

Diagnostic du DALA

Evoqué par la clinique, le déficit androgène doit toujours être confirmé par un bilan hormonal pour trois raisons (5,6,11,13) : 1) aucune des fonctions androgéno-dépendantes altérées chez le sujet âgé n'est sous le contrôle exclusif des androgènes, 2) aucun symptôme ou signe clinique n'est pathognomonique, 3) la fiabilité des questionnaires et scores cliniques est relative.

Tableau clinique peu spécifique : Il se distingue de l'hypogonadisme franc du jeune par une

symptomatologie souvent plus fruste (Tableau 1) témoin de l'aspect très variable du DALA. Son diagnostic clinique est d'autant plus difficile que la symptomatologie clinique : a) est très hétérogène, banale et peu spécifique, b) survient de façon très variable selon les individus et dans le temps, c) s'intrique aux multiples comorbidités chroniques et aux effets de leurs éventuels traitements (qui augmentent aussi avec l'âge), d) peut être liée au vieillissement sans qu'il y ait de déficit androgène. En pratique, ce **manque de spécificité** ajoutée à la méconnaissance du DALA expliquent sa **fréquente ignorance** (5,6,13). Si les troubles sexuels (baisse de la libido et des érections spontanées) sont une

des principales circonstances actuelles de découverte, il faut savoir que leurs liens exacts avec le déficit androgénique sont discutés (4,5,6,11,13). Néanmoins, il est recommandé de rechercher un déficit androgénique après 50 ans et chez les sujets non répondeurs aux inhibiteurs de la PDE5 (1,2,13). Il faut aussi savoir l'évoquer devant des symptômes ou signes non sexuels notamment neuro-psychiques (asthénie, dépression, bouffées vasomotrices, troubles du sommeil...) et / ou morphologiques (obésité abdominale, fonte musculaire, petits testicules, dépilosite masculine, gynécomastie...). L'emploi de questionnaires et de scores prédictifs (12) d'un déficit androgénique (Tableau 2) est une

aide utile car c'est l'association des signes qui est la plus évocatrice du déficit androgène. De plus, il n'est pas toujours facile de déterminer si le DALA est la **cause de l'hypogonadisme** (5,6,8,11,13) d'où la nécessité de prendre en compte l'état de santé générale du sujet afin d'éliminer les hypogonadismes :

- transitoires : maladies aiguës, stress, arrêt de l'activité sexuelle...
- ou secondaires à des pathologies iatrogènes ou générales (obésité, dépression, diabète notamment) de par leur effet délétère sur l'état testiculaire et gonadotrope fragilisé chez le sujet âgé ou dus à une tumeur hypophysaire.

Ces hypogonadismes d'autre origine qui relèvent alors d'un traitement étiologique spécifique, doivent être impérativement traités avant tout éventuel traitement androgène (11,13).

b) Confirmation biologique indispensable :

Elle se heurte à difficultés : a) défaut de définition consensuelle des valeurs seuils définissant le déficit androgène chez le sujet âgé, b) risque de faux résultats liés aux dosages différents de T. La valeur seuil utilisée pour définir le DALA correspond à la limite inférieure de la normale d'une population d'hommes jeunes (30 à 50 ans) en bonne santé (11). Compte tenu de l'augmentation de la SHBG avec l'âge, le dosage de T totale n'est pas optimale à la différence du dosage de la T biodisponible plus fiable (5,6,8,11,13). A partir de 50 ans, la sécrétion de T décroît de 1 % par an avec une augmentation parallèle de la SHBG d'où une baisse accrue de la T biodisponible (la seule active dans les tissus cibles) mais non disponible partout. En pratique, une T totale < 3 ng / ml ou biodisponible < 3.1 nmol/l évoque un DALA (d'autant plus probable que la baisse est nette) (2,8,13). Dans tous les cas, un deuxième contrôle, 2 à 3 semaines après, de T totale ou mieux, de T biodisponible complété par un dosage de LH (et souvent de prolactine) est nécessaire en s'assurant de bonnes conditions techniques et en tenant compte de la valeur de référence du laboratoire. La variabilité inter et intra-individuelle de ces dosages implique que toute anomalie franche ou à fortiori, limite, soit contrôlée d'autant plus que les critères biologiques retenus actuellement pour indiquer l'androgénothérapie substitutive varient selon les auteurs

(2,5,6,13). En cas de baisse confirmée de la T, **une LH élevée confirme l'origine testiculaire** et oriente vers un traitement androgène tandis qu'une **LH normale ou basse** nécessite un bilan endocrinien hypothalamo-hypophysaire (5,8,11,13) (avec IRM notamment si la prolactine est élevée) (schéma).

Traitement androgène substitutif

Il n'est **indiqué qu'en cas d'anomalies cliniques associé à un déficit androgène documenté** (2,5,6,7,8,11,13) car son objectif est d'améliorer les signes cliniques du DALA et donc la qualité de vie et le bien-être en ramenant la testostéronémie à des taux proches de la physiologie sans limite d'âge maximal a priori. Au plus la testostéronémie est basse (< 2 ng/ml pour la T totale), au moins l'indication est discutée (T totale entre 2 et 3 ng/ml) (2). Par contre, le traitement substitutif préventif n'est actuellement pas indiqué (7,13) en dehors d'études prospectives en cours (même si les récents résultats semblent montrer un effet bénéfique avec l'amélioration de certains troubles sexuels (activité et désir sexuels, érections nocturnes et matinales), fonctionnels (qualité du sommeil, baisse de la fatigue) et neuropsychiques (amélioration des fonctions cognitives, de l'humeur et de la sensation de bien-être), l'augmentation de la force musculaire et la diminution de la masse grasse reflet de ses effets anaboliques (7,8,13). Ses possibles et intéressants effets bénéfiques sur l'ostéoporose et coronariens (2,9,13) (la testostérone basse, plus fréquente en cas de pathologie cardiovasculaire, pourrait être un marqueur biologique de risque cardio-vasculaire; elle aurait également une action anti-athérogène en préservant la fonction endothéliale et l'intégrité de la fibre musculaire lisse chez l'homme) restent encore à confirmer.

Précautions d'emploi et contre-indications

1. Bilan préthérapeutique indispensable : Avant de prescrire une androgénothérapie, un bilan est indispensable (2,6,11,13) pour dépister les principales contre-indications formelles ou relatives (Tableau 3):

- **urologique** afin d'éliminer tout risque prostatique (stimulation d'une hypertrophie bénigne et surtout d'un cancer méconnu) expliquant les contre-indications formelles du cancer de prostate (supposé ou réel) et relative de l'hypertrophie bénigne sympto-

matique (à traiter auparavant) (2,5,6,10,11,13). Quoique faible, ces risques imposent dans tous les cas, un examen initial et une surveillance urogénitale régulière (TR, seins, PSA qui ne doit pas dépasser 4 ng/ml et dont la cinétique ne doit pas dépasser 0.75 ng/ml/an sur deux ans) (2,10,13). **Au moindre doute, un avis urologique est indispensable.** Le risque de cancer de prostate serait plus lié à l'hypotestostéronémie qu'à un traitement androgène qui l'a motivé (10,13). Quoique les données actuelles soient rassurantes, un risque élevé de cancer de prostate ou un antécédent de cancer de prostate guéri restent des contre-indications.

- **général** évaluant les autres risques plus relatifs mais potentiellement importants chez le sujet âgé (6,11,13) avec la recherche: a) d'apnées du sommeil non traitées qui peuvent s'aggraver, b) d'une polyglobulie nécessitant un contrôle et une surveillance de l'hématocrite (risque de thrombose), c) d'insuffisance hépatique, cardiaque ou rénale sévère.

2. Surveillance : A condition d'une sélection prudente des indications chez les sujets âgés ou à risque (facteurs personnels ou familiaux, observance insuffisante au suivi), la tolérance des traitements androgéniques est excellente avec peu d'effets indésirables (8,13). La surveillance clinique et biologique est essentielle pour évaluer l'équilibre clinique (sensation de bien-être, vigueur, humeur, fonction sexuelle), la tolérance et l'absence de sous ou surdosage (à évoquer de principe en cas de survenue d'une polycytémie, de troubles urinaires, d'agressivité, de nervosité, d'érections persistantes, de prise de poids, d'une hypertension). La non correction des troubles cliniques doit remettre en question le diagnostic de DALA et faire rechercher une autre origine au déficit androgène. La surveillance clinique et biologique (PSA, numération-formule sanguine avec hématocrite, profil lipidique) nécessite un contrôle à trois mois puis semestriel pendant deux ans, puis annuel en l'absence d'anomalies (2,5,6,8,11,13). Le contrôle du dosage de testostérone varie selon un schéma spécifique à chaque type de traitement. La durée actuellement préconisée du traitement n'est pas limitée sous réserve que le patient ait été clairement informé et que les objectifs aient été atteints (bénéfice pour la qualité de vie du patient sans complications). Un essai de 6 mois semble

nécessaire pour apprécier les bénéfices réels par rapport au placebo (13).

Quels sont les médicaments disponibles?

Trois formes de traitements (orale, intramusculaire ou transcutanée) (2,5,6,7,13) sont disponibles en France (Tableau 4). Chacune a ses avantages et ses inconvénients dont le patient doit être informé pour son choix notamment si le produit est remboursé ou non. La voie orale nécessite la prise quotidienne de 2 à 3 comprimés par jour uniquement lors d'un repas avec un contrôle plus difficile de la testostéronémie car souvent fluctuante. La voie intramusculaire ne nécessite qu'une injection toutes les 2 à 3 semaines avec l'énanthate de testostérone ou mieux, toutes les 10 à 14 semaines avec l'undécanoate de testostérone 1000 mg qui a l'avantage d'éviter le pic supraphysiologique de l'énanthate mais n'est pas remboursé. La voie transcutanée sous forme de gel hydro-alcoolique en sachet-dose a l'avantage d'une imprégnation rapide et plus facile de testostérone à des taux physiologiques. Son non remboursement est un facteur limitant actuel et l'observance à long terme d'une application quotidienne reste à déterminer.

Conclusion

Vieillir « en bonne santé et dans la dignité » est devenu un défi

et un enjeu sociétal majeur. Si la médecine fondée sur les preuves a montré la réalité d'un déficit androgène lié au vieillissement chez un nombre non négligeable d'hommes après 50 ans, sa responsabilité précise reste encore discutée. En fait, ce déficit androgène est inconstant, souvent partiel et la limitation des effets du vieillissement n'est pas qu'une affaire d'hormones. Pour toutes ces raisons, l'androgénothérapie substitutive ne doit pas être prescrite préventivement mais uniquement à des hommes qui présentent des symptômes cliniques (peu spécifiques) d'hypogonadisme. Les troubles sexuels (plus évocateurs) ne doivent pas masquer les troubles non sexuels psychologiques et métaboliques du DALA susceptibles de bénéficier aussi d'un traitement substitutif. Dans tous les cas, son diagnostic doit être confirmé biologiquement par une diminution vérifiée à 2 reprises de la testostérone totale ou mieux, biodisponible. Sous réserve d'une sélection, d'une information, d'une prescription et d'un suivi appropriés, ses risques semblent limités. Si la prudence est toujours de mise en raison d'effets nocifs potentiels, le bénéfice de l'androgénothérapie substitutive du DALA indiscutable. L'amélioration du bien-être qui en résulte ne doit donc pas souffrir des polémiques liées au traitement hormonal substitutif de la femme. ■

Bibliographie

DALA (mise en point exhaustive dans la référence 13)

1. Aversa A, Bruzziches R, Spera G: A rationale for the use of testosterone "salvage" in treatment of men with erectile dysfunction failing phosphodiesterase inhibitors. *The Endocrinologist* 2005 ; 15 : 99-105.
2. Isidori AM, Greco EA, Aversa A: Androgen deficiency and hormone-replacement therapy. *BJU Int* 2005 ; 96 : 212-6.
3. Araujo AB, O'Donnell AB, Brambilla DJ et al.: Prevalence and incidence of androgen deficiency in middle-aged and older men: estimates from the Massachusetts Male Aging Study. *J Clin Endocrinol Metabol* 2004 ; 89 : 5920-6.
4. Buvat J, Lemaire A: Endocrine screening in 1022 men with erectile dysfunction: clinical significance and cost-strategy. *J. Urol.*, 1997, 158 : 1764-7.
5. Buvat J, Costa P, Flam T, Giuliano F, Kuhn JM, Legrand E, Lejeune H, Mimoun S, Roger M, Weber S: Réflexion multidisciplinaire sur la prise en charge du Déficit androgénique lié à l'âge. *Andrologie* 2003 ; 13 : 11-21.
6. Cuzin B, Giuliano F, Jamin C, Legros JJ, Lejeune H, Rigot JM, Roger M: Diagnostic, traitement et surveillance de l'hypogonadisme de survenue tardive chez l'homme: Recommandations officielles de l'International Society for the Study of the Aging Male (ISSAM) et commentaires. *Andrologie*, 2003 ; 13 : 331-48.
7. Kuhn JM, Thorin-Savourey A: Déficit androgénique lié à l'âge. Que faut-il attendre de l'androgénothérapie? *Andrologie* 2004,14 : 267-74.
8. Lejeune H: Le déficit androgénique lié à l'âge chez l'homme: terminologie, épidémiologie. *Andrologie*, 2002 ; 12 : 11-16.
9. Mäkinen J et al. Increased carotid atherosclerosis in andropausal middle-aged men. *J Am Coll Cardiol* 2005 ; 45 : 1603-8.
10. Martin PM, Rossi D, Muracciole X et al.: Androgènes et prostate: aspects fondamentaux et cliniques. *Prog Urol* 2004 ; 14 : 831-49.
11. Morales A, Lunenfeld B: Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males. Official recommendations of ISSAM. *Aging Male*. 2002 ; 5 : 74-86.
12. Morley JE, Charlyon E, Patrick P et al: Validation of a screening questionnaire for androgen deficiency in aging males. *Metabolism* 2000 ; 49 : 1239-42.
13. Tostain J, Rossi D: Les traitements androgènes dans le déficit androgénique lié à l'âge. *Prog Urol* 2004 ; 14 : 831-49.

stratégie actuelle de prise en charge de la lithiase urinaire

par le Dr Paul MERIA, service d'urologie, hôpital St-Louis, APHP



Les progrès techniques réalisés au cours des 25 dernières années ont permis de transformer complètement la prise en charge des calculs urinaires. La lithotritie extra-corporelle (LEC) a pris une importance considérable et représente la base de la plupart des traitements non médicaux. Ainsi, elle permet de traiter plus de 75 % des calculs, seule ou en association avec d'autres méthodes (1,2). L'apport des méthodes endoscopiques telles que l'urétéroscopie ou la néphrolithotomie percutanée (NLPC) représente d'avantage une voie thérapeutique complémentaire que concurrente de la LEC. La chirurgie ouverte garde encore sa place dans de très rares indications tandis que la voie d'abord laparo-

scopique est en cours d'évaluation.

Le choix du traitement se fait en fonction de la taille du calcul, de sa localisation, de sa nature. L'urologue tiendra compte également de l'anatomie et de la valeur fonctionnelle du rein ainsi que de l'état du patient et de ses impératifs personnels. Enfin la disponibilité du plateau technique et l'expérience de l'urologue seront les critères complémentaires du choix.

Avant toute prise en charge, une information précise sera fournie au patient pour obtenir son consentement éclairé et une imagerie du calcul et de la voie excrétrice lui sera prescrite. L'uro-scanner est de plus en plus utilisé à l'heure actuelle, surtout s'il s'agit d'un calcul complexe.

Il est recommandé par le Comité Lithiase de l'AFU (CLAFU) de caractériser les calculs de façon précise et une fiche est maintenant proposée, comportant l'ensemble des informations nécessaires (2,3). Elle permet pour chaque calcul de définir sa topographie (T), sa nature (N), sa mesure (M) ainsi que de colliger divers renseignements d'ordre anatomique ou biologique (figure 1). Une prise en charge métabolique de la lithiase urinaire doit compléter le traitement des calculs.

Nous aborderons séparément le traitement des calculs rénaux et urétéraux en partant du principe que le plateau technique disponible est complet.

Calcul rénaux

La LEC permet de fragmenter près de 80 % des calculs rénaux lorsque l'indication est bien posée. Pour les calculs dont le plus grand diamètre dépasse 20 mm, l'efficacité de la LEC diminue, et même si le calcul est cassé, l'élimination des fragments est aléatoire (1,2). On s'expose ainsi à un risque important de fragments résiduels, voire à un empierrement de la voie excrétrice justifiant un geste complémentaire. Il semble donc raisonnable de réserver la LEC aux calculs dont la surface estimée à l'ASP est inférieure à 500mm². Certains calculs plus volumineux mais de composition réputée friable (struvite) peuvent éventuellement être traités par LEC, avec cependant un risque non négligeable de complications. L'utilisation de logiciels d'estimation scannographique du volume et de la densité des calculs devrait permettre dans un avenir proche, une meilleure définition des limites de la LEC.

Les calculs caliciels inférieurs posent également le problème de l'élimination des fragments. Les résultats de la LEC sont d'autant plus décevants que l'angle infundibulo-caliciel est aigu et, pour les calculs de plus de 15 mm de diamètre, il semble raisonnable de préférer une autre stratégie. Dans ce cas de figure, la néphrolithotomie percutanée (NLPC)

peut se justifier car ses résultats sont significativement meilleurs que ceux de la LEC (2). Dans certains cas on peut recourir à la mini-NLPC qui utilise un trajet de diamètre moindre. L'urétéroscopie souple avec abord rétrograde du calice inférieur, associée à une fragmentation par laser est une autre alternative dont l'évaluation est en cours. Certains calculs caliciels de taille inférieure à 5 mm, difficiles à repérer pour le centrage, justifient à l'opposé une simple surveillance sauf dans certains cas particuliers.

Les très gros calculs pyélo-caliciels, classés P2, et les coralliformes, sont rares actuellement mais leur traitement est complexe. La LEC en monothérapie est peu efficace et la NLPC n'est pas toujours suffisante. La combinaison des deux méthodes permet d'obtenir un taux de succès complet de l'ordre de 80 % (1). Il est important de commencer par la NLPC en réalisant un ou deux tunnels pour retirer le plus possible de volume calculeux. Les fragments résiduels feront l'objet d'une ou plusieurs LEC, 1 à 2 mois plus tard, après cicatrisation complète de la voie excrétrice. Lorsque la forme du calcul et l'anatomie de la voie excrétrice laissent penser que plus de deux tunnels d'accès seront nécessaires, il est raisonnable de recourir à la chirurgie ouverte plutôt qu'à la NLPC. Les indications actuelles étant rares, il devient difficile de se

former à la chirurgie ouverte des calculs rénaux mais il est important d'en connaître encore les principes.

La laparoscopie est de plus en plus utilisée pour traiter les calculs associés à des malformations obstructives, d'autant qu'elle permet outre l'ablation du calcul, de traiter la malformation. Ainsi les calculs associés à un syndrome de la jonction pyélo-urétérale, ou à un diverticule caliciel peuvent être traités de cette façon. Il est possible que les indications de la laparoscopie s'élargissent aux calculs pyéliqués uniques et volumineux et que cette voie devienne concurrente de la NLPC dans ce type d'indication. Néanmoins des études complémentaires sont nécessaires. Les recommandations du CLAFU sont résumées dans le tableau n° 1.

Calculs urétéraux

Ils sont presque toujours symptomatiques mais s'éliminent spontanément avec un traitement médical dans plus de la moitié des cas. Le taux d'élimination spontanée est encore amélioré par la prescription de Tamsulosine. Au delà de 6 mm de diamètre la probabilité d'expulsion spontanée est néanmoins faible.

La LEC a démontré son efficacité même à la phase aiguë du diagnostic et elle représente le traitement de première intention de la plupart des calculs urétéraux, quelque soit leur localisation (2). Elle a l'avantage de se faire sans anesthésie sur la plupart des machines disponibles actuellement. Sa faible morbidité est également un élément important. Elle peut être plus difficile pour certains calculs iliaques où le repérage et le tir sont gênés par les interpositions osseuses. Le décubitus ventral est souvent nécessaire dans ces localisations. Dans certains cas il peut être utile de réaliser un geste préalable au traitement du calcul :

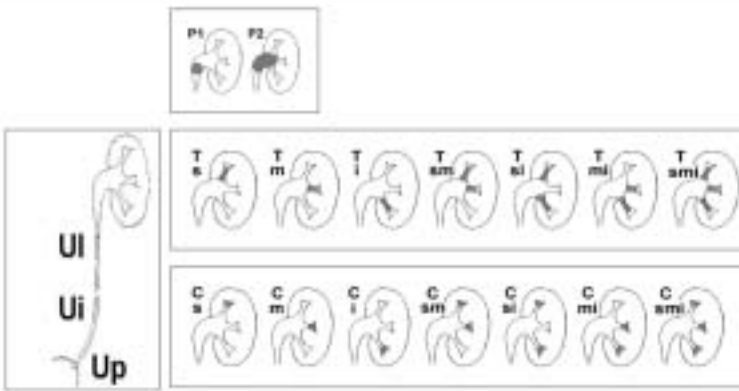
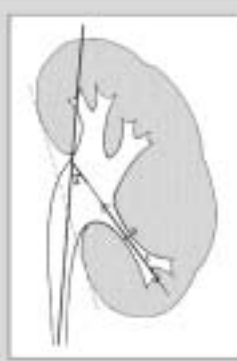
ETAT CIVIL		
?	DATE : celle du jour de l'intervention en j/jmm/aa	
?	NOM, PRENOM, N° DU DOSSIER	
?	DATE DE NAISSANCE : format j/jmm/aa	
TOPOGRAPHIE		
?	COTE 1 = droite 2 = gauche 3 = bilatéral	
?	LOCALISATION : Unique = 1 Multiple = 2	
?	DESCRIPTION: Ureter : ... U1 - U1 - U1	
?	Rein : Combinaison PTC/CT Pyélon : ... P1 <= 20 mm P2 > 20 mm Type : ... s = sup. Calice : ... m = moyen i = inf.	
		
NATURE		
?	DENSITE 1 = Dens 2 = D > os DENSITE en TOM (de 200 à 2000 UH) = UH	
?	PERIPHERIE 1 = lisse 2 = sacculé 3 = autre	
?	ASPECT DE SURFACE 1 = homogène 2 = hétérogène 3 = fragmenté	
MESURES		
?	TAILLE 1 = T <= 20 mm 2 = T > 20 mm	
?	NOMBRE de 1 à X	
?	VOIE EXCRETRICE : 1 = normale 2 = dilatée 3 = obstruée 4 = non obstruée	
?	TIGE CALICIELLE : INF : Angle 1 = A <= 90° 2 = A > 90° Longueur 1 = L <= 30 mm 2 = L > 30 mm Diamètre 1 = D <= 5 mm 2 = D > 5 mm	
?	PARENCHYME : 1 = normal 2 = atrophie	
?	DENSITE URINAIRE :	
?	pH URINAIRE :	
		
FACTEURS ASSOCIES		
?	INFECTION URINAIRE 0 si ECBU stérile Germe en toutes lettres	
?	CRISTALLURIE 0 = non 1 = oui	
ANOMALIES RENALES		
?	ANOMALIES RENALES 0 = aucune 1 = injection prolo - urétéral 2 = Rein en fer à cheval 3 = Diverticule rénal 4 = Rein unique 5 = Maladie de Calci - Ricci 6 = duplex 7 = bifid 8 = autres (en clair)	

Figure 1 : Aide à la classification TNM des calculs.

une obstruction complète douloureuse et/ou compliquée d'infection justifie une dérivation des urines par montée de sonde ou néphrostomie percutanée.

Les résultats de la LEC sont cependant corrélés à la taille du calcul traité (2). Au delà d'un certain volume il est souhaitable de mettre en place une sonde JJ préalablement pour éviter l'empierrement urétéral, voire de préférer

directement une urétéroscopie qui permet de fragmenter le calcul in situ et d'en extraire les plus gros fragments. Il est également souhaitable de réaliser une urétéroscopie de première intention dans les cas où la dureté du calcul est connue ou présumée importante.

L'urétéroscopie est une alternative à la LEC mais ses résultats sont d'autant moins bons que le calcul est proximal. Si

elle permet de traiter efficacement plus de 90 % des calculs ilio-pelviens, elle est nettement moins efficace pour traiter les calculs lombaires hauts puisque le taux moyen de succès est inférieur à 60 % alors que la morbidité augmente. D'autre part les résultats et la morbidité sont corrélés à l'expérience de l'opérateur. Dans certains cas, un échec ou une non indication de LEC (gros calcul) doit faire préfé-

UROLOGIE

Hors Nature du Calcul	CALCUL REIN < 20mm P1 ou T ou C s, m ou i*	CALCUL REIN > 20 mm P2 ou T ou C s, m ou i*	COMPLEXES ou CORALLIFORMES P2 Tsmi Csmi*
S	• LEC +/- JJ selon taille • Surveiller ≤ 5mm	NLPC +/- LEC	NLPC +/- LEC
O	≈1 NLPC ≈1 URS souple	≈1 LEC +/- JJ ≈2 Cœlioscopie ≈2 Chirurgie ouverte	1 NLPC + LEC + NLPC 2 LEC + NLPC + LEC
R	• Pas plus de 2 séances à 3 semaines d'intervalle • Après PNA : délai de 3 semaines	• Pas de LEC seule • Si NLPC attendre en général 4 à 6 semaines avant LEC secondaire	• Si NLPC pas plus de 2 tunnels dans la même séance • Coralliforme complexe : Chirurgie ouverte

S = standard, O = options, R = remarques

1, 2, 3... = hiérarchie du choix pour l'option

* T = tige calicielle, C = calice, s = supérieur, m = moyen, i = inférieur

Tableau 1 : recommandations CLAFU calculs rénaux

Hors Nature du Calcul	CALCUL LOMBAIRE	CALCUL ILIAQUE	CALCUL PELVIEN
S	• LEC in situ • Surveiller ≤ 6 mm	• LEC in situ • URS +/- Souple • Surveiller ≤ 6 mm	• LEC • URS (surtout si > 10 mm) • Surveiller ≤ 6 mm
O	• 1 JJ + LEC différée • 1 URS +/- Souple • 2 NLPC antegrade • 3 Chirurgie / Cœlioscopie ou rétropéritonéoscopie	• 1 JJ + LEC différée • 2 flush + LEC • 3 Chirurgie / Cœlioscopie • 3 NLPC +/- URS antegrade	1 JJ + LEC différée 2 JJ puis URS
R	• LEC possible dès le lendemain • LEC urgence si Colique néphrétique	• LEC possible dès le lendemain • JJ préalable si URS difficile • LEC urgence si Colique néphrétique	• LEC possible dès le lendemain • Si URS simple : drainage non obligatoire • LEC urgence si Colique néphrétique

S = standard, O = options, R = remarques

1, 2, 3... = hiérarchie du choix pour l'option

Tableau 2 : recommandations CLAFU calculs urétéraux

rer soit une NLPC, soit un traitement par chirurgie ouverte voire par laparoscopie. Il semble en effet que la voie d'abord laparoscopique permette de traiter les calculs urétéraux lombaires et iliaques avec une morbidité et des résultats très satisfaisants. Il est possible que les rares calculs d'indication chirurgicale soient traités de cette façon dans un avenir proche.

Le tableau n° 2 résume les recommandations du CLAFU.

Prise en charge spécifique de la lithiase urinaire

Une exploration métabolique simplifiée est recommandée chez tous les patients dès le premier calcul : elle associe des analyses sanguines et urinaires dont le coût n'excède pas 50 euros (4). Elle peut être effectuée avant le geste urologique sinon il faudra attendre 2 mois pour que le bilan urinaire soit interprétable.

DOSSIER

Scientifique

L'information doit être donnée au patient sur la nécessité de filtrer les urines au moins pendant 48 heures après une LEC. Les fragments expulsés spontanément ou retirés par les différentes techniques instrumentales doivent faire l'objet d'une analyse morpho-constitutionnelle et spectrophotométrique par infrarouge (5). En fonction des résultats obtenus des mesures d'ordre général telle que la cure de diurèse et la rectification du régime alimentaire seront prescrites. Elles seront associées à d'autres mesures spécifiques selon le type de lithiase. La correction chirurgicale d'une anomalie lithogène sera dans certains cas nécessaire.

Conclusions

La LEC et l'endoscopie, séparément ou en association, permettent de traiter la majorité des calculs rénaux et urétéraux. La voie d'abord laparoscopique est en cours d'évaluation et semble s'affirmer comme une alternative séduisante et évitera dans certains cas bien sélectionnés, le recours à la chirurgie ouverte. Chez tous les patients, l'analyse des calculs en spectrophotométrie et l'exploration métabolique compléteront le traitement urologique, afin de mettre en route une prise en charge et réduire le risque de récurrence. ■

Bibliographie

1. Meria. P, Le Duc.A. Stratégie thérapeutique des calculs urinaires. Ann. Urol. 2003 ; 37 : 358-60.
2. Doré B. Techniques et indications de la lithotritie extracorporelle en urologie. EMC Techniques chirurgicales-Urologie, 41-090-C, 2005.
3. Doré.B. Faut-il classer les calculs urinaires? p 79-93 in B Doré : Les lithiases urinaires. Springer 2004.
4. Jungers P. Exploration et prise en charge médicale de la lithiase calcique. p 95-119. in B Doré : Les lithiases urinaires. Springer 2004.
5. Daudon. M. Comment analyser un calcul et comment interpréter le résultat. Eurobiol. 1993 ; 27 : 35-46.

PRISE EN CHARGE DE L'INCONTINENCE URINAIRE DE LA FEMME EN MÉDECINE GÉNÉRALE

I. Introduction

I.1. Thème des recommandations

Ces recommandations sont destinées à actualiser les recommandations sur l'incontinence urinaire publiées par l'Andem en 1995. Elles sont limitées à la prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme de plus de 15 ans, non enceinte, à l'exclusion des incontinenes urinaires dues à des affections neurologiques et de l'énurésie.

Elles sont destinées aux médecins généralistes, aux gériatres, aux gynécologues, aux kinésithérapeutes et aux sages-femmes.

I.2. Gradation des recommandations

Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations sont classées en grade A, B, ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve, par exemple des essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur et/ou méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve, par exemple essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, par exemple études cas-témoins, séries de cas.

Les autres recommandations correspondent à un accord professionnel exprimé par le groupe de travail et le groupe de lecture.

II. Définition

L'incontinence urinaire est définie par toute fuite involontaire d'urine dont se plaint la patiente. Les formes cliniques les plus fréquentes chez la femme sont l'incontinence urinaire d'effort, l'incontinence urinaire par impériosité et l'incontinence urinaire mixte :

- l'incontinence urinaire d'effort est caractérisée par une fuite involontaire d'urine, non précédée du besoin d'uriner, qui survient à l'occasion d'un effort tel que toux, rire, éternuement, saut, course, soulèvement de charges ou toute autre activité physique augmentant la pression intra-abdominale ;
- l'incontinence urinaire par impériosité est caractérisée par la perte involontaire d'urine précédée d'un besoin urgent et irrésistible d'uriner aboutissant à une miction ne pouvant être différée ;
- l'incontinence urinaire mixte combine les deux types de symptômes, et souvent l'un des types de symptômes est plus gênant que l'autre pour la patiente.

L'incontinence urinaire par regorgement est une perte involontaire d'urine associée à une distension vésicale ou rétention vésicale chronique. Elle est due à un détrusor peu ou non contractile ou à une obstruction du col vésical ou de l'urètre qui laisse une vessie pleine en permanence. Ce type d'incontinence est rare chez la femme. Cependant une obstruction sous-cervicale peut apparaître à la suite d'un traitement chirurgical de l'incontinence d'effort, lors d'un prolapsus sévère d'un organe pelvien (cystocèle, prolapsus utérin), d'un fécalome.

Il existe des **incontinenes liées à des causes externes à l'appareil urinaire** (absence d'anomalies vésico-sphinctériennes). Ce sont les incontinenes dues à des troubles cognitifs, psychiques, métaboliques, à des causes iatrogènes, à des erreurs hygiénodietétiques et/ou à une réduction de la mobilité (cf. §III).

III. Justification de la recherche d'une incontinence urinaire en médecine générale

Il est justifié de **rechercher activement l'incontinence urinaire en médecine générale** car :

- sa prévalence est élevée (elle est estimée entre 10 et 53 % selon la population étudiée et la définition retenue de l'incontinence urinaire) ;
- elle diminue la qualité de vie ;
- peu de patientes consultent pour ce motif (beaucoup

considèrent que l'incontinence urinaire accompagne le vieillissement ; la prise en charge diagnostique et thérapeutique est mal connue ; le sujet est tabou et les patientes attendent que le médecin aborde le sujet le premier) ;

- elle peut être symptomatique d'autres pathologies, qui peuvent bénéficier d'un traitement spécifique ;
- il existe des thérapeutiques efficaces.

Les **facteurs de risque** d'incontinence urinaire sont :

- l'augmentation de l'âge, en particulier pour l'incontinence urinaire par impériosité ;
- la ou les grossesses antérieures ;
- les antécédents d'accouchement par voie vaginale et de traumatismes gynécoobstétricaux en général : forceps, ventouses, déchirures (le rôle aggravant ou protecteur de l'épisiotomie n'est pas prouvé) ;
- la parité (trois enfants ou plus) ;
- les antécédents de chirurgie pelvienne (hystérectomie) ou abdominale ;
- l'obésité ;
- l'activité physique intensive ;
- l'énurésie dans l'enfance.

L'incontinence urinaire peut également être **liée à ou aggravée par** :

- les infections urinaires basses à répétition ;
- la vaginite atrophique ;
- la constipation, le fécalome ;
- le diabète sucré ou insipide, et toutes les causes de polyurie ;
- les œdèmes en rapport avec une insuffisance cardiaque congestive ou une insuffisance veineuse (augmentation de la diurèse à certaines périodes, en particulier la nuit par redistribution nocturne des liquides) ;
- la bronchite chronique et toutes les causes de toux chronique ;
- l'existence d'une maladie neurologique ;
- toutes les causes de réduction de la mobilité, liées à une pathologie organique ou psychique (dépression, syndrome confusionnel) ;
- les troubles cognitifs ;
- l'altération de l'état général, quelle qu'en soit la cause ;
- la prise de médicaments favorisant l'incontinence urinaire,

surtout en cas de polymédication :

- diurétiques,
- médicaments diminuant le tonus urétral (alpha-bloquants),
- médicaments favorisant une rétention urinaire et une incontinence par regorgement (antidépresseurs imipraminiques, antipsychotiques, antiparkinsoniens, antihistaminiques, analgésiques morphiniques, alphasymphatomimétiques – y compris en particulier certains médicaments vendus sans ordonnance comme les décongestionnants nasaux, bêtasymphatomimétiques, inhibiteurs calciques),
- médicaments à effet sédatif (psychotropes, antihistaminiques et analgésiques morphiniques déjà cités, hypnotiques et anxiolytiques) ;
- des erreurs hygiéno-dietétiques :
- apports hydriques excessifs, voire potomanie, ou mauvaise répartition des prises liquidiennes dans la journée,
- éventuellement consommation importante d'alcool, de café ou de boisson contenant de la caféine.

Certains de ces facteurs sont potentiellement réversibles et/ou peuvent bénéficier d'un traitement spécifique. Ils sont donc à **rechercher systématiquement.**

Il n'est pas prouvé que la ménopause soit un facteur de risque d'incontinence urinaire indépendant de l'âge et que le traitement hormonal substitutif améliore l'incontinence urinaire.

En raison de la multiplicité des facteurs déclenchant ou aggravant une incontinence urinaire et de leur prévalence, **il est recommandé de rechercher une incontinence urinaire** chez une femme consultant en médecine générale **lorsque le motif de consultation est** :

- en rapport avec la sphère urogénitale, notamment lors d'un examen pré ou post-natal, lors d'une demande de contraception, ou lors d'une consultation de suivi de la ménopause ou pour troubles sexuels ;
- une toux chronique ;
- un diabète ;
- une constipation ou un trouble de la fonction ano-rectale (perte de matières fécales, impossibilité de retenir les gaz) ;

UROLOGIE

- un certificat de non-contre-indication à la pratique du sport;
- une atteinte neurologique.

IV. Critères diagnostiques d'une incontinence urinaire et de son type

IV.1. Diagnostic positif d'une incontinence urinaire

C'est un diagnostic d'interrogatoire : pour la mise en évidence d'une incontinence urinaire il est proposé d'utiliser une question simple, par exemple « Vous arrive-t-il d'avoir des pertes ou des fuites d'urine? », sans utiliser le terme d'incontinence urinaire potentiellement disqualifiant pour la patiente.

IV.2. Diagnostic du type d'incontinence urinaire

Le diagnostic du type d'incontinence (d'effort, par impériosité ou mixte) est un **diagnostic d'interrogatoire**, qui ne préjuge pas de son mécanisme physiopathologique. Il est proposé de rechercher :

- des pertes d'urine quand la patiente tousse, éternue, saute, porte des charges, change de position, etc.;
- des besoins impérieux (une pollakiurie de précaution ne doit pas être confondue avec une impériosité);
- l'association éventuelle des deux types de symptômes.

V. Bilan initial à réaliser chez une patiente présentant une incontinence urinaire

V.1. Évaluation de l'incontinence urinaire et de son retentissement

Une fois posé le diagnostic clinique du type d'incontinence, il est recommandé :

- d'évaluer le **nombre approximatif de pertes quotidiennes d'urine** (nombre de changements de sous-vêtements par jour, nécessité d'une protection en dehors des règles, type et nombre de protections utilisées par jour);
- d'apprécier la **gêne liée à l'incontinence urinaire** ressentie par la patiente (limitation des activités sociales, sportives, etc., peur de l'aggravation ultérieure). Si on souhaite évaluer le retentissement sur la qualité de vie de la patiente par un questionnaire de qualité de vie validé, le questionnaire Contilife® et l'échelle Ditrovie® peuvent être proposés;
- de rechercher la **date et les circonstances d'apparition** des

troubles, en particulier pour les besoins impérieux (sont-ils apparus récemment, y a-t-il la notion d'énurésie dans l'enfance?);

- de rechercher les antécédents gynéco-obstétricaux et chirurgicaux (cf. § III);
- de rechercher d'éventuels examens et traitements antérieurs de l'incontinence.

Le **catalogue mictionnel** est proposé en complément à l'interrogatoire. Il aide à estimer la fréquence des épisodes d'incontinence et les circonstances d'apparition des symptômes, et à faire prendre conscience à la patiente de ses symptômes. Il est rempli par la patiente, en dehors de la consultation, dans ses conditions normales de vie pendant 2 ou 3 jours, pas obligatoirement consécutifs (par exemple un jour de semaine, puis un jour de week-end).

V.2. Recherche d'une pathologie organique, d'une cause iatrogène, d'erreurs hygiéno-diététiques favorisant ou aggravant une incontinence urinaire

Il est recommandé de rechercher des symptômes ou signes associés qui orientent vers une pathologie organique susceptible de déclencher ou d'aggraver une incontinence urinaire et pouvant bénéficier d'un traitement spécifique :

- troubles mictionnels, par exemple pollakiurie, dysurie, hématurie (tumeur des voies urinaires excrétrices), brûlures urinaires (infection urinaire);
- polyurie (diabète, hypercalcémie), nycturie (œdèmes dus à une insuffisance veineuse ou à une insuffisance cardiaque congestive);
- irritation locale ou douleur pendant les rapports sexuels (vaginite atrophique);
- troubles du transit ou difficultés d'exonération (constipation voire fécalome);
- troubles sensitifs à type de dysesthésies, troubles sphinctériens anaux avec perte de sensation du passage des urines et des selles associés à une incontinence urinaire d'apparition récente associés ou non à des troubles sexuels (atteinte neurologique);
- syndrome confusionnel, troubles dépressifs, troubles cognitifs;
- réduction de la mobilité.

Il est recommandé de rechercher une cause iatrogène et des erreurs hygiéno-diététiques qui peuvent majorer une incontinence urinaire (cf. § III).

V.3. Examen clinique

Il est recommandé :

- de réaliser, chez une patiente allongée, vessie « semi-pleine », un **examen urogynécologique** pour éliminer une fistule vésico-vaginale, rechercher un prolapsus génital et un globe vésical, évaluer lors du toucher vaginal la qualité du plancher pelvien et la force de contraction des muscles périnéaux;
- de rechercher une **fuite d'urine provoquée** par des efforts répétés de toux ou de poussée, mais son absence lors de l'examen clinique n'élimine pas le diagnostic d'incontinence d'effort (en cas de prolapsus, cette recherche doit être effectuée avant et après réduction du prolapsus);
- de tester la **sensibilité périnéale** en cas de suspicion d'atteinte neurologique;
- de réaliser un **examen clinique général** à la recherche d'une pathologie associée pouvant déclencher ou aggraver une incontinence urinaire.

V.4. Examens complémentaires à réaliser dans le bilan initial d'une incontinence urinaire chez la femme en médecine générale

? La **recherche d'une infection urinaire** par bandelette urinaire ou par examen cyto bactériologique des urines (ECBU) est recommandée :

- chez toute femme présentant une incontinence par impériosité ou mixte;
- chez toute femme âgée ou qui porte régulièrement des protections à cause de son incontinence urinaire, quel que soit le type de l'incontinence urinaire;
- avant la réalisation d'un bilan urodynamique ou d'une cystoscopie.

? Il est recommandé de **rechercher un résidu post-mictionnel** par échographie vésicale sus-pubienne plutôt que par sondage dans les cas suivants :

- en cas d'incontinence d'effort ou mixte, uniquement si un traitement chirurgical est envisagé (la recherche systématique d'un résidu post-mictionnel n'est pas recommandée avant la prescription en première intention d'une rééducation périnéo-sphinctérienne);
- en cas d'incontinence par impériosité ou mixte, uniquement si un traitement médicamenteux par anticholinergique est envisagé (dans ce cas la recherche d'un résidu post-mictionnel n'est proposée que si une rétention urinaire est sus-

DOSSIER

Scientifique

pectée et/ou s'il s'agit d'une patiente âgée).

Il a été démontré que la mesure quantitative du résidu post-mictionnel par échographie n'était pas fiable.

? Un **bilan urodynamique** n'est pas recommandé dans l'incontinence urinaire d'effort pour prescrire une rééducation périnéo-sphinctérienne. Il est proposé dans les cas suivants, éventuellement après avis spécialisé :

- si le diagnostic du type d'incontinence urinaire est incertain ou s'il est impossible de proposer un traitement de première intention après l'évaluation initiale (en particulier dans certains cas d'incontinence par impériosité ou mixte);
- en l'absence de disparition ou de soulagement de l'incontinence après un traitement anticholinergique de première intention en cas d'incontinence par impériosité;
- si une intervention chirurgicale est envisagée en cas d'incontinence urinaire d'effort;
- en présence ou en cas de suspicion d'une pathologie associée (difficulté persistante à vider la vessie, résidu post-mictionnel, antécédents de chirurgie pour incontinence urinaire, antécédents de chirurgie ou d'irradiation pelvienne, prolapsus génital important de stade 3 ou 4, atteinte neurologique).

? Une **cystoscopie** n'est pas recommandée dans le bilan initial d'une incontinence urinaire, sauf si une pathologie tumorale associée est suspectée, par exemple devant des infections urinaires à répétition ou une hématurie.

? L'**échographie du haut appareil urinaire** et l'**urographie intraveineuse** ne sont pas recommandées dans le bilan initial d'une incontinence urinaire. Les données fournies par ces examens complémentaires ne modifient pas la décision thérapeutique.

VI. Traitement initial de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale

VI.1. Traitement de l'incontinence urinaire d'effort

? La **rééducation péréo-sphinctérienne, seule ou associée au biofeedback ou à l'électrostimulation, est recommandée dans l'incontinence d'effort**. L'utilisation de plusieurs techniques rééducatives semble plus efficace que la pratique d'une seule (grade B pour la rééducation périnéo-sphinctérienne, grade C pour le biofeedback ou l'électrostimula-

tion). Cette rééducation peut être effectuée par un kinésithérapeute ou : une sage-femme.

Elle est proposée en première intention chez une patiente motivée, sans troubles cognitifs et valide, sauf en cas d'incontinence urinaire d'effort très invalidante qui peut bénéficier d'emblée d'un traitement chirurgical après avis spécialisé.

En l'absence de disparition ou d'amélioration des symptômes après une rééducation bien conduite (10 à 20 séances), il est recommandé de prendre un avis spécialisé, afin d'envisager les possibilités d'un éventuel traitement chirurgical.

? Un traitement pharmacologique par anticholinergique n'est pas recommandé dans l'incontinence urinaire d'effort sans symptômes d'impériosité associés.

VI.2. Traitement de l'incontinence urinaire par impériosité

VI.2.1. Traitements comportementaux et rééducation

Les **traitements comportementaux** (adaptation des apports liquidiens, reprogrammation mictionnelle, tenue d'un calendrier mictionnel), la **rééducation périnéo-sphinctérienne** et l'**électrostimulation fonctionnelle** (avec des fréquences de courant visant à inhiber le détrusor) **sont recommandés** (grade C).

Ces différentes modalités peuvent être associées afin de réaliser une rééducation visant à inhiber les contractions vésicales. Elles peuvent être proposées en première intention chez une patiente motivée, sans troubles cognitifs et valide.

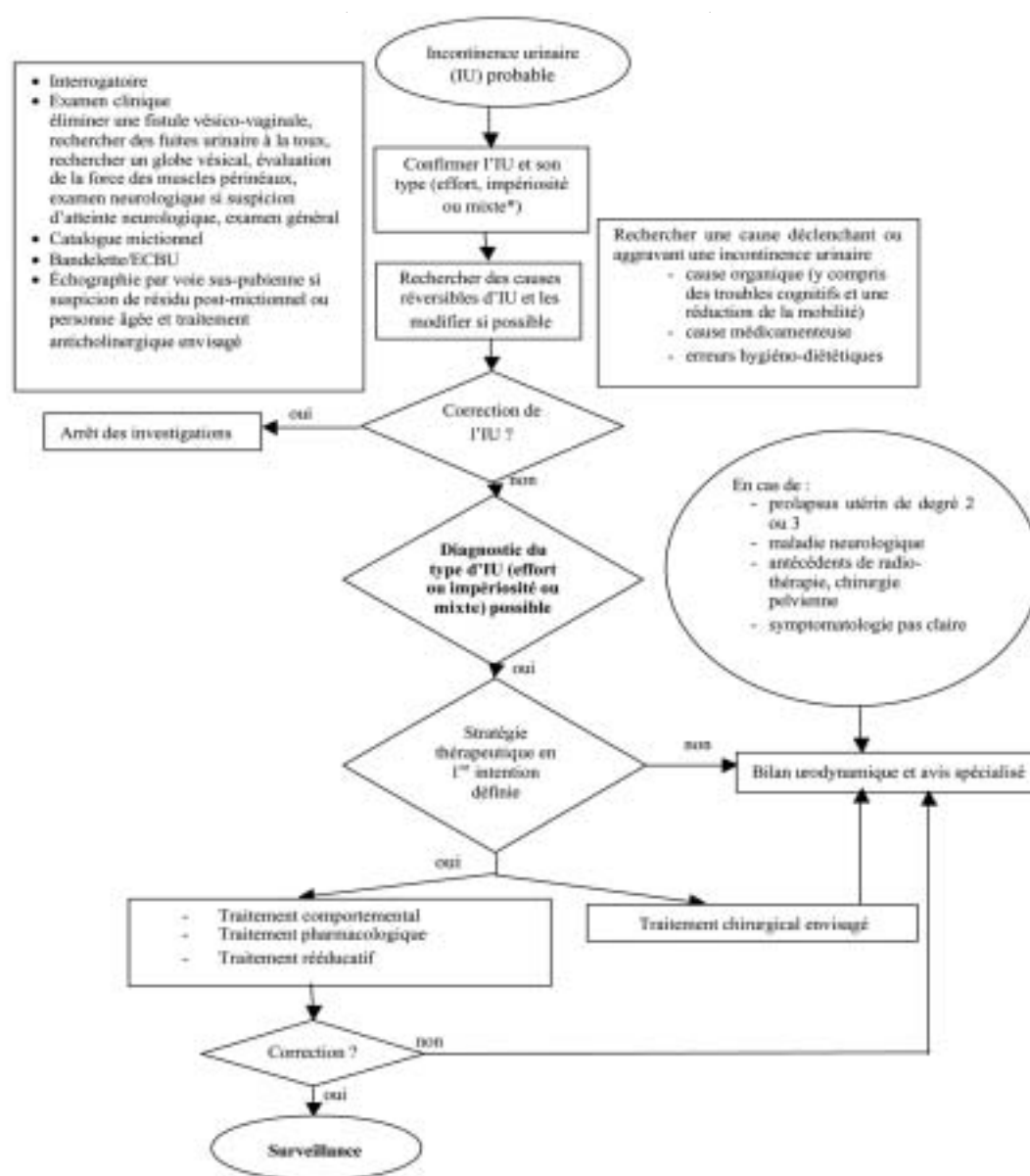
VI.2.2. Traitement pharmacologique

? Un **traitement par anticholinergique peut également être proposé en première intention ou après échec d'un traitement comportemental et/ou d'une rééducation** (grade B). Il est prescrit :

- après élimination d'une infection urinaire et d'une rétention urinaire ;
- en l'absence de contre-indications à l'utilisation des anticholinergiques et en l'absence d'un traitement par anticholinestésiques déjà en cours.

Il peut être associé à la tenue d'un calendrier mictionnel et à des mesures éducatives (répartition des boissons dans la journée, adaptation des horaires de prise des médicaments diurétiques).

? **L'oxybutynine ou la tolterodine ou le chlorure de trospium sont recommandés** (grade B). Ils ont montré une efficacité modérée, mais significativement supérieure à un placebo pour faire dispa-



Synthèse des recommandations

raître ou soulager l'incontinence urinaire par impériosité (diminution moyenne d'environ 1 épisode d'incontinence urinaire par période de 48 heures). Il est probable que la tolterodine et le chlorure de trospium soient mieux tolérés que l'oxybutynine. Même si les 3 anticholinergiques ont une autorisation de mise sur le marché pour le traitement de l'incontinence par impériosité, les seuls produits actuellement remboursés par l'assurance maladie sont l'oxybutynine et le chlorure de trospium. Pour l'oxybutynine, la posologie initiale est celle recommandée par le résumé des caractéristiques du produit, tel qu'il figure dans le dictionnaire Vidal¹, soit 2,5 milligrammes, 3 fois par jour. Il est possible d'augmenter cette posologie par autotitration jusqu'à 5 milligrammes, 3 fois par jour, en raison de la variabilité interindividuelle de la dose efficace.

L'**efficacité maximale** de l'oxybutynine, de la tolterodine et du chlorure de trospium étant

atteinte après 5 à 8 semaines de traitement, il est recommandé **de ne pas interrompre le traitement plus tôt** si la tolérance est acceptable (grade B). En revanche, en cas de mauvaise tolérance, un changement d'anticholinergique est recommandé.

Il n'existe pas de données dans la littérature pour proposer une durée maximale de traitement tant que la tolérance est acceptable.

Compte tenu du risque de rétention vésicale sous oxybutynine, tolterodine et chlorure de trospium, il est recommandé de surveiller l'apparition d'un globe vésical, surtout chez les patientes âgées fragilisées.

? **En l'absence d'efficacité** d'un traitement anticholinergique **après 1 ou 2 mois**, deux possibilités sont à envisager :

- si le traitement anticholinergique a été prescrit après réalisation d'un bilan urodynamique, il est proposé d'essayer un nouvel anticholinergique. En cas d'échec du deuxième anticholinergique, un avis spé-

cialisé est recommandé ;

- si le traitement anticholinergique a été prescrit sans réalisation préalable d'un bilan urodynamique (« traitement d'épreuve »), il est recommandé de réaliser un bilan urodynamique et de prendre un avis spécialisé pour décider de la suite du traitement.

? Dans le cas particulier de la **personne âgée fragilisée**¹, il est proposé de plus :

- de faire préalablement au traitement une évaluation des fonctions cognitives et de les

1. En absence de définition standard, la fragilité peut être définie comme un état médico-social instable rencontré à un moment donné de la vie d'une personne âgée. Les principales caractéristiques d'une personne âgée fragilisée sont : l'âge supérieur à 85 ans, la polymédication, l'altération des fonctions cognitives, la dépression, la dénutrition, les troubles neurosensoriels, l'instabilité posturale, la sédentarité, la perte d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne et l'isolement socio-familial.

surveiller au cours du traitement anticholinergique ;

- de réaliser une échographie vésicale par voie sus-pubienne pour éliminer un résidu post-mictionnel avant de prescrire un anticholinergique ;
- de diminuer la posologie initiale de l'oxybutynine, de la tolterodine et du chlorure de trospium de moitié par rapport aux posologies indiquées, et pour l'oxybutynine d'espacer les prises (2 prises au lieu de 3, une le matin, une le soir) ;
- de surveiller particulièrement l'apparition d'un globe vésical.

VI.3. Traitement de l'incontinence urinaire mixte

Il est proposé **en première intention** :

- une rééducation périnéo-sphinctérienne isolée ou associée à une électrostimulation fonctionnelle, à un biofeedback ou à des traitements comportementaux, en fonction des symptômes les plus gênants pour la malade,

et/ou

- un traitement anticholinergique.

En l'absence de disparition ou de soulagement de l'incontinence urinaire après une rééducation bien conduite (10 à 20 séances) et/ou d'un traitement anticholinergique pendant 5 à 8 semaines, il est recommandé de réaliser un

bilan urodynamique et de prendre un avis spécialisé.

VI.4. Traitement de l'incontinence par regorgement

Il est recommandé de prendre un avis urologique pour établir la stratégie des examens complémentaires nécessaires au diagnostic du mécanisme du regorgement et pour décider du type de traitement.

VI.5. Information sur les possibilités thérapeutiques à donner à la patiente

Il est nécessaire d'informer la patiente des différentes possibilités thérapeutiques afin d'aboutir à une décision partagée. Le but de cette information est de faire comprendre à la patiente que le choix du traitement dépend du type d'incontinence, de la gêne qu'elle ressent et de ses souhaits, en fonction des contraintes thérapeutiques. ? En cas d'incontinence urinaire d'effort, la patiente est informée et rassurée sur les modalités précises de la rééducation périnéo-sphinctérienne : toucher vaginal avec testing musculaire, utilisation éventuelle d'une sonde intravaginale pour l'électrostimulation ou le biofeedback (à prescrire), nombre de séances initiales (10 à 20), nécessité éventuelle de prolongation après évaluation au terme des séances initiales. Il est recommandé d'insister sur l'im-

portance d'un travail personnel d'autorééducation entre chaque séance de rééducation.

La patiente est également informée des possibilités de la chirurgie, soit d'emblée (par exemple en cas d'incontinence d'effort vécue comme très invalidante par la patiente), soit après échec de la rééducation périnéo-sphinctérienne. Les différentes interventions proposées dépendent du mécanisme de l'incontinence urinaire (défaut de soutien du col vésical ou de l'urètre, ou insuffisance sphinctérienne) et ne se limitent pas aux interventions de type TVT. ? En cas d'incontinence urinaire par impériosité, la patiente est informée de l'intérêt de l'adaptation des apports liquidiens, des modalités de la reprogrammation du comportement mictionnel (y compris celles de la tenue d'un catalogue mictionnel), des autres modalités de la rééducation (électrostimulation, rééducation périnéo-sphinctérienne) et des avantages et inconvénients des différents anticholinergiques.

Si un traitement par anticholinergique est envisagé, la patiente est prévenue des effets secondaires (sécheresse buccale, constipation, troubles cognitifs), du délai d'apparition de l'efficacité maximale (qui peut aller jusqu'à 5 à 8 semaines) et de la nécessité de consulter en l'absence d'effica-

cité après ce délai (surtout s'il s'agit d'un traitement anticholinergique « d'épreuve » prescrit sans bilan urodynamique préalable) ou en cas d'infection urinaire ou de difficultés à uriner.

En deuxième intention, en cas d'échec des traitements précédents, la patiente est informée de la possibilité d'autres thérapeutiques telles qu'une neuromodulation des racines sacrées, après demande d'un avis urologique. ? En cas d'incontinence mixte, la patiente est informée des différentes possibilités thérapeutiques (rééducation, traitement anticholinergique) en fonction des symptômes présentés.

? En cas d'incontinence par regorgement, la patiente est informée de la nécessité d'un avis urologique pour connaître le mécanisme à l'origine de l'incontinence et décider du type de traitement. ? Quel que soit le type de l'incontinence, il est recommandé de bien informer la patiente du rôle potentiellement aggravant sur l'incontinence urinaire et les troubles mictionnels des médicaments cités au paragraphe III, en particulier de ceux pris sans ordonnance, et de l'aider à identifier les facteurs hygiéno-diététiques qui peuvent majorer l'incontinence (apports liquidiens excessifs, consommation de boissons alcoolisées ou contenant de la caféine, etc.). ■

BULLETIN D'ABONNEMENT

OUI

je désire souscrire un abonnement annuel (4 numéros) à Officiel Santé.

Veuillez trouver ci-joint mon règlement pour la somme totale de 18,29 € à l'ordre de P.E.C.

☐ Chèque bancaire

☐ Chèque postal

NOM PRÉNOM

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

Bulletin à compléter et à retourner à :

P.E.C. - Service Abonnements, 14, bd du Commandeur, 13009 Marseille

REMERCIEMENTS AUX PARTENAIRES D'OFFICIEL SANTÉ

LABORATOIRES ASTRAZENECA

LABORATOIRES MERCK

LABORATOIRES BMS

LABORATOIRES MSD CHIBRET

LABORATOIRES CHUGAÏ PHARMA

SCA HYGIENE PRODUCTS

LABORATOIRES COUSIN BIOTECH

LABORATOIRES SCHWARZ PHARMA

GE HEALTHCARE